

Rapport relatif

aux droits des usagers

du système de santé

2014

Sur données 2013

EDITORIAL	5
METHODOLOGIE DE L'ELABORATION DU RAPPORT	6
PARTIE 1 - PROMOUVOIR ET FAIRE RESPECTER LES DROITS DES USAGERS.....	8
1 FORMER LES PROFESSIONNELS DE LA SANTE SUR LE RESPECT DES DROITS DES USAGERS	8
2 RENDRE EFFECTIF LE PROCESSUS D'EVALUATION DU RESPECT DES DROITS DES USAGERS	8
2.1 Ambulatoire	8
2.2 Sanitaire.....	10
2.3 <i>Activité de la Commission de Conciliation et d'Indemnisation des accidents médicaux, des affections iatrogènes et des infections nosocomiales (CCI) des Pays de la Loire</i>	23
2.4 Médico-social	25
2.5 <i>Dispositif de traitement des plaintes à l'ARS</i>	29
3 DROIT AU RESPECT DE LA DIGNITE DE LA PERSONNE : PROMOUVOIR LA BIEN-TRAITANCE.....	31
3.1 Ambulatoire	31
3.2 Sanitaire.....	31
3.3 Médico-social	33
4 DROIT AU RESPECT DE LA DIGNITE DE LA PERSONNE : PRENDRE EN CHARGE LA DOULEUR	37
4.1 Ambulatoire	38
4.2 Sanitaire.....	38
4.3 Médico-social	39
5 DROIT AU RESPECT DE LA DIGNITE DE LA PERSONNE EN FIN DE VIE	40
5.1 Ambulatoire	40
5.2 Sanitaire.....	40
6 DROIT A L'INFORMATION : PERMETTRE L'ACCES AU DOSSIER MEDICAL.....	42
6.1 Ambulatoire	42
6.2 Sanitaire.....	42
6.3 Médico-social	43
7 ASSURER LA SCOLARISATION DES ENFANTS HANDICAPES EN MILIEU ORDINAIRE OU ADAPTE	44
7.1 <i>Le milieu ordinaire</i>	44
7.2 <i>Les auxiliaires de vie scolaire (AVS-I) pour l'année 2013/2014</i>	44
7.3 <i>Les prescriptions d'accompagnement des MDPH</i>	44
8 DROITS DES PERSONNES DETENUES	45
8.1 <i>Loi du 18 janvier 1994 relative à la santé publique et à la protection sociale</i>	45
8.2 <i>Les unités de consultations et de soins ambulatoires en milieu carcéral (UCSA)</i>	46
8.3 <i>La confidentialité des dossiers médicaux</i>	46
9 SANTE MENTALE	47
9.1 <i>Les missions des CDSP</i>	47
9.2 <i>Statistiques</i>	49
9.3 <i>Composition des CDSP</i>	49
9.4 <i>Nombre de réunions annuelles</i>	49
9.5 <i>Visite des établissements</i>	50
9.6 <i>Application de la loi du 5 juillet 2011 modifiée par la loi du 27 septembre 2013</i>	50
PARTIE 2 - RENFORCER ET PRESERVER L'ACCES AUX SOINS POUR TOUS.....	55
10 ASSURER L'ACCES DE TOUS AUX PROFESSIONNELS DE SANTE LIBERAUX	55
10.1 <i>Pourcentage d'offre en tarifs opposables par spécialité</i>	55
10.2 <i>Densité médicale et actions correctives</i>	55
10.3 <i>Accessibilité aux soins : perception des ligériens et indicateurs du PRS</i>	57

11	ASSURER FINANCIEREMENT L'ACCES AUX SOINS	60
11.1	<i>Les Commissions d'Activités Libérales (CAL) en établissements de santé</i>	60
11.2	<i>Le nombre de plaintes et de réclamations pour refus de soins pour les personnes en CMU et AME.....</i>	61
11.3	<i>Suivi annuel des indicateurs du PRS.....</i>	61
11.4	<i>Les impossibilités de prise en charge</i>	61
12	ASSURER L'ACCES AUX STRUCTURES DE PREVENTION.....	62
12.1	<i>La participation au dépistage du cancer du sein pour les femmes de 50 à 74 ans</i>	62
12.2	<i>La participation au dépistage du cancer colorectal chez les 50 à 74 ans</i>	62
12.3	<i>Des actions pour accroître les taux de dépistage.....</i>	63
12.4	<i>Taux de couverture vaccinale des enfants de 24 mois contre la rougeole, les oreillons et la rubéole</i>	63
12.5	<i>La prévalence de l'obésité et du surpoids parmi les enfants en grande section de maternelle</i>	64
13	REDUIRE LES INEGALITES D'ACCES A LA PREVENTION, AUX SOINS, ET A LA PRISE EN CHARGE MEDICO-SOCIALE SUR TOUS LES TERRITOIRES	66
13.1	<i>Les contrats locaux de santé (CLS)</i>	66
13.2	<i>Les CLS en Pays de la Loire</i>	66
13.3	<i>Les écarts intra-régionaux d'équipements en établissements et services médico-sociaux.....</i>	67
13.4	<i>Logements : les procédures d'insalubrité au titre du Code de la Santé Publique.....</i>	69
13.5	<i>L'accueil adapté au public</i>	72
PARTIE 3 - CONFORTER LA REPRESENTATION DES USAGERS DU SYSTEME DE SANTE		75
14	FORMER LES REPRESENTANTS DES USAGERS SIEGEANT DANS LES INSTANCES DU SYSTEME DE SANTE	75
14.1	<i>Les formations organisées pour les représentants des usagers</i>	75
14.2	<i>Les formations à destination des membres des CVS</i>	77
14.3	<i>Faire participer et informer les représentants des usagers</i>	80
14.4	<i>Le dispositif d'information ayant trait à leur représentation</i>	80
PARTIE 4 - RENFORCER LA DEMOCRATIE SANITAIRE		81
15	GARANTIR LA PARTICIPATION DES REPRESENTANTS DES USAGERS ET DES AUTRES ACTEURS DU SYSTEME DE SANTE DANS LA CRSA ET LES CONFERENCES DE TERRITOIRE	81
PARTIE 5 - SUIVI DES RECOMMANDATIONS DU PRECEDENT RAPPORT		83
PARTIE 6 - SYNTHESE ET RECOMMANDATIONS.....		89
16	PROMOUVOIR ET FAIRE RESPECTER LES DROITS DES USAGERS.....	90
16.1	<i>Le processus d'évaluation du respect des droits des usagers</i>	90
16.2	<i>Droit au respect de la dignité de la personne.....</i>	91
16.3	<i>Assurer la scolarisation des enfants handicapés en milieu ordinaire ou adapté.....</i>	93
16.4	<i>Droit des personnes détenues</i>	93
16.5	<i>Santé mentale : les commissions départementales de soins psychiatriques.....</i>	93
17	RENFORCER ET PRESERVER L'ACCES AUX SOINS POUR TOUS	94
17.1	<i>Assurer l'accès de tous aux professionnels de santé libéraux.....</i>	94
17.2	<i>Assurer financièrement l'accès aux soins : les commissions d'activité libérale.....</i>	94
17.3	<i>Assurer l'accès aux structures de prévention</i>	94
17.4	<i>Réduire les inégalités d'accès à la prévention, aux soins et à la prise en charge médico-sociale sur tous les territoires</i>	95
17.5	<i>L'accueil adapté au public</i>	95
18	CONFORTER LA REPRESENTATION DES USAGERS DU SYSTEME DE SANTE.....	95
18.1	<i>Former les représentants des usagers</i>	95
18.2	<i>Faire participer et informer les représentants des usagers</i>	96

19	RENFORCER LA DEMOCRATIE SANITAIRE	96
20	LES RECOMMANDATIONS 2014	96
20.1	<i>Recommandations</i>	97
20.2	<i>Recommandations 2013 restant à mettre en œuvre</i>	99
20.3	<i>Pistes de travail relatives à la rédaction du prochain rapport</i>	100
	ANNEXE 1 - COMPOSITION DE LA COMMISSION SPECIALISEE DROITS DES USAGERS.....	102
	ANNEXE 2 - COMPOSITION DU GROUPE DE TRAVAIL POUR LA REDACTION DU RAPPORT.....	104
	ANNEXE 3 - ARRETE DU 5 AVRIL 2012	105
	ANNEXE 4 - PROJETS LABELLISES « DROITS DES USAGERS » EN PAYS DE LA LOIRE.....	111
	ANNEXE 5 - REPARTITION DES PROFESSIONNELS DE SANTE ENTRE SECTEUR 1 ET SECTEUR 2	114
	ANNEXE 6 - TARIFS DES HONORAIRES DES MEDECINS PAR SPECIALITE ET PAR DEPARTEMENT (CISS)	115
	ANNEXE 7 - SUIVI DES RECOMMANDATIONS 2013	117
	ANNEXE 8 - REGLES DE DETERMINATION DE LA COTATION D'UN CRITERE HAS	118
	GLOSSAIRE	121

Editorial

La Conférence Régionale de la Santé et de l'Autonomie des Pays de la Loire (CRSA) a été renouvelée le 1er juillet 2014. De nouveaux membres l'ont enrichie de leurs idées et de leurs approches de notre système de santé. Ce nouveau rapport sur les droits des usagers en est l'illustration : dans la continuité de sa construction, dans le questionnement de certains sujets et dans l'approfondissement de certains autres.

Continuité dans la volonté de répondre aux souhaits des pouvoirs publics qui préconisent de disposer d'un champ d'indicateurs permettant d'évaluer le respect des droits, l'accessibilité à la santé, et la place de la représentation des usagers.

L'analyse de ces indicateurs fait toujours apparaître sur la région une bonne mise en place des instances de représentation des usagers, des processus adéquats de traitement des plaintes et réclamations, un engagement important dans le domaine de la prévention, un investissement financier conséquent dans la formation des représentants des usagers.

Les données recueillies révèlent par contre des difficultés sur certains sujets comme le fonctionnement de la Commission de conciliation et d'indemnisation, le traitement des plaintes et réclamations dans le secteur médico-social, le rôle de certains conseils de vie sociale, la mise en œuvre d'actions concrètes de promotion de la bientraitance ...

Questionnements, sur quelques sujets qui mériteront d'être approfondis dans les rapports à venir, telles les difficultés financières d'accès aux soins pour tous, l'absence d'analyse globale du respect des droits des usagers dans les établissements médico-sociaux, les difficultés de prise en charge de certaines populations, personnes âgées, handicapées, en situation de précarité, la prise en compte du droits des patients en fin de vie...

Sur ce dernier point, la CRSA a fait le choix de réaliser une étude approfondie de la situation en Pays de la Loire dont les résultats seront repris dans le prochain rapport.

Dans une approche plus globale d'accès aux droits et aux soins, elle a entrepris de s'intéresser à l'amélioration des parcours de santé, en particulier les plus complexes, ou concernant des populations vulnérables. Anticipant les évolutions en cours, tant celles qui sont portées par la prise de conscience commune des professionnels et des usagers que celles qui sont promues par la loi de santé, elle s'est investie sur deux territoires pour expérimenter une démarche de démocratie sanitaire de proximité, dont elle mettra à disposition de tous, et en premier lieu de l'ARS, les enseignements qu'elle en retirera.

Comme les années précédentes, ce rapport émet un certain nombre de **recommandations** à mettre en œuvre par une démarche commune à la CRSA et à l'ARS. Ce travail annuel n'est en effet utile que s'il permet de faire avancer les problèmes qu'il soulève. Gageons que les mois à venir verront la mise en œuvre de ces recommandations dans l'intérêt de tous les usagers de notre système de santé.

Dr Denis LEGUAY

Président de la CSRA

M. Gérard ALLARD

Président de la Commission
Spécialisée Droits des Usagers

Méthodologie de l'élaboration du rapport

Ce rapport sur le droit des usagers du système de santé est le huitième 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. (Composition en annexe 1)

Pour réaliser ce rapport, un groupe de travail (annexe 2) composé de membres de différentes commissions de la CRSA a été mis en place.

L'arrêté ministériel du 5 avril 2012 (annexe 3) 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 démographie sanitaire.

L'arrêté précise en outre que ce rapport est établi à partir des données collectées et consolidées par l'ARS, la CRSA étant chargée de leur analyse.

Comme les années précédentes, le recueil d'un certain nombre de données s'est avéré très difficile en particulier celles concernant l'accessibilité financière aux soins.

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

- un rappel du contexte, réglementaire en particulier,
- les données recueillies avec leur analyse,
- les commentaires de la commission spécialisée.

En liaison avec la Direction des Relations avec les Usagers et les Partenaires, la commission veille au suivi et à la réalisation des recommandations des précédents rapports. Le suivi fait l'objet de la partie 5 du présent rapport.

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

- à Madame la Directrice Générale 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 des Relations avec les Usagers et des Partenaires et plus particulièrement Madame Sylvie PLANCHOT et Monsieur Franck AHKIT (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.

Nota :

- *Les références aux numéros d'objectifs indiqués dans le cahier des charges sont signalées dans chaque partie du rapport*

- *les données recueillies pour ce rapport sont en principe celles de 2013*

1 Promouvoir

et faire respecter les droits des usagers

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

Ces données ont été sollicitées comme prévu dans les modalités du cahier des charges. A la date de ce rapport nous n'avons pu obtenir les données concernant les formations et leur contenu qui nous auraient permis de faire une analyse.

Ce thème sera étudié dans le prochain rapport.

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

2.1 Ambulatoire

Seul l'Ordre Régional des Médecins a transmis des données. Les Ordres des chirurgiens-dentistes, sages-femmes, infirmiers et kinésithérapeutes n'ont pu transmettre les informations nécessaires.

2.1.1 LE TRAITEMENT DES RECLAMATIONS/PLAINTES PAR LE CONSEIL REGIONAL DES MEDECINS DES PAYS DE LA LOIRE

Comme les années précédentes le processus de traitement des plaintes et des réclamations par les Conseils de l'Ordre des Médecins de la région est bien en application. Sur les 328 plaintes et doléances reçues dans la région : 81% sont des plaintes émises par des particuliers à l'encontre des médecins.

Le tableau ci-dessous donne un aperçu des plaintes et doléances reçues en 2013. Il est important de noter que l'absence de données fiables pour l'année 2012 rend difficile les comparatifs, de même que l'absence d'informations sur les motifs des plaintes.

→ A partir de 2014, le recueil de données sur les motifs des plaintes permettra de mieux comprendre ces taux et leur évolution.

Département	Plaintes et doléances reçues		Conciliations		Plaintes transmises	
	2012	2013	2012	2013	2012	2013
Loire-Atlantique	nc	133	nc	31	nc	29
Maine et Loire	17	92	0	9	nc	2
Mayenne	53	10	2	5	nc	0
Sarthe	53	62	17	22	nc	11
Vendée	71	31	9	1	nc	1
TOTAL	194	328	28	68	nc	43

Dans la majorité des cas, les explications apportées par le médecin et transmises au plaignant permettent d'éteindre la plainte. Si tel n'est pas le cas, une conciliation est proposée aux deux parties. En cas d'échec, la plainte est transmise à l'instance disciplinaire régionale.

La chambre disciplinaire de première instance est composée de 8 membres (médecins élus par leurs pairs). Elle est présidée par un magistrat du tribunal administratif et les audiences sont publiques.

En 2013 la Chambre disciplinaire de première instance a enregistré 34 affaires et en a jugé 28, dont 7 ont été rejetées.

En 2012, 30 affaires avaient été enregistrées, 32 jugées, et il y avait eu 4 rejets de plaintes.

Selon le Conseil de l'Ordre les motifs de plaintes les plus fréquents concernent les devoirs envers les malades et la rédaction de certificats médicaux. En effet, les médecins sont de plus en plus sollicités pour la rédaction de certificats médicaux qui pourraient servir de preuve dans des affaires familiales (résidence de l'enfant) ou professionnelles (harcèlement). Ces certificats sont souvent portés devant la chambre disciplinaire du Conseil de l'Ordre par la partie adverse, renforçant encore l'instrumentalisation des médecins.

2.1.2 LE TRAITEMENT DES RECLAMATIONS/PLAINTES PAR LE CONSEIL DE L'ORDRE DES SAGES-FEMMES

Les Conseils départementaux de l'Ordre des sages-femmes du Maine et Loire et de Vendée déclarent n'avoir reçu aucune plainte ou réclamation. Les conseils de l'Ordre de Loire-Atlantique, Sarthe et Mayenne n'ont pas répondu aux sollicitations de l'ARS.

Commentaires de la Commission Spécialisée Droits des Usagers

La Commission Spécialisée Droit des Usagers (CSDU) regrette les difficultés d'accès aux données des ordres professionnels autres que celles de l'Ordre des médecins.

Pour les données concernant le Conseil de l'Ordre des Médecins, le processus de traitement des plaintes fonctionne sur la région conformément aux textes règlementaires. L'absence de données fiables pour l'année 2012 rend difficile une comparaison avec l'année 2013. Le recueil et la classification des plaintes et doléances par le Conseil National de l'Ordre des Médecins à dater de 2013 vont permettre un meilleur suivi du respect de l'observation des droits des usagers en secteur ambulatoire.

Nous notons que le nombre de plaintes et de doléances est peu important au regard de l'activité médicale dans la région et du nombre de praticiens¹, même s'il convient de relever la possibilité que nombre de réclamations ne parviennent pas à l'Ordre des médecins et sont éteintes avant d'aboutir en chambre disciplinaire. Il conviendrait donc de corroborer ces chiffres à ceux des plaintes reçues par les associations d'usagers du système de santé afin de mieux connaître les requêtes que les usagers pourraient émettre à l'encontre des médecins. Il faut relever qu'il n'y a eu aucune plainte en 2013 pour refus de soins, et que les réclamations pour honoraires abusifs sont rares.

¹ (9369 médecins – Données Conseil National de l'Ordre des Médecins 2014)

2.2 Sanitaire

2.2.1 CADRE REGLEMENTAIRE

L'article L.1112-3 du Code de la Santé Publique définit le cadre général de la prise en compte des droits des patients au sein des établissements de santé.

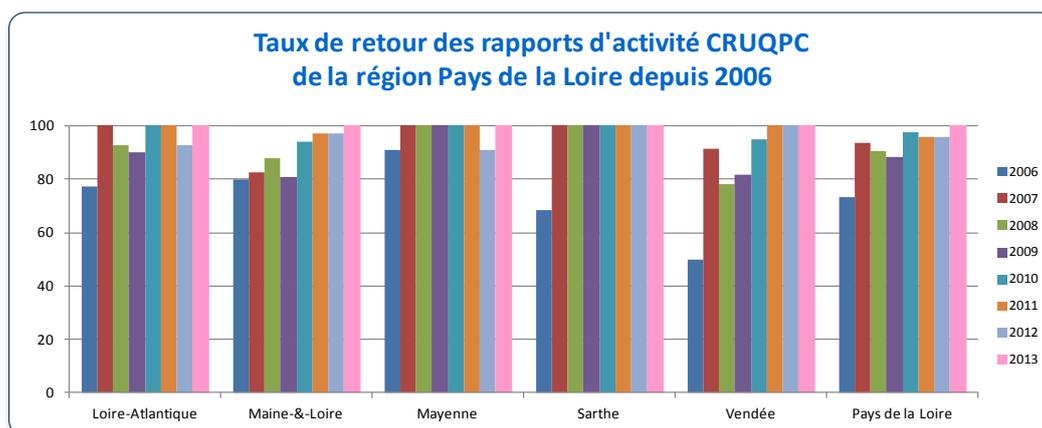
Conformément à cet article, les établissements de santé sont soumis aux obligations suivantes :

- Chaque établissement de santé, chaque syndicat inter hospitalier et groupement de coopération sanitaire autorisé à assurer les missions d'un établissement de santé, doit disposer d'une **Commission des Relations avec les Usagers et de la Qualité de la Prise en Charge (CRUQPC)**. Celle-ci doit être consultée sur la **politique d'accueil et de prise en charge** menée dans l'établissement ;
- Les conseils de surveillance des établissements publics de santé, ou une instance habilitée dans les établissements privés, doivent délibérer au moins une fois par an sur la politique de l'établissement en ce qui concerne les droits des usagers, la qualité de l'accueil et de la prise en charge, sur la base d'un "rapport présenté par la CRUQPC" ;
- Ils doivent transmettre le "rapport de la CRUQPC" et les conclusions du débat au sein du conseil de surveillance, à la Conférence Régionale de la Santé et de l'Autonomie (CRSA) et à l'Agence Régionale de Santé (ARS). Il revient par ailleurs aux ARS de rédiger une synthèse de l'ensemble de ces documents.

La présente partie du rapport est ainsi constituée des éléments figurant dans la synthèse des documents transmis par les établissements de santé, consultable sur le site de l'ARS Pays de la Loire¹.

2.2.2 BILAN QUANTITATIF DES REPONSES PAR ETABLISSEMENT

Depuis 2006, les taux de retour des rapports des CRUQPC étaient variables. En 2013, sur les 121 établissements concernés, le taux est excellent puisqu'il est de **100%**. Il témoigne de l'inscription des établissements dans une démarche d'évaluation continue de la politique d'accueil et de la prise en charge des usagers.



En 2013, 64% des rapports ont été transmis par voie dématérialisée. Ce taux de retour par la voie dématérialisée est encourageant, notamment au regard du processus d'appropriation de la nouvelle méthodologie par les établissements de santé. (Voir encadré ci-dessous).

¹ Rubrique « Accompagnement des soins » > rubrique « Droits des patients et des usagers »

La réglementation impose deux rapports d'activités distincts : un rapport sur l'activité des CRUQPC d'une part, un rapport sur l'activité des CVS (Conseils de Vie Sociale) de l'autre, et ce afin d'éviter la confusion de certaines missions. Il convient de rester vigilant car les rapports des CRUQPC incluent souvent également les activités des CVS du même établissement.

La dématérialisation de la transmission des données CRUQPC à l'ARS Pays de la Loire

Pour la première fois en 2013, l'ARS Pays de la Loire a proposé aux établissements le recueil des rapports d'activités des CRUQPC grâce à un questionnaire en ligne (élaboré par la mission des usagers de la DGOS). Cette première expérience pour la saisie en ligne du rapport d'activité (données 2013) a été proposée de façon optionnelle aux établissements. A partir de 2015, cette modalité sera généralisée et les informations de la CRUQPC seront transmises obligatoirement par voie dématérialisée via le questionnaire et vaudra transmission du rapport d'activité. Cette démarche poursuit 4 objectifs :

- Simplifier la rédaction du rapport d'activité des CRUQPC pour les établissements de santé ;
- Faciliter l'exploitation des informations recueillies par l'ARS ;
- Améliorer la qualité et le taux de retour des rapports ;
- Améliorer la pertinence de la synthèse régionale des rapports d'activité des CRUQPC.

2.2.3 FONCTIONNEMENT DES CRUQPC

a) Etat d'installation des CRUQPC

Dans la région tous les établissements ont finalisé la mise en place d'une CRUQPC. En 2013, suite à la fusion de certains établissements, certaines commissions ont dû être modifiées afin de s'adapter au cadre réglementaire.

b) Composition des CRUQPC

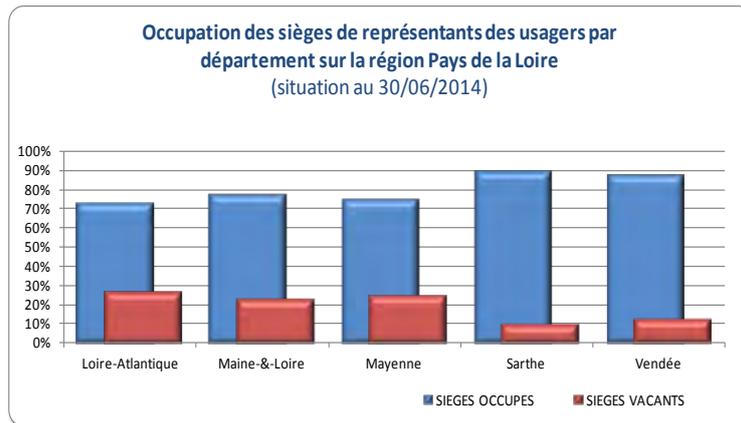
Rappel du cadre réglementaire :

Pour rappel, le décret n°2005-213 du 2 mars 2005, art R. 1112-81 dispose : « la commission est composée comme suit :

- 1° le représentant légal de l'établissement ou la personne qu'il désigne à cet effet, président ;
- 2° deux médiateurs et leurs suppléants, désignés par le représentant légal de l'établissement dans les conditions prévues à l'article R.1112-82 ;
- 3° deux représentants des usagers et leurs suppléants, désignés par le directeur de l'ARS dans les conditions prévues à l'article R.1112-83 ».

Les CRUQPC en 2013 :

- En 2013 un seul établissement a fonctionné sans représentant des usagers en raison d'absence de candidatures et ce malgré les sollicitations adressées aux associations.
- Au 30 juin 2014, 79% des sièges de représentants des usagers sont pourvus en CRUQPC, soit un total de 383 désignations.
- Ce sont majoritairement les sièges des suppléants qui sont vacants, seulement 6% des sièges de représentants titulaires demeurent non pourvus.
- Le taux d'occupation des sièges reste le plus important en Sarthe et en Vendée (respectivement à 89% et 88%). En Loire-Atlantique, Maine et Loire et Mayenne, ce taux varie entre 73% et 77%.

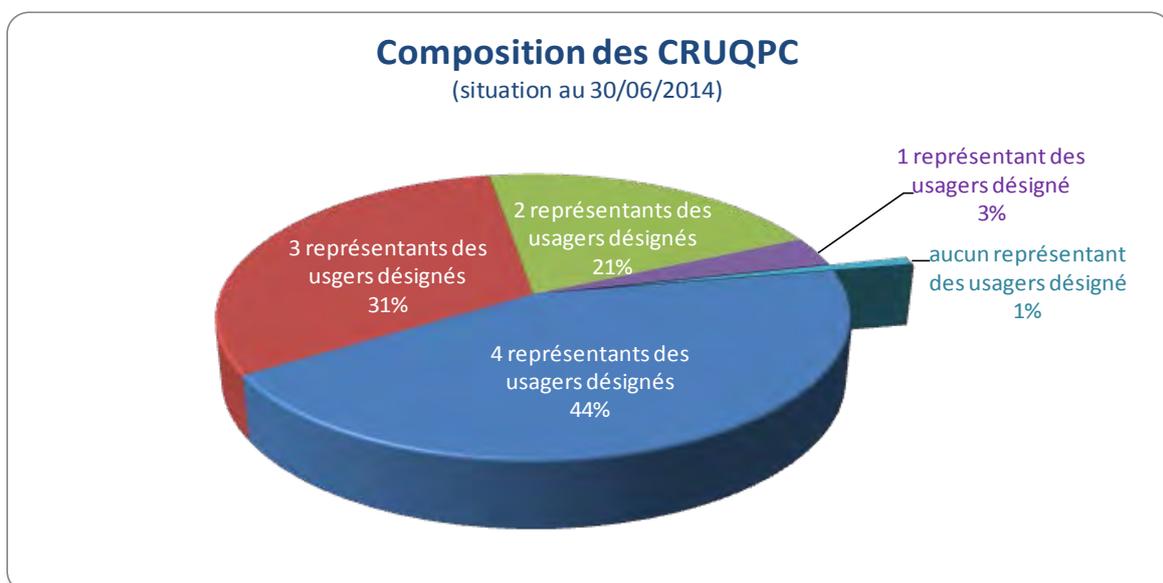


c) Les représentants des usagers dans les CRUQPC

Au 30 juin 2014 il peut être noté avec satisfaction l'augmentation du nombre de commissions qui ont au moins deux représentants désignés soit 95% des CRUQPC (+1.5% par rapport à 2013 et +14.5% par rapport à 2011). (Cf. graphique ci-dessous).

Cependant seules 53 CRUQPC fonctionnent avec le nombre de représentants désignés requis_à savoir 4 représentants dont 2 titulaires et 2 suppléants. Ce nombre est en baisse constante depuis 2011 :

- 2011 : 49,6% ;
- 2013 : 48% ;
- 2014 : 44%



d) Nombre de réunions dans les CRUQPC

Conformément à la réglementation en vigueur, la commission doit se réunir au moins une fois par trimestre. En 2013, on constate une **augmentation du nombre d'établissements organisant au moins quatre réunions par an** (2013 : 64% ; 2012 : 55%). Certains établissements se sont réunis plus de quatre fois cette année afin de préparer une nouvelle enquête de satisfaction (notamment sur l'accélération de l'instruction des dossiers de plaintes et réclamations ou sur la certification).



Les motifs émis par les établissements dans lesquels moins de 4 réunions ont eu lieu en 2013 sont les suivants :

- Restructuration de l'établissement ;
- Départ du responsable qualité et en attente de son remplacement ;
- Difficultés organisationnelles ;
- Absence de plaintes et réclamations ;
- Absence de sujets à inscrire à l'ordre du jour.

Commentaires de la Commission Spécialisée Droits des Usagers

La synthèse régionale des rapports d'activité établie par l'ARS est très complète, elle est un excellent support pour la réalisation de cette partie du rapport. L'initiative prise par l'ARS de demander une synthèse chiffrée aux établissements est un élément important pour faciliter l'analyse.

La commission note avec satisfaction que :

- tous les établissements de la région ont installé une CRUQPC et, dans leur grande majorité, en assurent un fonctionnement globalement satisfaisant ;
- plus de 95% des établissements y ont intégré deux représentants des usagers titulaires (+ 2% par rapport à 2012) ;
- la participation effective des suppléants aux réunions de la CRUQPC est très souvent la règle.

Des progrès ont été faits en 2013 concernant :

- la réalisation des quatre réunions réglementaires de la CRUQPC ;
- le nombre de représentants des usagers siégeant dans les CRUQPC, avec une variété des associations représentées (40).

La mission de désignation des représentants des usagers dans les CRUQPC est assurée par La Direction des Relations avec les Usagers et les Partenaires de l'ARS. Aucune difficulté sur le mode de désignation n'a été remontée à la commission spécialisée de la part des associations ou établissements. La composition des CRUQPC pour sa partie usagers est consultable par tous sur le site de l'ARS, néanmoins cet affichage aurait besoin d'être plus visible sur ce site.

2.2.4 ETABLISSEMENTS DE SANTE : ANALYSE DU CRITERE DE « RESPECT DES DROITS DES PATIENTS » DE LA CERTIFICATION HAS RELATIF A « L'IMPLICATION DES USAGERS, DE LEURS REPRESENTANTS ET DES ASSOCIATIONS »²

Sur les 121 établissements de santé de la région :

- 45 services sont certifiés A (33% en 2011, 43% en 2012),
- 56 services sont certifiés B,
- 20 établissements n'ont pas été cotés HAS.

L'augmentation du nombre d'établissements classés A est continue (33% en 2011, 43% en 2012).

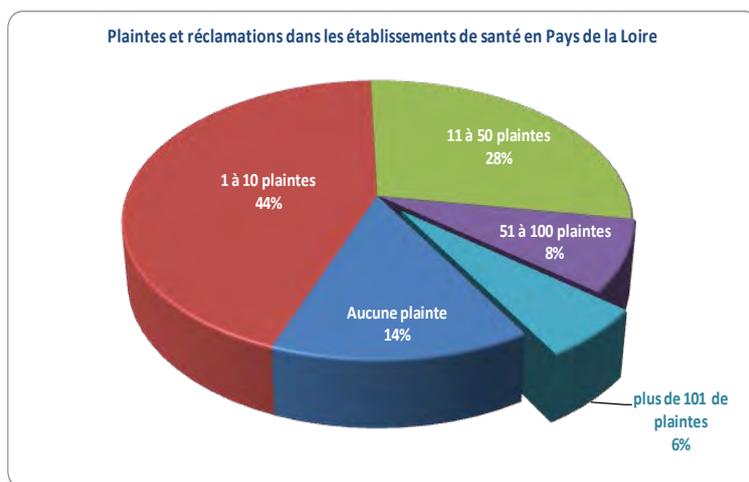
	« Implication des usagers, de leurs représentants et des associations »	
	Certification A	Certification B
Loire-Atlantique (41)	20	16
Maine et Loire (34)	7	20
Mayenne (11)	2	6
Sarthe (17)	9	6
Vendée (18)	7	8
Total Pays de la Loire (121)	45	56

2.2.5 PLAINTES, RECLAMATIONS ET MEDIATIONS

a) Plaintes et réclamations

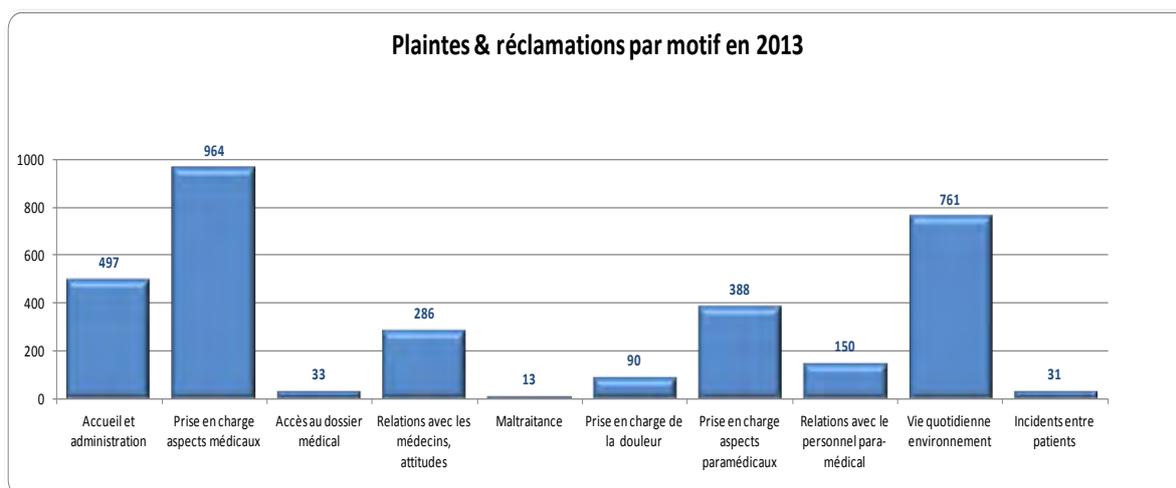
Au cours de l'année 2013, le nombre de réclamations reçues par les établissements sanitaires a légèrement diminué (3 371 réclamations en 2013 contre 3 427 réclamations en 2012). Les 17 établissements ligériens n'ayant reçu aucune plainte en 2013 sont essentiellement des établissements de moins de 100 lits.

² Données internes à l'ARS Pays de la Loire



Comme les années précédentes, trois établissements traitent la majorité des plaintes.

La classification des plaintes et réclamations a par ailleurs dû être adaptée à la nomenclature de la nouvelle méthodologie de saisie du rapport d'activité. Elle ne permet donc pas une comparaison avec les données des années précédentes. Cependant, la prise en charge des aspects médicaux demeure le motif principal des plaintes et réclamations.



**Prise en charge des aspects médicaux : information du malade/de la famille, contestation du diagnostic médical, accès au dossier médical, secret médical, non recueil du consentement, qualité des soins, divergence sur les actes médicaux, prise en charge de la douleur, accident thérapeutique, séquelles, infections nosocomiales, relations avec les médecins, maltraitance, accompagnement de la fin de vie, coordination des soins...*

Il faut préciser qu'une plainte/réclamation peut faire l'objet de plusieurs motifs et donc figurer dans plusieurs catégories de la classification.

Dans le recensement réalisé, il est possible que les plaintes et réclamations comptabilisées concernent un secteur autre que le secteur sanitaire étant donné que certains établissements assurant également des missions médico-sociales (EHPAD,...) enregistrent toutes les plaintes dans le même système.

Quant au délai moyen de prise en charge des réclamations, 68 établissements indiquent qu'il se situe entre 0 et 77 jours, avec une médiane de 7 jours.

Le registre des plaintes et réclamations est accessible aux membres de la CRUQPC (article R. 1112-80 du décret 2005-213) pour 94,8% des établissements ayant répondu à l'enquête en ligne.

b) Médiations

"La médiation en milieu hospitalier n'a pas pour but d'éviter le recours contentieux, mais de garantir les conditions d'un dialogue." Guide de bonnes pratiques en médiation médicale- ARS Ile de France - 2012-2013.

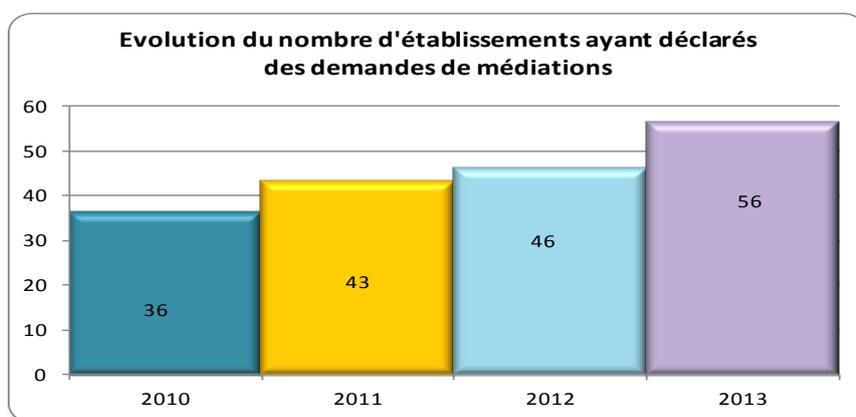
La procédure de médiation est prévue aux articles R.1112-93 et 1112.94 du code de la santé publique. Elle comprend plusieurs étapes :

- Une rencontre entre le médiateur de l'établissement et le patient ;
- Le compte-rendu de l'entretien est rédigé par le médiateur et transmis au président de la CRUQPC après examen du compte-rendu par la CRUQPC.

La médiation peut être demandée par le patient ou son représentant ou proposée par l'établissement de santé.

Le nombre d'établissements ayant déclaré des demandes de médiation est en constante augmentation depuis 2010 : 56 établissements en 2013 soit une augmentation de 22% par rapport à 2012.

Ces 56 établissements annoncent avoir reçu au moins 1 demande de médiation.



L'augmentation des **demandes de médiation** en 2013 s'explique notamment par la proposition systématique, dans certains établissements, de recourir à la médiation dès réception d'une plainte.

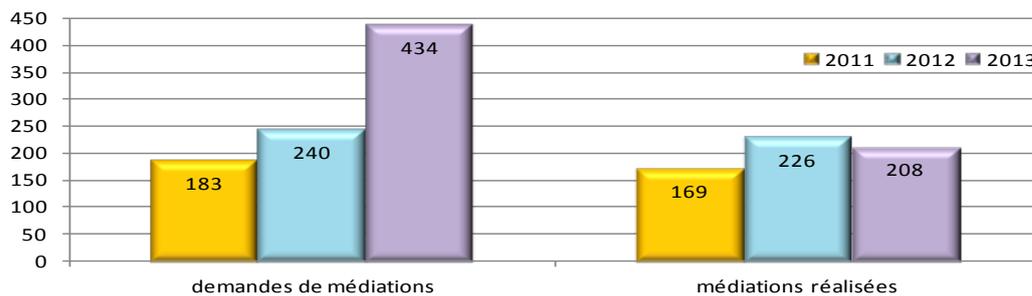
Parmi les établissements n'ayant pas enregistré de demandes de médiation, 86,5% ayant répondu au formulaire en ligne ont affirmé que les usagers sont effectivement informés de la possibilité de saisir le médiateur directement.

En 2012, 94,2% des demandes de médiations avaient été réalisées ; en 2013, seules 48% ont effectivement été mises en œuvre. Il semble nécessaire de suivre avec plus d'attention le nombre de médiations réalisées plutôt que les demandes de médiation.

Les établissements reconnaissent que la médiation est facilitée lorsque le médiateur a bénéficié d'une formation. En 2013, seuls 6% des médiateurs ont reçu une formation ou une sensibilisation à leur mission. Ceci est à mettre en lien avec le fait que de nombreux établissements n'ont que très peu de plaintes et réclamations ne justifiant pas d'engager des formations pour les médiateurs.

56% des médiations réalisées concernent le domaine médical et 25% le domaine non médical ; dans 19% des cas le motif de la médiation n'a pas été transmis.

Evolution du nombre de demandes et de médiations réalisées depuis 2011



Commentaires de la Commission Spécialisée Droits des Usagers

L'augmentation du nombre de demandes de médiation est encourageante car le recours à la médiation permet de faciliter le dialogue et l'information des patients. Tant les établissements que les usagers doivent être encouragés à recourir à la médiation, qu'elle soit médicale ou non médicale.

Il y a néanmoins une stabilité du nombre de médiations effectivement réalisées.

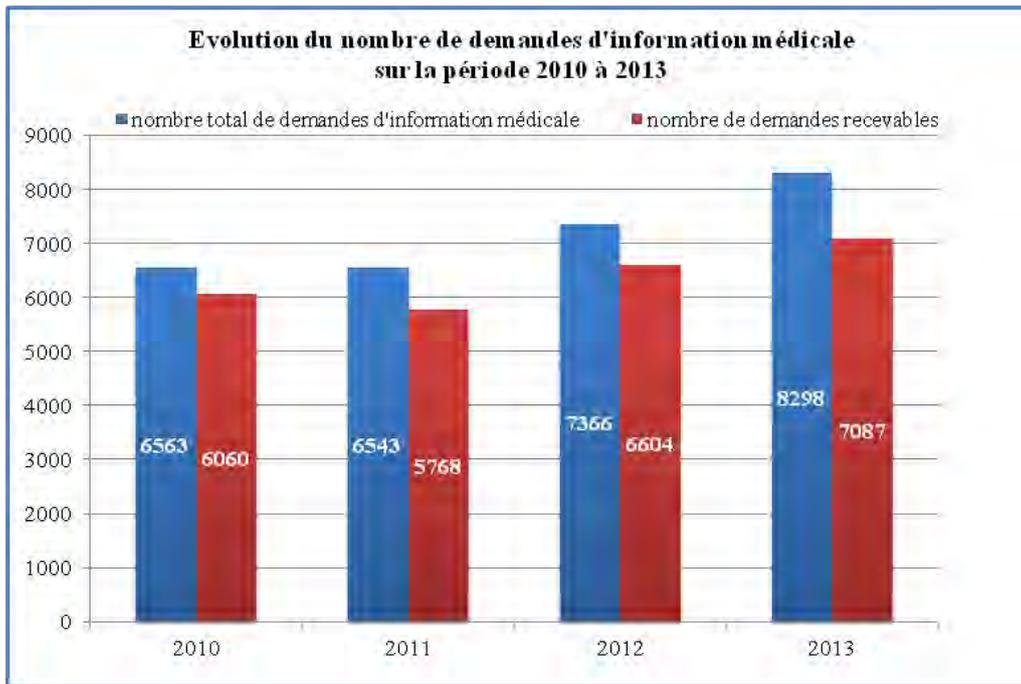
Il serait utile de pouvoir analyser le respect légal de cette procédure, la qualité de son déroulement et les résultats des médiations.

Selon la synthèse des éléments reçus, 95% des établissements indiquent que le registre des plaintes et réclamations est accessible à tous les membres de la CRUQPC, ce qui est satisfaisant ; néanmoins ce chiffre sera à confronter à la perception des représentants des usagers dans une prochaine enquête.

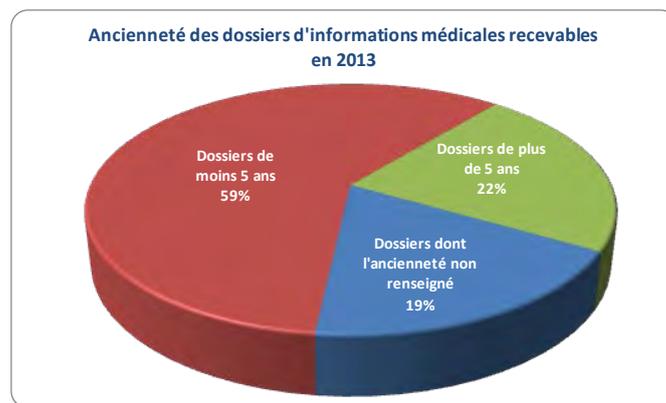
Sur la nature des plaintes et réclamations la commission spécialisée relève que la prise en charge médicale est le principal motif d'insatisfaction exprimée, devant les questions de vie quotidienne.

2.2.6 DEMANDES DE COMMUNICATION D'INFORMATIONS MEDICALES

- En 2013, 81,8% des établissements ligériens ont été sollicités pour au moins 1 demande d'information médicale.
- Le nombre de demandes d'informations médicales a progressé de 12,65% (8 298 demandes en 2013 contre 7 366 en 2012).
- La proportion de demandes déclarées recevables a augmenté de 7,3% par rapport aux données de 2012.
- Parallèlement, le taux d'irrecevabilité des demandes non-conformes a connu une augmentation de 9,7%.



➤ En 2013 la majorité des demandes concerne des dossiers de moins de 5 ans.



Les délais de communication :

Parmi les établissements, 43 signalent avoir eu des **difficultés à respecter les délais légaux de communication** des dossiers de moins de 5 ans et 9 établissements à respecter les délais légaux de communication des dossiers de plus de 5 ans.

Et ce pour les **motifs** suivants :

- archivage extériorisé des dossiers,
- difficultés de mobilisation et de prise de rendez vous avec les médecins,
- attente des justificatifs du demandeur (notamment la copie de la pièce d'identité).

Les **délais moyens de communication** sont les suivants :

- entre 0 et 30 jours pour les dossiers de moins de 5 ans. Le délai maximum étant de 192 jours,
- entre 0 et 60 jours pour les dossiers de plus de 5 ans. Le délai maximum étant de 178 jours.

77 établissements ayant répondu en ligne ont par ailleurs fait part de leurs pratiques en matière de communication du dossier médical :

- principe général de gratuité de la copie du dossier (23,4% des établissements),
- accès au dossier médical sur place (97,4% des établissements),
- formation du personnel sur la procédure d'accès au dossier médical (58,4% des établissements).

Commentaires de la Commission Spécialisée Droits des Usagers

L'accès au dossier médical constitue un droit essentiel du patient, celui-ci y a davantage recours puisque les demandes de transmission sont en constante augmentation (12,6% par rapport à 2012).

Il apparaît qu'après une amélioration dans les délais de transmission ces dernières années, des établissements rencontrent désormais davantage de difficultés à respecter les délais réglementaires. Ce constat mériterait d'être analysé plus précisément, ainsi que les motifs de demande d'informations médicales.

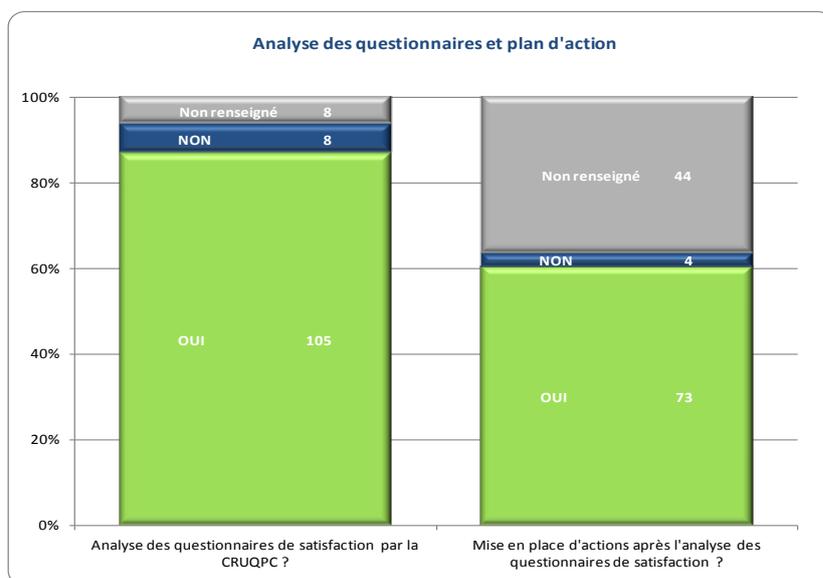
Il est nécessaire de recommander aux établissements d'améliorer l'information sur la procédure et les modalités afin de diminuer le nombre de demandes non-conformes.

2.2.7 LES ENQUETES DE SATISFACTION

En 2013, 95,9% des établissements de santé ont satisfait à l'obligation règlementaire de remise d'un questionnaire de sortie aux patients (article R. 1112-67 CSP).

Comme chaque année, le **taux de retour demeure faible** : 66 établissements annoncent un taux de retour inférieur à 30%. Si la majorité des questionnaires sont remis à l'entrée de l'hospitalisation, des alternatives sont mises en place afin d'augmenter ce taux de retour :

- remise en main-propre,
- remise à la préparation de la sortie,
- remise par le soignant-référent,
- envoi à domicile.



Le suivi des enquêtes :

- 88,3% des établissements réalisent ces enquêtes de satisfaction et informent les membres de la CRUQPC des résultats ;
- malgré le faible taux de retour, les questionnaires sont analysés et exploités par 86,8% des CRUQPC ;
- 94,8% des 77 établissements ayant répondu au questionnaire en ligne affirment mettre en place des actions après analyse des questionnaires de satisfaction ;
- 58,4% des établissements utilisent d'autres moyens pour mesurer la satisfaction des usagers : questionnaires spécifiques (à une activité, un service), enquête flash sur une thématique particulière (prise en charge de la douleur, restauration...), entretiens avec les professionnels médicaux/paramédicaux, audit par les représentants des usagers, cahier à disposition des usagers, boîte de suggestions, espace internet, commission de suivi des remarques des patients, etc.
- Dans ces enquêtes, les compétences professionnelles du personnel médical, du personnel soignant et la qualité du travail réalisé sont parfois reconnues (retours de remerciements/éloges). L'attention portée au patient est également soulignée.

Face à ces constats, les efforts à poursuivre concernent :

- la diffusion et la récupération des questionnaires,
- la sensibilisation du personnel à l'importance de ces retours pour améliorer continuellement la prise en charge des patients,
- le partage des bonnes pratiques entre établissements.

Commentaires de la Commission Spécialisée Droits des Usagers

Globalement le taux de retour des enquêtes reste faible, il faut néanmoins noter que 42% des établissements ont un taux de retour supérieur à 30% et ce le plus souvent grâce à des plans d'actions spécifiques.

Il est satisfaisant de constater que :

- 88% des établissements examinent les résultats en CRUQPC,
- 94% des établissements indiquent mettre en place des actions après l'analyse des questionnaires de satisfaction,

58% des établissements complètent les enquêtes de satisfaction par d'autres moyens d'évaluation (enquête sur certaines activités par exemple...).

2.2.8 INDICATEUR I-SATIS

a) L'indicateur

En 2011, la direction générale de l'offre de soins (DGOS) a débuté le processus de généralisation de l'indicateur de mesure de la **satisfaction des patients hospitalisés** au sein des établissements de santé, publics et privés, exerçant une activité de médecine, chirurgie ou obstétrique (MCO).

Cet indicateur constitue un outil essentiel des démarches d'amélioration de la qualité à l'instar des autres indicateurs de qualité et de sécurité des soins déjà diffusés.

Le dispositif de généralisation de l'indicateur de mesure de la satisfaction des patients hospitalisés vise quatre objectifs :

- fournir aux établissements de santé des outils de pilotage et de gestion de la qualité ;
- répondre à l'exigence de transparence portée par les usagers ;
- aider à la décision et au pilotage des politiques d'intervention à l'échelon régional et national ;
- améliorer l'efficacité de la procédure de certification.

Présentée comme obligatoire et annuelle pour les établissements MCO cette enquête a finalement été définie comme **facultative**³. De 2011 à 2013 elle reposait donc **uniquement sur l'engagement volontaire des établissements de santé**.

La démarche reposait sur une enquête téléphonique annuelle réalisée par un institut de sondage indépendant environ quatre semaines après la sortie de la personne hospitalisée. Les réponses au questionnaire permettaient de construire des indicateurs de mesure de la satisfaction des patients hospitalisés sur le plan national et par établissement de santé.

En 2014 les enquêtes de satisfaction étaient de nouveau rendues obligatoires pour les établissements MCO.

En 2015 l'indicateur évoluera pour être recueilli de façon continue auprès de **tous les patients grâce à un questionnaire en ligne**.

b) Les résultats en Pays de la Loire

En 2013, seules **6 structures ont transmis les conclusions de leur enquête à l'ARS**. Cet échantillon se compose de 2 établissements publics, 3 ESPIC (Etablissement de Santé Privés d'Intérêt Collectif) et d'un organisme privé à but non-lucratif.

Indicateur I-SATIS 2013 pour les Pays de la Loire

	Score de satisfaction globale	Prise en charge globale du patient	Information du patient	Communication avec les professionnels de santé	Attitude des professionnels de santé	Commodité de la chambre	Restauration hospitalière
Moyenne nationale	73,40%	77,30%	61,70%	79,50%	92,30%	74,70%	54,90%
Moyenne des Pays de la Loire	73,59%	80,59%	63,92%	78,46%	94,36%	59,97%	60,23%

Données recueillies à partir d'un échantillon de 6 établissements de la région

D'après un sondage fait auprès de représentants d'usagers, cette enquête I-SATIS aurait été réalisée dans d'autres établissements de la région. D'autres modes de recueil de cette enquête sont en cours d'expérimentation (voie postale et site internet).

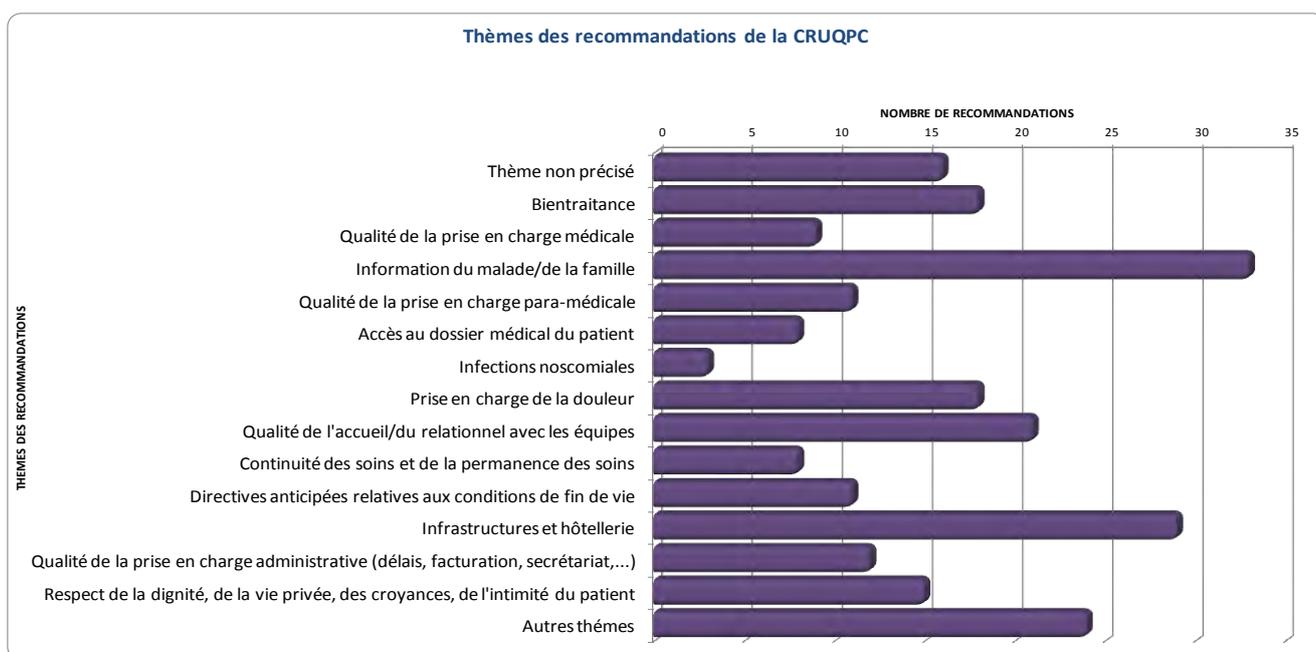
⁴ *Instruction rectificative n°DGOS/PF2/2011/148 du 18 avril 2011*

2.2.9 LES THEMES DE RECOMMANDATION DE LA CRUQPC

Conformément à l'article R.1112-80 du Code de la Santé Publique, il incombe à la CRUQPC par ses avis et propositions de formuler des recommandations.

En 2013, la CRUQPC a majoritairement émis des recommandations dans les domaines suivants :

- information du malade/de la famille ;
- infrastructures et hôtellerie ;
- qualité de l'accueil/du relationnel avec les équipes.



Commentaires de la Commission Spécialisée Droits des Usagers

La commission spécialisée regrette que pratiquement plus d'un tiers des CRUQPC d'établissements n'émette pas de préconisations, donc de pistes de travail d'amélioration de la qualité de la prise en charge.

L'analyse des préconisations formulées par certaines CRUQPC met en avant les efforts à réaliser dans des domaines importants des droits des usagers, tels que : l'information du patient et de ses proches, la qualité de la prise en charge médicale et paramédicale, la bienveillance, la prise en charge de la douleur, etc.

2.3 Activité de la Commission de Conciliation et d'Indemnisation des accidents médicaux, des affections iatrogènes et des infections nosocomiales (CCI) des Pays de la Loire⁴

La procédure

La CCI a une **double compétence**, elle peut être saisie :

1° Des « *litiges relatifs aux accidents médicaux, aux affections iatrogènes et aux infections nosocomiales* » (art L.1142-5 CSP)

2° « *des autres litiges entre usagers et professionnels de santé, établissements de santé, services de santé ou organismes ou producteurs de produits de santé* » et « *de contestations relatives au respect des droits des malades et des usagers du système de santé* » (art L.1114-4 et L.1142-5 CSP).

➔ En 2013 la CCI des Pays de la Loire a été uniquement sollicitée pour la première compétence.

La CCI comporte deux formations :

- Une **formation de règlement amiable** chargée d'indemniser partiellement voire intégralement les victimes d'accidents médicaux, d'affections iatrogènes ou d'infections nosocomiales lorsque les dommages présentent un caractère de gravité apprécié au regard du taux d'atteinte permanente à l'intégrité physique ou psychique ou des conséquences sur la vie privée et professionnelle. 153 demandes ont été émises en 2013.
- Une **formation de conciliation** pour les autres litiges.

	2009-2010	2010-2011	2011-2012	Année 2013
Demandes d'indemnisation amiable	131	181	146	153
Demandes initiales de conciliation*	0	0	0	5

*sont exclues les demandes faisant suite à une conclusion négative

Parmi les cinq demandes de conciliation deux ont abouti, et trois se sont conclues par une non-conciliation.

La composition de la CCI :

Le décret du 9 janvier 2014⁵ réduit cette composition. Le nombre de représentants des usagers sera réduit de moitié. Après renouvellement, ils seront ainsi au nombre de 3 (au lieu de 6). Ces mesures entreront en vigueur lors du prochain renouvellement du mandat des membres courant 2015.

En 2013, le taux de participation des représentants des usagers à la CCI est de 81,48% sur les 9 réunions organisées (il était de 92,8% en 2012 et de 73,8% en 2011).

Le traitement des dossiers :

- ➔ La première étape consiste en l'**instruction préalable du dossier**. Il s'agit principalement de vérifier la présence des pièces indispensables, notamment concernant le dossier médical.
- ➔ La seconde étape concerne l'**examen de sa recevabilité initiale**. La CCI ne rend un avis que « *lorsque les dommages subis présentent le caractère de gravité prévu [...]* » (article D.1142-1 CSP). S'il n'est pas atteint, la demande fait l'objet d'une **conclusion négative**. Dans le cas contraire, la CCI désigne des experts (article L.1142-9 CSP). Le recours à l'expertise est **obligatoire pour rendre un avis**.

Une fois le rapport d'expertise remis à la Commission celle-ci émet soit une conclusion positive soit une conclusion négative.

⁴ Rapport au Parlement et au Gouvernement, Année 2013 de la Commission Nationale des Accidents Médicaux (CNAMed).

⁵ Décret du 9 janvier 2014 portant simplification et adaptation des dispositifs d'indemnisation gérés par l'Office national d'indemnisation des accidents médicaux, des affections iatrogènes et des infections nosocomiales.

Les motifs de conclusions négatives sans expertise au fond :

	2009-2010	2010-2011	2011-2012	2013
Nombre total de demandes	32	40	53	62
Abandon de procédure	nc	nc	nc	19
Seuil de gravité manifestement non atteint	21	16	17	30
Incompétence au regard de l'antériorité du fait générateur				6
Défaut de lien de causalité	nc	nc	nc	4
Désistement	nc	nc	nc	2
Absence d'acte de diagnostic	nc	nc	nc	1

Les conclusions après expertise au fond :

	2009-2010	2010-2011	2011-2012	2013
Les conclusions positives	35	58	45	64
Les conclusions négatives :	46	60	66	89
<i>incompétence pour seuil de gravité non-atteint</i>	20	28	22	21
<i>défaut de lien de causalité</i>	0	14	19	39
<i>accident médical non-indemnisable</i>	0	18	22	29

Les délais :

- Au niveau national, le délai moyen entre la date du premier enregistrement et celle de la constitution d'un dossier complet est de 3 mois. Il est de 5 mois pour le pôle interrégional de Bagnolet-Ouest qui comprend la région Pays de la Loire.
- En Pays de la Loire, le délai demandé aux experts est en général de 4 mois. En pratique, il n'est pas respecté puisqu'en 2013, ce délai était de 4,7 mois.
- Le délai entre la date de réception du dossier complet et la conclusion négative après expertise est de **14,4 mois** en région Pays de la Loire contre 9,7 mois au niveau national.
- Sur le plan réglementaire, le délai de 6 mois préconisé au niveau national entre la date de réception du dossier complet et celle de l'émission de l'avis positif de la CCI n'a pas été respecté puisqu'en Pays de la Loire, il est de 14,7 mois soit **le plus élevé de France**.
- Seul le délai entre la date de réception du dossier complet et l'émission de conclusions négatives sans expertise respecte le délai national : il est de 1,4 mois au niveau régional et de 2,8 mois au niveau national.

Les rapports annuels des CCI expliquent le non-respect des délais par l'augmentation du nombre des dossiers, l'insuffisance des effectifs, la durée des expertises ainsi que la complexité de la procédure. L'introduction en février 2013 du nouveau logiciel commun partagé CCI-ONIAM a également ralenti le travail des commissions et a engendré un manque de contrôle et de fiabilité de plusieurs données.

Commentaires de la Commission Spécialisée Droits des Usagers

Les CCI, mises en place par la loi du 4 mars 2002, semblent rencontrer un certain nombre de difficultés de fonctionnement se traduisant en particulier par l'allongement des délais de traitement des dossiers.

La CSDU s'interroge sur :

- le nombre élevé de conclusions négatives,
- l'importance du critère de seuil de gravité non atteint dans les conclusions négatives.

La commission spécialisée exprime à nouveau son souhait d'une rencontre avec la Présidente de la CCI des Pays de la Loire afin de mieux évaluer et comprendre la situation dans la région.

2.4 Médico-social

2.4.1 LE CONTEXTE REGLEMENTAIRE DU CONSEIL A LA VIE SOCIALE (CVS)

L'article L.311-6 de la loi 2002-2 rénovant l'action sociale et médico-sociale prévoit l'institution d'un Conseil à la Vie Sociale (CVS), ou d'une autre forme de participation, afin d'associer les personnes bénéficiaires des prestations au fonctionnement de l'établissement ou du service. Le CVS se réunit au moins 3 fois par an.

Pour rappel, le rôle et les missions des CVS et autres instances de participation sont très différents de ceux des CRUQPC. Les CVS ne traitent pas les questions individuelles et donc les plaintes et réclamations.

Le CVS comprend au moins :

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

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

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

2.4.2 LE FONCTIONNEMENT EFFECTIF DES CVS AU SEIN DES ETABLISSEMENTS MEDICO-SOCIAUX

Les données sont issues des bilans d'inspections des services de l'ARS sur un échantillon de 45 établissements et huit inspections hors programme. Ont été inspectés :

- 1 Institut Médico-Educatif (IME) ;
- 4 Etablissements et Services d'Aide par le Travail (ESAT)
- 1 Maison d'Accueil Spécialisée (MAS) ;
- 4 Foyers d'Accueil Médicalisé (FAM) ;
- 21 Etablissements d'Hébergement pour Personnes Agées Dépendantes (EHPAD) ;
- 5 Services de Soins Infirmiers à Domicile (SSIAD) ;
- 5 Services d'Education Spécialisée et de Soins A Domicile (SESSAD).

Bilan des inspections en EHPAD⁶ (2012)

Sur les 21 EHPAD concernés tous ont installé leur CVS.

Cependant seuls 12 établissements sur les 21 inspectés respectent la fréquence de réunions prévue dans la réglementation.

Dans 6 EHPAD le CVS ne se réunit que 2 fois par an ; dans les 3 autres il ne se réunit qu'une fois par an.

Certains établissements mettent également en place une réunion annuelle avec les résidents et leur famille.

Dans la quasi-totalité des établissements, la présidence du CVS est assurée par un représentant des résidents conformément à la loi n°2002-2 du 2 janvier 2002.

Bilan des inspections en MAS-FAM⁷ (2011-2012)

Il ressort de ce bilan que le CVS est installé dans tous les établissements inspectés.

Il s'agit souvent d'un CVS commun aux structures médico-sociales implantées sur le même site (MAS-FAM-FO).

Deux structures réunissent leur CVS une seule fois par an contrairement aux trois réunions prévues par les textes (art. D 311-16 du CASF).

Bilan des inspections en ESAT⁸ (2011-2012)

D'après ce bilan, les outils de la loi du 2 janvier 2002 (dont le CVS) sont mis en place au sein des ESAT inspectés.

Bilan des inspections en SSIAD⁹ (2012-2013)

Sur les 5 services inspectés en 2013, seul un service a mis en place un CVS.

2 services organisent une réunion avec les usagers. 2 autres ont opté pour une enquête de satisfaction.

➤ **Pourcentage des établissements médico-sociaux réunissant leur CVS au moins 3 fois par an¹⁰**

En 2013, moins de 50% des établissements inspectés ont effectivement réuni au moins 3 fois leur CVS, 32% l'ont réuni deux fois et 14% une fois.

Le pourcentage des établissements médico-sociaux réunissant leur CVS au moins 3 fois par an est en baisse constante depuis 2011:

63,8% en 2011
57% en 2012
46,4% en 2013

⁶ Etablissement d'Hébergement pour Personnes Agées Dépendantes (EHPAD).

⁷ Maison d'Accueil Spécialisée (MAS) – Foyer d'Accueil Médicalisé (FAM).

⁸ Etablissement et Service d'Aide par le Travail (ESAT).

⁹ Services de Soins Infirmiers A Domicile (SSIAD).

¹⁰ Indicateur M03 du Projet Régional de Santé ARS Pays de la Loire.

Commentaires de la Commission Spécialisée Droits des Usagers

Les données quantitatives concernant le nombre de CVS et de leurs réunions cachent des situations disparates. En fonction des qualités et pathologies des résidents, des moyens financiers, des ressources humaines des établissements, ces derniers peuvent être amenés à adapter le fonctionnement des CVS tout en essayant de conserver l'esprit de la loi.

Il convient de ne pas s'arrêter aux seules données chiffrées. Le nombre de réunions n'est pas forcément un indicateur du bon fonctionnement des CVS. En effet, une réunion sera d'autant plus utile qu'elle aura été bien préparée en amont, que les représentants des résidents auront été formés, qu'elle ne s'arrêtera pas au traitement de cas personnels. Ces éléments ne sont pas quantifiables.

L'instance des CVS est jugée globalement positive car elle joue un véritable lien social ; elle aborde de nombreux sujets liés à la vie personnelle et collective des résidents et peut déboucher sur des modifications d'organisation.

Les freins au bon fonctionnement des CVS peuvent être les suivants : établissements trop petits et manquant de personnel dédié et/ou qualifié pour cette fonction, au contraire établissements trop grands impliquant davantage de lenteur administrative, changements fréquents de personnel et de résidents, focalisation des usagers sur des cas particuliers.

Les éléments ci-dessous pourraient permettre de faire vivre et pérenniser la démocratie sanitaire :

- ➔ renforcer les formations des représentants des résidents,
- ➔ de bonnes pratiques existent et devraient être diffusées : un EHPAD adossé à un établissement de santé articule souvent ses missions avec la CRUQPC de celui-ci, mise en place de réunions préparatoires aux CVS, assemblées générales annuelles, etc ;
- ➔ afin d'assurer leur légitimité et d'inscrire leur travail dans la durée, il conviendrait, dans les CVS des EHPAD, de permettre la désignation d'un représentant issu d'une association agréée du système de santé ou d'un CODERPA (comme cela se fait à titre expérimental dans la Région Nord Pas de Calais).

2.4.3 LES PERSONNES QUALIFIEES AU SEIN DES ETABLISSEMENTS MEDICO-SOCIAUX

Le Code de l'action sanitaire et sociale prévoit que, dans chaque département, des personnes qualifiées soient désignées pour aider toute personne prise en charge dans un établissement social ou médico-social à faire valoir ses droits¹¹.

¹¹ article L. 311-5 du Code de l'action sociale et des familles, modifié par l'ordonnance n°2010-177 du 23 février 2010 – art.18, stipule que : «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. La personne qualifiée rend compte de ses interventions aux autorités chargées du contrôle des établissements ou services concernés, à l'intéressé ou à son représentant légal dans des conditions fixées par décret en Conseil d'Etat».

La personne qualifiée saisie instruit la demande et prend connaissance auprès de l'utilisateur des éléments qui constituent le litige. La personne qualifiée l'informe sur la démarche qu'elle va initier puis fait valoir les droits du demandeur en assurant une médiation avec la direction de l'établissement ou du service mis en cause.

Elle rend compte de ses démarches au demandeur, à l'ARS ou aux services du Conseil Général par la rédaction d'un rapport d'intervention. La personne qualifiée peut également en informer la direction de l'établissement ou le service concerné.

La personne qualifiée rédige ensuite un rapport d'intervention qui explique les démarches et le calendrier d'intervention et se conclut par des recommandations.

➔ La personne qualifiée n'a pas de pouvoir d'injonction ni vis-à-vis de l'établissement d'accueil ni vis-à-vis de l'administration.

Nominations et interventions en Pays de la Loire :

Chaque département dispose désormais de personnes qualifiées :

Le dispositif a été mis en place en 2008 en Loire Atlantique, en 2011 en Maine et Loire et en 2012 en Sarthe.

➔ Au mois de décembre 2013, on peut recenser la nomination de 28 personnes qualifiées.

	Nombre de personnes qualifiées	Année de nomination	Demandes d'intervention		Interventions réalisées	
			2013	2014	2013	2014
Loire Atlantique	3	2012	1	6	0	5 dont 1 en cours
Maine et Loire	4	2011	3	2	0	2
Mayenne	5	2013	2	1	1	1
Sarthe	10	2012	1	2	0	1
Vendée	6	2013	2	0	2	0

Une rencontre régionale des personnes qualifiées a eu lieu le 5 décembre 2013. Cette réunion a rassemblé 23 personnes qualifiées représentant l'ensemble des délégations et avait pour objectif de faire le point sur leurs missions et la notion de médiation.

Les questions soulevées ont été les suivantes :

- concernant la procédure : exigence d'un suivi par un référent départemental, existence d'une adresse mail indépendante, réunion avec les protagonistes effectuée dans un lieu empreint de neutralité,
- concernant les suites données aux rapports : exigence d'un suivi de l'information à la personne qualifiée,
- concernant le statut de la personne qualifiée : nécessaire indépendance, protection des données personnelles, pouvoir d'investigation.

Commentaires de la Commission Spécialisée Droits des Usagers

Au 1er janvier 2014, dans chaque département, un arrêté de nomination existe pour les personnes qualifiées.

Avec seulement 3 interventions réalisées en 2013 et 9 en 2014, il apparaît que ce dispositif est très peu connu du public.

Il conviendrait de mieux le faire connaître tant auprès des professionnels que des usagers, et de bien définir son périmètre et ses modalités d'intervention afin de distinguer ce nouvel acteur des acteurs existants (CVS et médiateurs sanitaires).

Une réunion d'échanges entre personnes qualifiées, comme celle organisée en décembre 2013, est à renouveler.

2.5 Dispositif de traitement des plaintes à l'ARS

Les plaintes et réclamations sont le plus souvent traitées par :

- les Conseils de l'Ordre des professionnels de santé en ambulatoire,
- les établissements de santé,
- les structures spécialisées pour le médico-social.

Un certain nombre de plaintes sont néanmoins adressées directement à l'Agence Régionale de Santé.

En 2013, **448 réclamations ont été reçues** par la Direction des Relations avec les Usagers et les Partenaires (DRUP) et examinées en commission régionale (341 réclamations en 2012).

Le département de la Mayenne a le taux de réclamations le plus élevé pour 100 000 habitants (16,8% soit un total de 51 réclamations) pour une moyenne régionale de 12,6%.

2.5.1 REPARTITION DES RECLAMATIONS PAR SECTEUR EN 2013

Répartition des plaintes par secteur	Etablissements de santé	Personnes âgées	Personnes handicapées	Autres	Ambulatoire	SAMU
En %	33,5%	29,9%	14,3%	12,00%	8,7%	1,6%

→ Les réclamations mettent en cause principalement les établissements de santé : 33,5% des réclamations.

La prise en charge (à hauteur de 65%) et particulièrement la prise en charge médicale fait l'objet de nombreuses plaintes. La passivité et le manque d'empathie du personnel, le défaut ou la qualité de l'information donnée au patient ou à la famille, le traitement médical, y compris médicamenteux, et la gestion de la fin de vie sont principalement mis en cause. Sont également évoqués : l'accès au dossier médical, la facturation, le délai de transmission des documents...

→ Ensuite viennent les plaintes concernant le secteur médico-social ayant trait aux personnes âgées: 30% des plaintes.

Notamment la prise en charge des résidents (35%) ainsi que le fonctionnement (24%). Sont mis en cause : la passivité, le manque d'empathie et de respect du personnel, le retard dans les soins et l'hospitalisation, l'hygiène, le circuit du médicament, les chutes liées à un défaut de surveillance, le manque d'activités et d'animation, la résiliation de contrat par les SSIAD. Mais aussi : le libre-choix du pharmacien par le résident, les conditions de travail, les tarifs, l'information des familles, la recherche de place.

→ 14,3% des réclamations concernent les établissements pour personnes handicapées.

Les réclamations sont en majorité liées aux demandes de place (45%). 23% des réclamations ont trait à la qualité de la prise en charge et 12% aux problèmes de fonctionnement.

2.5.2 LES SUITES DONNEES

Dans la moitié des cas les réclamations faites aux établissements de santé et au SAMU sont adressées à l'ARS en double d'un courrier à l'établissement. Dans ce cas, la DRUP demande à l'établissement une copie de sa réponse au plaignant qui sera examinée en commission :

- soit la réponse apportée par l'établissement est jugée satisfaisante (mise en œuvre d'une médiation, explication des données, excuses, etc.) ;
- soit des investigations complémentaires sont décidées par la commission.

Les réclamations adressées uniquement à l'ARS font l'objet d'une demande d'informations à l'établissement, à partir desquelles le même traitement s'applique (examen en commission, etc.).

Les CRUQPC examinent plus de la moitié des réclamations et le médecin médiateur intervient fréquemment lorsque la qualité de la prise en charge médicale est mise en cause.

Les réclamations liées au secteur médico-social sont examinées en commission et instruites par les Délégations Territoriales en raison de l'importance du lien avec le Conseil Général ou la MDPH.

Les réclamations reçues peuvent effectivement donner lieu à des inspections et contrôles ciblés réalisés par le département Qualité-Sécurité-Inspection (QSI) de la Direction de l'Efficiencia de l'Offre (DEO) en lien avec les Délégations territoriales.

2.5.3 LES RECLAMATIONS CLOTUREES ET LES RECLAMATIONS EN COURS D'INSTRUCTION

Au 30 janvier 2014, 68% des réclamations reçues sont clôturées (soit 303 des 448 réclamations reçues au cours de l'année 2013) et 32% en cours d'instruction.

2.5.4 LES SIGNALEMENTS

En 2013, 24 signalements d'évènements indésirables transmis par les directions des structures ont fait l'objet d'une instruction par la DRUP et les Délégations Territoriales.

- 10 concernent les structures pour les personnes âgées :
 - Attitude des professionnels ;
 - Violences entre résidents ou de résidents à l'égard du personnel ;
 - Difficulté d'intervention des SSIAD ;
 - Familles harcelantes.
- 9 concernent les structures pour personnes handicapées :
 - Violences entre résidents ;
 - Attitude des professionnels ;
 - Problèmes familiaux au domicile des personnes handicapées.
- 5 concernent les établissements de santé :
 - Attitude des professionnels ;
 - Difficultés dans les parcours de soins.

Commentaires de la Commission Spécialisée Droits des Usagers

La commission constate que le secteur des personnes âgées continue à faire l'objet, comme l'an passé, d'un tiers des plaintes reçues par l'ARS. Les événements indésirables graves ayant fait l'objet d'une instruction concernent également en premier lieu ce secteur¹.

Ces chiffres plaident pour une vigilance particulière à avoir pour ce domaine. Une analyse plus approfondie des plaintes reçues par l'ARS et ses délégations territoriales et par les conseils généraux reste utile.

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

3.1 Ambulatoire

Sur les 328 plaintes et doléances reçues par le Conseil Régional de l'Ordre des Médecins de la région Pays de la Loire aucune indication sur les motifs n'a été renseignée : le nombre de plaintes déposées pour maltraitance ainsi que le taux de réponse apporté ne sont donc pas connus. Les Conseils départementaux de l'Ordre des sages-femmes du Maine et Loire et de la Vendée ont transmis n'avoir reçu aucune plainte pour 2013.

3.2 Sanitaire

En 2013, les établissements de santé en Pays de la Loire ont recensé au total 13 plaintes relatives à la maltraitance dont 6 en Maine et Loire, 3 en Sarthe et en Vendée, et 1 en Mayenne¹².

3.2.1 ANALYSE DU CRITERE 10A DE LA CERTIFICATION HAS RELATIF A LA « PREVENTION DE LA MALTRAITANCE ET LA PROMOTION DE BIENTRAITANCE »

Plusieurs items sont analysés par ce critère 10a :

- les modalités de signalement des cas de maltraitance,
- des actions de sensibilisation des professionnels,
- l'intégration de la promotion de la bientraitance dans les projets de l'établissement.

En 2013, 185 activités d'établissements ont fait l'objet de certifications HAS critère 10a (112 en 2012) :

- 20% recueillent une cotation « A »,
- 78% recueillent une cotation « B »,
- trois activités d'établissements ont reçu une cotation « C »,
- et une activité une cotation « D ».

¹² Synthèse Rapports CRUQPC 2013

Tableau de répartition des cotations par activité :

	Court séjour (63)			Santé mentale (22)			Soins de suite et Réadaptation (65)			Séjour Longue Durée (30)				Hospitalisation A Domicile (5)			TOTAL (185)			
	A	B	C	A	B	C	A	B	C	A	B	C	D	A	B	C	A	B	C	D
Total Pays de la Loire (185)	13	48	2	5	17	-	10	54	1	8	21	-	1	1	4	-	37	144	3	1
En %	20	76	3	22	77	-	15	83	1	27	70	-	3	20	80	-	20	78	1	0,5

Entre parenthèses figurent les chiffres précisant le nombre d'activités évaluées.

3.2.2 LES INFORMATIONS SUR LA BIENTRAITANCE AU SEIN DES RAPPORTS CRUQPC

L'enjeu de la bientraitance revêt un caractère fondamental pour les établissements de santé au regard des politiques d'amélioration de la qualité, de la sécurité des soins et de l'accompagnement des usagers.

La majorité des établissements de santé disposent effectivement d'un dispositif ou d'une procédure de promotion de la bientraitance :

- 83.5% des établissements déclarent mettre en œuvre des actions de promotion de la bientraitance :
 - formations inscrites au plan de formation de l'établissement ;
 - plaquette avec indication de repères ;
 - mise en place de comité ;
 - enquête auprès du personnel sur la perception de la bientraitance ;
 - élaboration d'une charte...
- 52% déclarent mettre en œuvre des formations ou séances de sensibilisation à la bientraitance en direction des personnels. 45 établissements ont ainsi proposé des formations ou des séances de sensibilisation à la bientraitance à l'attention de 4 527 professionnels.
- 54% déclarent mettre en œuvre des évaluations des pratiques ayant pour thématique le respect des droits des usagers.

Commentaires de la Commission Spécialisée Droits des Usagers

Les données 2013 concernant la prévention de la maltraitance et la promotion de la bientraitance sont encourageantes : 83,5% des établissements de santé ont mis en œuvre des actions qui permettent de promouvoir la bientraitance.

Cependant ce chiffre doit être pondéré par le fait qu'existe une très grande diversité dans les actions car il recouvre aussi bien les actions ponctuelles que celles organisées sur le long terme. De plus il subsiste des marges de progression puisque 19% des établissements n'ont pas encore mis en place de procédure particulière. Les établissements doivent être accompagnés dans leur démarche ; notamment par la formation des professionnels, la diffusion d'outils, l'échange de bonnes pratiques...

La campagne de sensibilisation menée en 2013 visait essentiellement les professionnels. Désormais on peut noter que de plus en plus d'établissements sanitaires associent les représentants des usagers à la réflexion et aux actions sur la bientraitance.

3.3 Médico-social¹³

3.3.1 LES INSPECTIONS MENEES

Conformément à la circulaire du 20 février 2014 les services de l'ARS doivent faire de la prévention et de la lutte contre la maltraitance une de leurs priorités. A cet effet ils disposent de moyens d'inspection et de contrôle. Les inspections au sein des établissements et services médicaux sociaux sont menées au titre du Programme Régional Inspection-Contrôle-Audit (PRICA).

Cependant, au vu des 1 885 structures médico-sociales en région¹⁴, les plans d'inspections ne sont pas en mesure de couvrir l'ensemble des structures. Un ciblage est effectué avec pour objectif d'atteindre 12% des établissements accueillant les personnes âgées et les personnes handicapées sur l'ensemble de la période de 5 ans du programme pluriannuel de prévention de la maltraitance dans les ESMS relevant de la compétence des ARS¹⁵.

Sont privilégiés les établissements :

- accueillant les personnes les plus vulnérables ou les plus dépendantes,
- n'ayant fait l'objet d'aucun contrôle ou visite sur place depuis 5 ans,
- pour lesquels il a été effectué des réclamations ou signalements de risques ou dysfonctionnements.

Le **bilan 2013 du PRICA** précise que sur l'objectif initial des 37 établissements médico-sociaux prévus, seuls 25 établissements ont fait l'objet d'une inspection au titre de l'action « repérage des risques de maltraitance dans les EMS ». Au titre de l'action « prévention des risques de maltraitance dans les SSIAD », 100% des établissements prévus ont été inspectés (soit 5 établissements).

En 2014 le PRICA prévoit de reconduire son programme d'inspection avec le même objectif qu'en 2013, soit l'inspection de 42 structures, dont 28 EHPAD, 9 établissements pour personnes handicapées (IME, ESAT, MAS-FAM) et 5 SESSAD. Seule la mission d'inspection des SSIAD conduite en 2013 ne sera pas reconduite en 2014. Ce programme prévisionnel d'inspection affirme que le **contrôle des EHPAD reste la priorité**. Il prévoit en outre la consolidation du dispositif de suivi des inspections avec la **mise en place d'un comité de suivi semestriel** (pour une meilleure prise en compte des préconisations des missions d'inspection par les ESMS).

3.3.2 BILAN DES INSPECTIONS

Sur la période 2011-2013 les services d'inspection de l'ARS Pays de la Loire ont réalisé plusieurs bilans d'inspection dans le secteur médico-social dont il ressort les éléments suivants :

Bilan d'inspection des EHPAD (2012)

21 établissements de la région ont fait l'objet de cette mission d'inspection en 2012 (soit 5% du nombre d'EHPAD de la région). Les établissements retenus ont des statuts juridiques différents : public (hospitalier ou territorial), privé associatif et privé à but lucratif. Il a été relevé dans le champ de la bientraitance :

⇒ **Une absence de protocole maltraitance :**

Un faible nombre d'établissements a formalisé un protocole spécifique maltraitance (3 sur 19) mais plusieurs établissements affirment avoir mis en place une politique dédiée à la bientraitance.

¹³ Circulaire du 20 février 2014 relative au renforcement de la lutte contre la maltraitance et au développement de la bientraitance des personnes âgées et des personnes handicapées dans les établissements et services médico-sociaux relevant de la compétence des ARS.

¹⁴ Ensemble des établissements et services pour l'enfance et la jeunesse inadaptée, pour les adultes handicapées, pour les personnes âgées et quelques autres établissements d'accueil et d'hébergement.

¹⁵ Ibid.

Un effort de pédagogie de l'encadrement est aussi nécessaire pour éviter la confusion de certains agents entre signalement et délation qui constitue un frein à l'appropriation de ce dispositif.

⇒ **Sur les formations :**

L'offre de formations relative à la prévention de la maltraitance, la promotion de la bientraitance et/ou la connaissance des problématiques des personnes accueillies en EHPAD est jugée satisfaisante dans les ¾ des établissements inspectés.

⇒ **Sur l'analyse de la pratique, le soutien psychologique des équipes :**

14 établissements sur 16 disposent d'un psychologue dont 11 qui assurent principalement le suivi des résidents.

Le soutien apporté par les Equipes Mobiles de Soins Palliatifs (EMSP) est souligné bien que ces partenariats restent souvent à formaliser.

Bilan d'inspection des MAS-FAM (2011-2012)

14% des MAS-FAM de la région ont été inspectés sur cette période. Les points suivants ont été relevés :

⇒ **Une absence de protocole maltraitance dans la moitié des MAS-FAM inspectés :**

Lorsqu'il est formalisé, le protocole est relatif à la conduite à tenir en cas de situation de maltraitance (dispositif de signalement). Le rapport d'inspection relève que ces protocoles sont parfois insuffisamment explicites quant à la possibilité d'une maltraitance émanant d'un agent de l'établissement. Dans la moitié des établissements disposant d'un tel protocole son appropriation par les personnels est de plus jugée insuffisante par les professionnels entendus.

⇒ **Les réunions d'analyse de la pratique sont mises en place dans près de 80% des établissements inspectés.**

Seuls 3 établissements sur les 14 inspectés ne proposent pas d'analyse de la pratique aux professionnels.

⇒ **Les formations bientraitance sont à renforcer :**

1/3 des rapports d'inspection préconisent de proposer des formations aux personnels portant sur la bientraitance ou sur la connaissance des publics accueillis (en particulier l'autisme pour les structures concernées).

Bilan d'inspection des ESAT (2011-2012)

Ce bilan résulte de l'analyse de 10 rapports d'inspection.

90% des ESAT inspectés ne disposent pas de protocole relatif à la conduite à tenir en cas de situation de maltraitance.

De plus, les formations sur la bientraitance (collectives ou individuelles) sont souvent absentes des plans de formations examinés.

Bilan d'inspection des SSIAD (2012-2013)

La mission d'inspection a concerné au total 15 SSIAD. Le présent bilan concerne cependant 10 inspections (les 5 autres ayant fait l'objet d'un premier bilan fin 2012). **70% des services inspectés n'ont pas rédigé de protocole de prévention de la maltraitance ni formé le personnel.**

Au terme de l'action, malgré la présence de réels facteurs de risques, les équipes d'inspection n'ont pas identifié de problèmes particuliers de maltraitance mettant en jeu la santé, la sécurité et le bien-être des personnes.

Parmi les points positifs, le niveau de qualification des agents est un atout qui a été souligné. Ce sont l'environnement familial et l'entourage du bénéficiaire qui sont le plus souvent à l'origine d'une situation susceptible d'être qualifiée de maltraitance et non les professionnels des SSIAD.

Ce programme d'inspection des SSIAD ne sera pas reconduit en 2014.

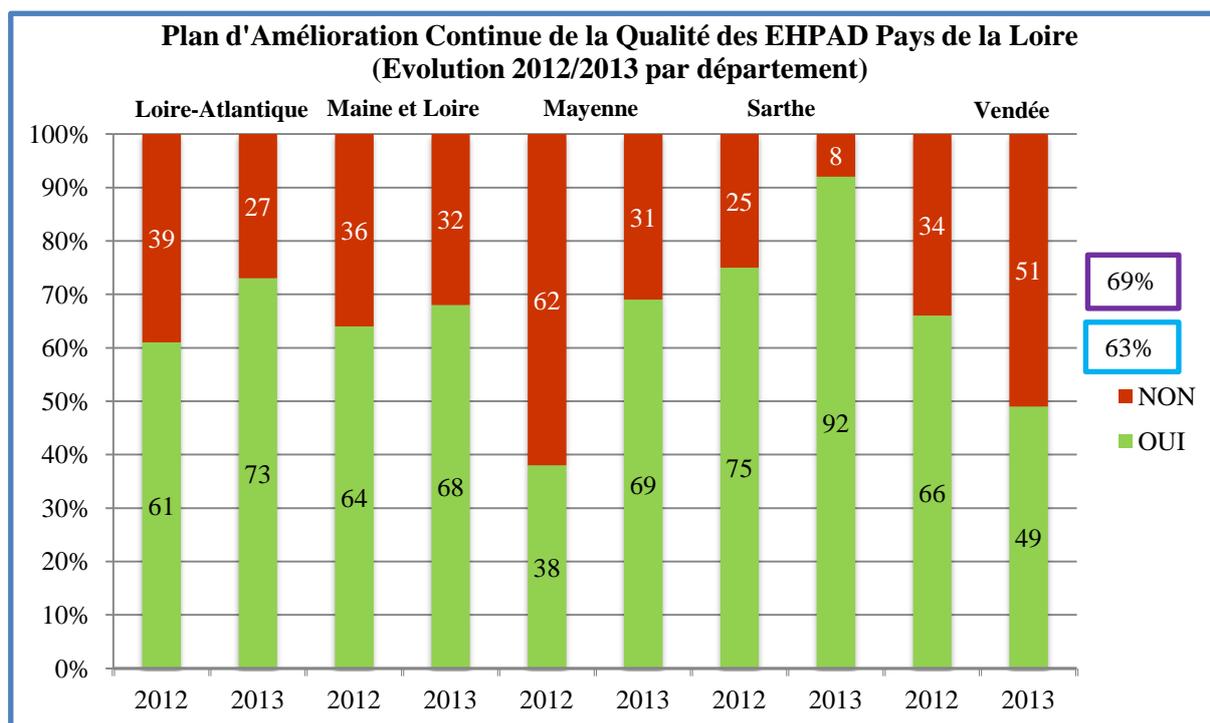
3.3.3 LA QUALITE DE L'ACCOMPAGNEMENT EN EHPAD

Au 10 octobre 2014, le bilan des évaluations externes de l'ARS Pays de la Loire fait état de 447 évaluations externes soit 47% des structures. 215 concernent le secteur des personnes âgées (EHPAD et SSIAD) et 232 concernent le secteur des personnes handicapées. Aucun bilan de ces évaluations n'a été dressé. Les seules données disponibles sont relatives à la qualité de l'accompagnement en EHPAD issues de l'enquête flash 2014 réalisée à partir des données 2013 et menée dans le cadre du dialogue de gestion entre l'ARS et ces établissements

71% des EHPAD de la région ont été sollicités pour cette enquête.

a) Les Plans d'Amélioration Continue de la Qualité (PACQ)

On constate une légère progression de la formalisation de la démarche qualité avec 69% de Plans d'Amélioration Continue de la Qualité (PACQ) formalisés en 2013, contre 65% en 2012. Cette évolution est particulièrement notable en Mayenne (38% de PACQ en 2012, 69% en 2013).



— Résultats régionaux 2013 ; — Résultats régionaux 2012

Le taux d'évolution de cette formalisation de la démarche qualité diffère néanmoins selon :

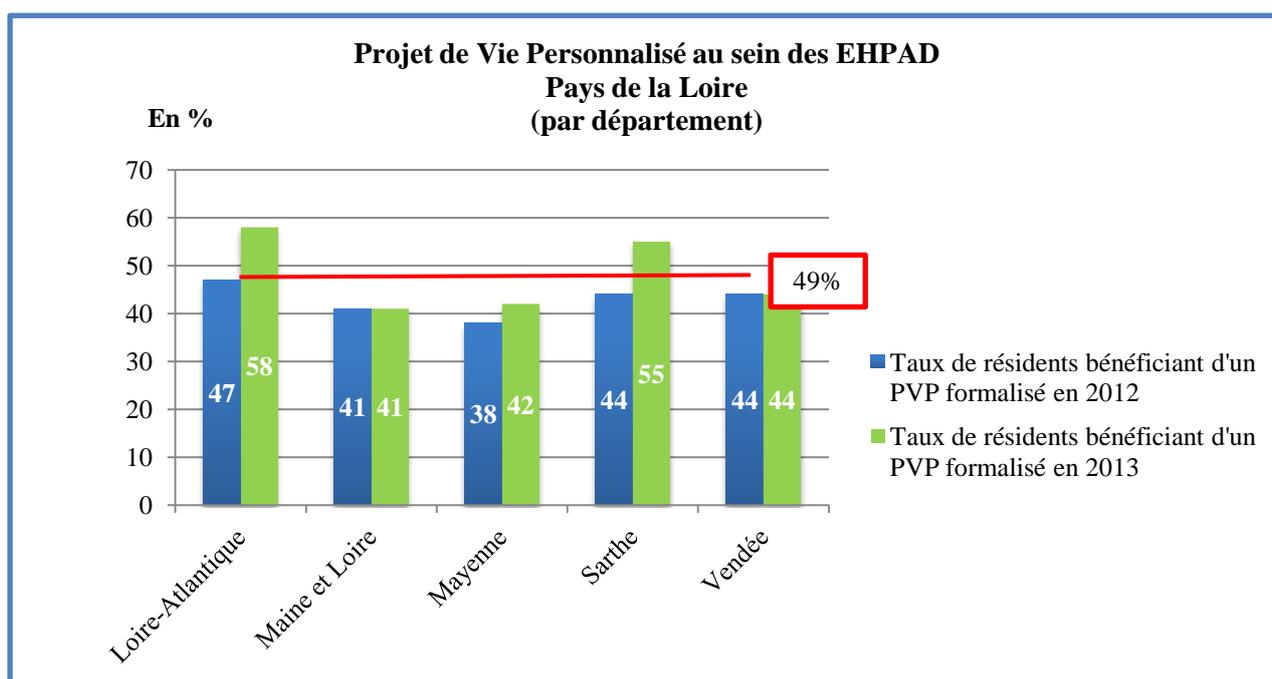
- le statut des établissements: ceux du secteur privé à but lucratif et du secteur public hospitalier sont les plus avancés (plus de 90% de PACQ formalisés). A l'inverse, moins de 40% des établissements du secteur public territorial en disposent ;

- la taille de la structure : 73% des EHPAD de plus de 80 places disposent d'un PACO. Cette taille leur permet de disposer de compétences propres ou mutualisées (postes de qualifiés) et d'une équipe de direction étoffée.

De son côté, l'ARS des Pays de la Loire soutient les réseaux *Qualisanté 44-85* et *Aquarel 49-53-72* dans leur rôle d'accompagnement des établissements de la région dans la mise en œuvre de leur démarche qualité (formation, outils).

b) Les Projets de Vie Personnalisés (PVP)

Depuis la loi 2002-2 chaque personne accueillie en établissement médico-social devrait bénéficier d'un PVP. Or en Pays de la Loire l'objectif cible de 100% est loin d'être atteint : en 2013 seulement 21% des établissements proposent un PVP à la quasi totalité de leurs résidents (18% des établissements en 2012).



— Résultats régionaux 2013

Moins de la moitié des résidents de la région disposent en 2013 d'un projet formalisé garantissant la personnalisation de leur accompagnement. On constate une progression dans les départements de la Loire-Atlantique et de la Sarthe, dans les autres départements les taux ont peu progressé voire stagné.

c) L'informatisation des dossiers usagers

Sur les 396 EHPAD répondant à l'enquête 39% affirment que le dossier usager est complètement informatisé dans ses 4 composantes :

- ◆ le dossier administratif et d'admission (39% des EHPAD répondants),
- ◆ le dossier de soins (87%),
- ◆ le PVP (48%),
- ◆ les prescriptions (75%).

Le dossier de soins semble prioritairement informatisé alors que le support papier reste présent pour les dossiers administratifs et les PVP.

L'informatisation de la prescription participe à la sécurisation du circuit du médicament mais il peut exister des risques liés à la retranscription des ordonnances par le personnel soignant en lieu et place du médecin prescripteur.

Commentaires de la Commission Spécialisée Droits des Usagers

a) De trop nombreux établissements ne possèdent pas de protocole spécifique lié à la **maltraitance**, même s'ils affirment avoir mis en place une politique spécifique.

Il convient de noter que les indicateurs et leur bon respect n'excluent pas la maltraitance. Des cas de maltraitance peuvent apparaître dans des établissements répondant aux critères et indicateurs requis ; lorsque des habitudes s'installent, avec des équipes en place depuis longtemps, le manque d'analyse et d'interrogation de la pratique peuvent conduire à des dérives.

Seulement 12% des établissements accueillant des personnes âgées et des personnes handicapées ont pu être inspectés sur une période de cinq ans ; et le programme d'inspection des SSIAD ne sera pas reconduit.

Le manque d'inspection est dommageable à deux titres : il en résulte un manque d'informations sur la qualité de la prise en charge dans les établissements, et les inspections peuvent aussi être vues comme un encouragement à progresser pour les établissements et leur fournir des éléments et comparatifs utiles.

b) Nous remarquons un résultat stationnaire dans la mise en place des **projets de vie personnalisés**. En Maine et Loire notamment le taux de 41% n'a pas évolué entre 2012 et 2013. Si l'ensemble des EHPAD a pour objectif de mettre en place un projet de vie personnalisé pour chaque résident certains font face à des contraintes financières et humaines qui freinent la mise en place de ce dispositif essentiel.

Afin d'atteindre l'objectif de 100 % de résidents bénéficiant d'un projet de vie personnalisé émerge un réel besoin de :

- former le personnel,
- sensibiliser les familles au projet de vie personnalisé, ses enjeux, ses implications,
- développer un logiciel adapté pour permettre une actualisation aisée de ce plan rédigé par écrit.

c) S'agissant du **PACQ** nous pouvons relever que sa mise en œuvre dépend notamment de la taille de l'établissement puisque 73% des Ehpads de plus de 80 places disposent d'un PACQ.

La taille de l'établissement semble un atout pour la mise en œuvre des PACQ : le nombre de 80 places correspond au nombre minimum de lits. Mais il existe également un seuil maximum : au-delà de 120 lits, l'établissement risque de perdre en efficacité de fonctionnement et en qualité de prise en charge de ses résidents.

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

La prise en charge de la douleur est une priorité de santé publique (Plan douleur 2006-2010), la douleur doit être systématiquement évaluée et « *toute personne a le droit de recevoir des soins visant à soulager sa douleur* » (article L.1110-5 du Code de la Santé Publique).

4.1 Ambulatoire :

La donnée de l'indicateur « Nombre de formations à la prise en charge de la douleur » est indisponible.

4.2 Sanitaire

4.2.1 LES STRUCTURES D'ETUDE ET DE TRAITEMENT DE LA DOULEUR CHRONIQUE (TDC)

Il s'agit de structures de recours hautement spécialisées accessibles sur le seul avis préalable d'un médecin.

Ces structures sont toutes hébergées en établissement de santé et labellisées par les ARS : elles doivent satisfaire des critères bien précis conformément à l'instruction du 19 mai 2011¹⁶.

Il existe deux niveaux de structure d'étude et de traitement de la douleur chronique :

- ◆ Les centres qui réalisent une prise en charge médicale pluridisciplinaire avec plusieurs spécialités (neurologue, psychiatre, orthopédiste, etc.). Si besoin, le patient peut être hospitalisé.
- ◆ Les consultations qui assurent une prise en charge pluri-professionnelle (médecin, infirmier, psychologue).

En 2013, 12 établissements sont concernés par une reconnaissance contractuelle Structure Douleur Chronique soit 10% des établissements de la région.

4.2.2 ANALYSE DU CRITERE 12a DE LA CERTIFICATION HAS V2010 RELATIF A LA «PRISE EN CHARGE DE LA DOULEUR »

Le critère 12a vérifie notamment si :

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

En Pays de la Loire, 187 activités d'établissements ont été certifiés HAS critère 12a en 2013 :

- 84% recueillent une cotation « A » ou « B », contre 80% en 2011
- 14% ont été cotés « C », contre 20% en 2011
- seule 1 activité a reçu une cotation « D »

4.2.3 L'INDICATEUR IPAQSS SUR LA DOULEUR

Initiés en 2008 par la Haute Autorité de Santé les indicateurs IPAQSS représentent des **résultats quantitatifs obligatoires sur la prise en charge des soins** que tout établissement de santé se doit de renseigner chaque année.

Pour l'indicateur IPAQSS « Traçabilité de l'évaluation de la douleur avec une échelle » (données 2013), l'objectif de performance a été fixé à 80%. Comme en 2012, les unités SSR semblent connaître des difficultés pour traiter la douleur.

¹⁶ Instruction du 19 mai 2011 relative à l'identification et au cahier des charges 2011 des structures d'étude et de traitement de la douleur chronique.

	Moyenne régionale	Moyenne nationale
Médecine-Chirurgie-Obstétrique (MCO)	84% (80% en 2011)	81% (73% en 2011)
Soins de Suite et de Réadaptation (SSR)	76% (64% en 2011)	83% (71% en 2011)
Hospitalisation A Domicile (HAD)	84% (70% en 2011)	76% (71% en 2011)

4.2.4 LA FORMATION DU PERSONNEL A LA PRISE EN CHARGE DE LA DOULEUR

La majorité des établissements déclare avoir mis en place une procédure d'évaluation et de prise en charge de la douleur et **97,4% des établissements ont formé leur personnel.**

4.3 Médico-social

Les données de l'indicateur « Pourcentage de conventions ayant un axe « douleur » dans la région parmi les conventions signées entre établissements et services médico-sociaux et établissements de santé » ne sont pas connues pour 2013.

Commentaires de la Commission Spécialisée Droits des Usagers

Si la loi relative aux droits des malades et à la qualité du système de santé du 4 mars 2002 reconnaît le soulagement de la douleur comme un droit fondamental de toute personne, les données quantitatives, encourageantes, ne permettent pas de cerner tout à fait la qualité de la prise en charge de la douleur des patients et le ressenti de ces derniers.

84% des établissements ont été cotés A ou B dans la certification HAS relative à la prise en charge de la douleur, soit une amélioration continue ces dernières années. Il faut malheureusement noter que seuls 76% des établissements de soins de suite et de réadaptation remplissent l'objectif lié à l'indicateur IPAQSS sur la « traçabilité de l'évaluation de la douleur avec une échelle ».

Les éléments d'appréciation du critère 12 a) de la certification HAS sont très précis et la cotation reflète bien la qualité, ou non, de la prise en charge des patients.

La commission spécialisée souhaite attirer l'attention sur les délais d'attente importants pour obtenir une consultation dans les structures d'étude et de traitement de la douleur chronique (3 à 6 mois)¹. Ces délais montrent que les besoins ne sont pas suffisamment couverts par les structures existantes.

Le nombre de conventions ayant un axe « douleur » entre les établissements médico-sociaux et les établissements de santé n'est pas connu. Ainsi le manque d'information sur la prise en charge de la douleur dans le secteur médico social et en ambulatoire plaide pour une analyse qualitative et quantitative plus approfondie. Comme le mentionne la synthèse régionale des CRUQPC ces données mériteraient d'être confrontées à la perception des patients sur la prise en charge de leur douleur.

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

5.1 Ambulatoire :

A défaut de pouvoir cette année recenser les formations dispensées dans le secteur ambulatoire on peut se reporter à l'examen du rapport sur la fin de vie à domicile publié en mars 2013 par l'Observatoire National de la Fin de Vie (ONFV) qui indique que :

- l'entourage, pivot du maintien à domicile, n'est pas suffisamment aidé et que les structures de répit sont insuffisantes ;
- les médecins généralistes, interface entre l'hôpital et le patient, occupent une place privilégiée pour accompagner la fin de vie. Nombre d'entre eux ont suivi des formations d'accompagnement à la fin de vie mais seulement 2,5% d'entre eux ont été formés aux soins palliatifs. Ils se sentent souvent isolés et demandent une aide pour organiser et coordonner les soins de fin de vie ;
- Le maintien à domicile ne sera pas une réalité sans un véritable effort de formation : « accompagner la fin de vie suppose de réelles compétences ... qui s'apprennent ».

5.2 Sanitaire

5.2.1 ANALYSE DU CRITERE 13a DE LA CERTIFICATION HAS RELATIF A LA « PRISE EN CHARGE ET DROITS DES PATIENTS EN FIN DE VIE »

Ce critère vise la diffusion d'une culture palliative intégrée à la pratique des professionnels de santé, en particulier dans les services de soins non spécialisés en soins palliatifs. Tout secteur d'activité est concerné par la prise en charge des patients dont l'état de santé nécessite des soins qui cherchent à préserver la meilleure qualité de vie possible malgré l'évolution de la maladie ou l'aggravation du handicap. L'essentiel est, notamment pour les services rarement confrontés à ces situations, d'organiser la continuité des prises en charge en anticipant entre autres :

- les soins de confort et de traitements antalgiques adaptés,
- le recueil et la retranscription dans leur dossier des souhaits des patients concernant la mise en place ou la poursuite de traitements curatifs ou de maintien en vie dans l'hypothèse où ils ne seraient plus en capacité de les exprimer,
- l'intervention d'une équipe mobile de soins palliatifs et/ou d'un réseau de santé en soins palliatifs,
- le transfert vers une structure de « repli » en cas de dégradation de la situation (unité de soins palliatifs, réanimation, soins intensifs, etc.).

En 2013, 168 activités ont fait l'objet d'une certification HAS critère 13a relatif à la « prise en charge et droits des patients en fin de vie » :

- ➔ 91% des activités ont été cotées « A » ou « B », dont une majorité de « A » (56%)
- ➔ 9% (15 activités) ont été cotées « C ».

	Court séjour (60)			Santé mentale (14)			Soins de suite et Réadaptation (59)			Séjour Longue Durée (30)			Hospitalisation A Domicile (5)			TOTAL (168)		
	A	B	C	A	B	C	A	B	C	A	B	C	A	B	C	A	B	C
Pays de la Loire (168)	35	19	6	4	10	-	31	23	5	20	6	4	4	1	-	94	59	15
En %	58	32	10	28	71	-	52	39	8	67	20	13	80	20	-	56	35	9

Entre parenthèses figurent les chiffres précisant le nombre d'activités évaluées.

5.2.2 LES INFORMATIONS SUR LES DIRECTIVES ANTICIPEES

L'article L. 1111-11 du CSP dispose que : « *toute personne majeure peut rédiger des directives anticipées pour le cas où elle serait un jour hors d'état d'exprimer sa volonté. Ces directives anticipées indiquent les souhaits de la personne relatifs à sa fin de vie concernant les conditions de la limitation ou l'arrêt du traitement* ».

En Pays de la Loire en 2013 :

- ➔ 52,1% des établissements déclarent avoir mis en place une procédure de recueil des directives anticipées relatives à la fin de vie,
- ➔ 55,8% ont mis en place une formation pour le personnel relative à la procédure de rédaction des directives.

Quant à la procédure d'information aux usagers, les principaux outils utilisés sont le livret d'accueil, le contrat de séjour, l'affichage ou encore l'information lors de la procédure d'accueil et d'entrée dans l'établissement.

5.2.3 LA PERSONNE DE CONFIANCE

La réglementation prévoit que « *lors de toute hospitalisation dans un établissement de santé, il est proposé au malade de désigner une personne de confiance* ». Cette personne sera consultée au cas où elle-même serait hors d'état d'exprimer sa volonté et pourra l'accompagner dans ses démarches, assister aux entretiens médicaux et l'aider dans ses décisions.

En région Pays de la Loire **86,8%** des établissements de santé ont établi une procédure visant à recueillir l'identité de la personne de confiance.

La part des représentants des usagers informés des dispositions prises pour faciliter le recueil du nom de la personne de confiance a augmenté de 12 points : 58% en 2011 et 70% en 2013. Cependant seuls 61% d'entre eux affirment connaître l'existence d'une fiche de présentation du dispositif.

5.3 Médico-social

Les données relatives aux indicateurs suivants sont indisponibles pour 2013 :

- « Proportion d'établissements et services médico-sociaux prenant en compte cette dimension dans leur projet d'établissement » ;
- « Pour les établissements et services médico-sociaux ayant intégré cette dimension, pourcentage de résidents ayant rédigé des directives anticipées/nombre total de résidents ».

Commentaires de la Commission Spécialisée Droits des Usagers

Les résultats des certifications de la HAS montrent globalement une bonne prise en compte de la fin de vie dans les pratiques professionnelles des établissements de santé.

Mais l'examen des rapports des CRUQPC indique que seulement la moitié des établissements déclare avoir mis en place une procédure de recueil des directives anticipées relatives à la fin de vie et 55,8% disposent d'une formation pour le personnel relative à la procédure de rédaction des directives. Or l'accompagnement à la fin de vie ne s'improvise pas, et les compétences nécessaires doivent être acquises. C'est pourquoi la CSDU préconise la mise en place d'un dispositif de formation ambitieux tant à l'intention des aidants que des professionnels de santé.

86,8% des établissements de santé ont établi une procédure visant à recueillir l'identité de la personne de confiance choisie auprès des personnes accueillies mais seulement 70% des représentants des usagers en ont connaissance. L'information concernant la désignation de la personne de confiance devrait être plus lisible pour les usagers et leurs représentants.

En 2015, l'ARS a fixé dans ses priorités l'analyse des services soins palliatifs de la région, et une étude, demandée par la CRSA sur les conditions d'application de la loi Léonetti en Pays de la Loire va être réalisée. Les données obtenues seront analysées par la CSDU et commentés dans le prochain rapport.

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

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 Ambulatoire

Sur les 328 plaintes et doléances reçues en 2013 par le Conseil Régional de l'Ordre des Médecins de la région Pays de la Loire, aucune indication sur les motifs n'a été renseignée. Le nombre de plaintes relatives à l'accès au dossier médical ainsi que le taux de réponses apportées ne sont pas connus.

Les Conseils départementaux de l'Ordre des sages-femmes du Maine et Loire et de la Vendée ont affirmé n'avoir reçu aucune plainte pour 2013.

6.2 Sanitaire

a) Analyse du critère 11b de la certification HAS 2010 : « Consentement et participation du patient » (indicateur S04 du PRS)¹⁷

99.4% des activités des établissements de la région sont classées en A ou B. Néanmoins la part des établissements en A apparaît encore insuffisante : elle est de 17%.

Il existe des disparités entre types d'activités :

- la cotation A regroupe 22% des activités MCO,
- seulement 10% des activités en soins de longue durée et en santé mentale sont cotées A.

b) Analyse du critère 14b de la certification HAS 2010 : « l'accès du patient à son dossier »

Ce critère évalue « l'organisation de l'accès du patient à son dossier dans les délais fixés par la réglementation » ainsi que « l'information du patient de ses droits d'accès ».

En 2013 185 activités ont été certifiées par la HAS :

- 82% ont obtenu un « A »
- 16% ont obtenu un « B »
- 2% ont obtenu un « C »

¹⁷ *Tout professionnel de santé a l'obligation d'informer le patient "sur les différentes investigations, traitements ou actions de prévention qui sont proposés, leur utilité, leur urgence éventuelle, leurs conséquences, les risques fréquents ou graves normalement prévisibles qu'ils comportent ainsi que sur les autres solutions possibles et sur les conséquences en cas de refus" (article L. 1111-2 du Code de la santé publique) afin d'obtenir de lui un consentement "libre et éclairé" à l'acte médical (article L. 1111-4 du Code de la santé publique).*

Court séjour (63)			Santé mentale (22)			Soins de suite et Réadaptation (65)			Séjour Longue Durée (30)			Hospitalisation A Domicile (5)			TOTAL (185)		
A	B	C	A	B	C	A	B	C	A	B	C	A	B	C	A	B	C
55	7	1	15	7	-	56	7	2	23	6	1	3	2	-	152	29	4
87	11	1	68	32	-	86	11	3	77	20	3	60	40	-	82	16	2

Entre parenthèses figurent les chiffres précisant le nombre d'activités évaluées.

c) Indicateur IPAQSS : délai d'envoi d'un dossier de fin d'hospitalisation et tenue du dossier du patient

La valeur de l'ensemble des moyennes régionales a augmenté par rapport en 2012 (seul le délai d'envoi du courrier de fin d'hospitalisation en Santé mentale a connu une légère baisse par rapport à l'année dernière) mais aucune moyenne régionale n'est égale ou supérieure aux nouvelles moyennes nationales.

La nécessité demeure pour les établissements de santé de respecter les délais de transmissions des courriers de fin d'hospitalisation (fixé à 8 jours).

	Médecine-Chirurgie-Obstétrique		Soins de Suite et Réadaptation		Hospitalisation A Domicile		Santé mentale	
	Moyenne régionale	Moyenne nationale	Moyenne régionale	Moyenne nationale	Moyenne régionale	Moyenne nationale	Moyenne régionale	Moyenne nationale
Tenue du dossier du patient	78% (+1%)	79,00%	83% (+6%)	85,00%	79% (+7%)	80,00%	78% (+2%)	79,00%
Délai d'envoi du courrier de fin d'hospitalisation	48% (+4%)	51,00%	69% (+7%)	79,00%	47% (+15%)	52,00%	46% (-1%)	52,00%

6.3 Médico-social

Parmi les plaintes reçues par l'ARS en 2013 pour le secteur médico-social aucune n'est relative à l'accès au dossier médical.

Commentaires de la Commission Spécialisée Droits des Usagers

Des indications reçues à travers les rapports CRUQPC et des certifications des établissements il ressort que les demandes d'informations médicales sont bien traitées sur la région dans les établissements de santé.

Comme les années précédentes, la commission attire l'attention sur les difficultés rencontrées pour respecter le délai d'envoi des courriers de fin d'hospitalisation (délai fixé à 8 jours). Cette obligation n'est atteinte que dans 52% des cas, ce qui est très faible et inférieur à la moyenne nationale.

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

7.1 Le milieu ordinaire

- ➔ Pendant l'année scolaire 2013-2014, 11 500 jeunes en situation de handicap ont été scolarisés en milieu ordinaire (10 842 élèves en 2012-2013).
- ➔ 4 142 élèves ont bénéficié des dispositifs spécifiques CLIS et ULIS (3 856 élèves étaient concernés en 2012).
- ➔ 214 CLIS en élémentaire scolarisent 2 384 élèves et 166 ULIS en collège et en lycée scolarisent 1 758 élèves.

Evolution des dispositifs Classe pour l'Inclusion Scolaire (CLIS) et Unité Localisée pour l'Inclusion Scolaire (ULIS) :

	2006/2007	2007/2008	2008/2009	2009/2010	2010/2011	2011/2012	2012/2013	2013/2014
CLIS	168	168	175	181	197	203	210	214
ULIS	50	60	74	99	111	130	156	166

Sur l'adéquation entre l'offre et le besoin exprimé :

- ◆ 6% des effectifs d'élèves handicapés actuellement affectés en classe ordinaire sont en attente d'affectation en CLIS (par notification de la MDPH), soit 113 élèves pour l'académie et 6% sont en attente d'affectation en ULIS (85 élèves) ;
- ◆ 2% des élèves actuellement en CLIS sont en attente d'affectation dans une autre structure, notamment un ESMS. Ces 2% représentent 46 élèves ;
- ◆ 1% des effectifs en ULIS sont en attente d'affectation dans une autre structure (18 élèves).

7.2 Les auxiliaires de vie scolaire (AVS-I) pour l'année 2013/2014¹⁸

Les auxiliaires de vie scolaire individuels ont vocation à accompagner pour une durée déterminée des élèves handicapés scolarisés en classe ordinaire afin d'optimiser leur autonomie dans les apprentissages des mouvements quotidiens, de faciliter leur participation aux activités collectives et aux relations avec les autres élèves et d'assurer leur installation dans les conditions optimales de sécurité et de confort.

En 6 ans les moyens financiers alloués pour l'accompagnement des élèves handicapés ont plus que doublé. La moitié des accompagnements est assuré par les assistants d'éducation auxiliaires de vie scolaire, l'autre moitié par les contrats aidés notamment dans les écoles.

7.3 Les prescriptions d'accompagnement des MDPH

Lors de la rentrée 2013, 4 752 élèves ont bénéficié d'un accompagnement individuel dans l'académie et 137 élèves d'un accompagnement mutualisé.

¹⁸ Ibid.

L'aide individuelle a pour objet de répondre aux besoins d'élèves qui requièrent une attention soutenue et continue. Elle est accordée lorsque l'aide mutualisée ne permet pas de répondre aux besoins d'accompagnement de l'élève handicapé.

L'aide mutualisée est destinée à répondre aux besoins d'accompagnement d'élèves qui ne requièrent pas une attention soutenue et continue.

L'aide mutualisée accordée à un élève lui est apportée par un assistant d'éducation. Cet assistant d'éducation peut être chargé d'apporter une aide mutualisée à plusieurs élèves handicapés simultanément.

	Rentrée 2007	Rentrée 2011	Rentrée 2012	31 mars 2013
Loire Atlantique	608	1 839	1 986	2 111
Maine et Loire	301	586	634	689
Mayenne	209	420	460	552
Sarthe	322	563	628	673
Vendée	213	536	638	727
Académie	1 653	3 944	4 346	4 752

Commentaires de la Commission Spécialisée Droits des Usagers

La CSDU note avec satisfaction :

- l'augmentation constante du nombre de CLIS et d'ULIS,
- le doublement, en six ans, des moyens financiers alloués pour l'accompagnement des élèves handicapés,
- l'adéquation entre les besoins et les ressources.

Cependant nous ne disposons pas d'informations sur la répartition des CLIS et ULIS par département et les lieux où les besoins sont les plus importants.

De même les données qualitatives manquent concernant :

- les délais d'attente,
- la pertinence de la structure pour l'élève : le choix du CLIS ou ULIS est-il un choix par défaut ? Par manque de place en établissement médico-social ?
- le choix de l'orientation après les CLIS, puisqu'il y a beaucoup plus d'ULIS que de CLIS,
- le devenir des élèves après les CLIS et ULIS.

Une analyse plus fine des besoins et de l'offre devrait être faite pour chaque département afin d'avoir une meilleure vision et compréhension des réponses apportées et de leur adéquation aux demandes.

8 Droits des personnes détenues

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

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

personnes détenues. L'application de cette loi a enfin permis l'introduction d'une véritable éthique des soins en détention :

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

Le principe de distinction du malade et du détenu est posé. Ainsi l'équipe médicale ignore pour l'essentiel le statut judiciaire ou pénitentiaire du détenu et n'a pas en principe accès aux informations relatives au dossier pénal de ce dernier (exception faite des équipes travaillant dans les services médico-psychologiques régionaux (SMPPR) qui, pour assurer une meilleure prise en charge, ont connaissance de certains éléments concernant notamment l'infraction reprochée au détenu).

Désormais la gestion des dossiers et les prises de rendez-vous médicaux sont assurées par le personnel médical des unités de consultations et de soins ambulatoires (UCSA). De la même manière, et sauf cas particulier, l'absence du surveillant pénitentiaire lors des consultations paraissait effective en 2001. Dans son rapport l'Inspection générale des affaires sociales (IGAS) soulignait que subsistaient néanmoins des difficultés concernant la conservation des dossiers médicaux, la gestion des rendez-vous extérieurs et la participation de détenus à certaines tâches les amenant à circuler dans les espaces médicaux.

En soutien à cette loi a été publié un guide relatif aux modalités de cette prise en charge à destination de l'ensemble des professionnels, ce dernier a été actualisé en 2005. Une circulaire interministérielle du 30 octobre 2012 concernant la prise en charge sanitaire des personnes placées sous main de justice complète ce guide.

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

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

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

Les UCSA ont pour missions de :

- faire le bilan de santé obligatoire à tout entrant dans l'établissement pénitentiaire,
- assurer la prise en charge initiale et le suivi de tout détenu malade,
- effectuer des bilans de santé réguliers,
- participer aux études épidémiologiques,
- organiser l'accueil et la prise en charge hospitalière (consultations et examens spécialisés, hospitalisations),
- Mettre en œuvre les mesures d'isolement médical si nécessaire,
- Développer les actions de santé communautaire,
- Assurer une mission de formation et d'information auprès de la population pénale.

➔ La région des Pays de la Loire compte 8 maisons d'arrêts qui sont reliées à 8 unités sanitaires.

8.3 La confidentialité des dossiers médicaux

Selon l'art R. 1112-2 du CSP : « *Le dossier médical de la personne détenue doit permettre son suivi tout au long de son incarcération, quels que soient la durée et les lieux successifs de celle-ci. Il est identique à celui constitué pour tout patient admis dans un établissement de santé public ou privé* ».

Ce dossier médical patient est constitué pour chaque personne détenue dès son entrée dans un établissement pénitentiaire par le service médical de l'établissement de santé correspondant (UCSA/SMPR). Son contenu, sa gestion, son transfert, son devenir et ses conditions d'accès sont régis par les règles de droit commun. Sa communication constitue une obligation pour l'établissement et un droit pour le patient.

Le dossier médical relève de la responsabilité exclusive de l'établissement de santé. Il est conservé dans les locaux de l'unité sanitaire de l'établissement pénitentiaire où est écroué le patient. Le respect de sa confidentialité et de son accessibilité par le seul personnel soignant est une obligation réglementaire.

En 2013 sur les 8 établissements pénitentiaires en Pays de la Loire, 7 sites sont informatisés (les 3 sites de Nantes, Le Mans, Laval, Angers et La Roche-sur-Yon). L'accès au dossier médical patient se fait uniquement sur PC avec des conditions strictes d'accès garantissant une totale confidentialité. Son accès est en outre réservé au seul personnel soignant.

Seul le site de Fontenay-le-Comte demeure non-encore informatisé. Pour autant, le protocole de prise en charge des soins signé entre l'Assistance Publique, le Centre Hospitalier de Fontenay et l'ARS garantit le respect des conditions réglementaires de prise en charge des soins des personnes détenues y compris le respect des conditions d'accès au dossier médical papier par le seul personnel soignant.

Commentaires de la Commission Spécialisée Droits des Usagers

La réglementation concernant la confidentialité des dossiers médicaux est bien respectée. La grande majorité des dossiers est informatisée et le logiciel « dossier patient » utilisé dans les UCSA est identique à celui utilisé dans l'unité de soins à laquelle l'UCSA est rattachée. Là où des dossiers en version papier existent encore des procédures de respect de la confidentialité sont mises en œuvre.

La CSDU s'interroge sur les conditions d'accès des détenus aux actions de prévention et promotion de la santé.

9 Santé mentale

Le présent rapport est établi sur la base des données et informations mentionnées dans chacun des cinq rapports annuels 2013 des CDSP (Commissions Départementales des Soins Psychiatriques) des départements constituant les territoires de l'ARS Pays de la Loire.

9.1 Les missions des CDSP :

Chaque CDSP a huit 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 relatives à la mainlevée judiciaire facultative, la levée de la mesure de soins psychiatriques dont cette personne fait l'objet ;
- elle statue sur les modalités d'accès aux informations médicales détenues par les professionnels ou établissements de santé de toute personne admise en soins psychiatriques sans consentement.

La CDSP est composée de :

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

En cas d'impossibilité de désigner un ou plusieurs membres de la commission, des personnalités d'autres départements peuvent être nommées. Cette composition est arrêtée par le préfet sur proposition de la Directrice Générale de l'ARS. Ses membres sont nommés pour 3 ans renouvelables.

Loi du 27 septembre 2013 :

La loi n°2011-803 du 5 juillet 2011 s'est trouvée modifiée par la loi n°2013-869 du 27 septembre 2013 relativement aux droits et à la protection des personnes faisant l'objet de soins psychiatriques sans consentement et aux modalités de leur prise en charge. Celle-ci comporte deux types de dispositions nouvelles :

- Les dispositions applicables dès l'entrée en vigueur de la loi :
 - Suppression des dispositions spécifiques pour les patients séjournant ou ayant séjourné en Unité pour Malades Difficiles (UMD).
 - Maintien de ces dispositions spécifiques pour les irresponsables pénaux (IP) uniquement si les infractions commises par ces derniers encourrent des peines de 5 à 10 ans d'emprisonnement.
 - Suppression du certificat de huitaine et avis conjoint remplacé par l'avis motivé d'un psychiatre,
 - Introduction d'un dispositif de sorties non accompagnées de 48h au plus.
- Les dispositions applicables ultérieurement à l'entrée en vigueur de la loi :
 - Dispositions applicables au 5 mars 2014 :
 - Saisine plus précoce du juge des libertés et de la détention (JLD) pour le contrôle au 6^{ème} mois : 8 à 15 jours avant l'expiration du délai de 6 mois
 - Dispositions applicables au 1^{er} septembre 2014 :
 - Contrôle du JLD 12 jours après une hospitalisation complète (au lieu de 15 jours)
 - Suppression de la visioconférence pour la tenue des audiences. Les audiences doivent se tenir dans l'établissement de santé. La présence d'un avocat devient obligatoire.

9.2 Statistiques :

Afin de ne pas alourdir la lecture du rapport il n'a été retenu que les mesures d'admission les plus significatives et les plus connues des usagers de la psychiatrie. Afin de permettre une comparaison les données relatives à l'année 2012 apparaissent en *italique*.

- Admissions en soins psychiatrique à la demande d'un tiers (SDT) :

	Année 2013	Année 2012
o L.3212-1 dite <i>normale</i>	996	1 262
o L.3212-3 dite <i>urgence</i>	1 581	1 449
o L.3212-1-2° dite <i>péril imminent</i>	611	656
Total SDT3	3188	3 367

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

	Année 2013	Année 2012
o L.3213-1 dite « <i>demande direct Préfet</i> »	93	70
o L.3213-2 dite « <i>mesure provisoire Maire</i> » ¹⁹	248	279
Total SDRE	341	349

A périmètre égal en termes de type de mesures d'admissions une comparaison avec les données de l'an passé conduit au constat pour la Région Pays de Loire d'une relative stabilité des admissions avec une tendance plutôt décroissante pour les SDT alors que les SDRE restent stables. Cette tendance décroissante avait déjà été constatée entre les exercices 2012 / 2011 avec une réserve liée au fait que l'année 2011 n'avait eu qu'une application partielle de la loi du 5 juillet 2011 du fait de la date d'application de cette dernière. A ce stade il n'est pas significatif de faire des comparaisons entre SDT dite *classique* et SDT dite *urgence* car cette distinction est très liée à la situation clinique de la personne concernée au moment de la demande de soins sans consentement par un tiers.

Cette tendance relativement décroissante vaut pour l'ensemble des départements à l'exception de la Mayenne qui note un très léger accroissement peu significatif. Lorsque les données de l'année 2014 seront disponibles il sera souhaitable d'analyser les données des années 2012, 2013 et 2014 pour confirmer ou non cette tendance.

D'une manière générale les différentes CDSP ne constatent pas d'atteinte aux libertés individuelles ou à la dignité des patients.

9.3 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, tant au regard de la qualité et de la quantité des membres qui les constituent, respecte les dispositions prévues par loi. Toutefois celles de Loire-Atlantique et de Vendée mentionnent l'absence d'un psychiatre comme requis par la loi. Cette situation avait déjà été constatée en 2011 et 2012.

9.4 Nombre de réunions annuelles :

Le nombre de réunions annuelles requises à minima, indépendantes des visites d'établissements de santé, est de quatre. Les CDSP du Maine-et-Loire, de la Mayenne, de la Loire-Atlantique et de la Sarthe observent ce

¹⁹ Cette mesure prise par le Maire doit être confirmée par le Préfet

minium voir le dépasse largement pour ce dernier département (9 !). A contrario la Vendée ne tient que 3 réunions par an. Cette situation avait déjà été notée en 2012.

9.5 Visite des établissements :

9.5.1 NOMBRE DE VISITES :

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

Loire-Atlantique : 4 établissements avec 4 visites soit 1 visite par établissement

Maine-et Loire: 3 établissements avec 3 visites soit 1 visite par établissement

Mayenne : 3 établissements avec 4 visites

Vendée : 3 établissements avec 3 visites soit 1 visite par établissement

En ce qui concerne la Sarthe, le rapport CDSP mentionne « *qu'aucune visite spécifique d'établissement* » n'a été programmée. A contrario, ce même rapport mentionne que les personnes malades ayant formulé des réclamations « *[...] ont été reçues par la Commission à l'établissement* ». Une interprétation sémantique sur le terme « visite d'établissement » doit probablement expliquer ces mentions contradictoires. Il conviendrait de s'en assurer car l'examen des dossiers requière couramment des éclairages spécifiques du personnel soignant.

9.5.2 QUALITE DES VISITES :

Les CDSP de Loire-Atlantique et de la Sarthe constatent une amélioration notable de la pratique du « copier-coller » concernant la rédaction de certificats médicaux à plusieurs mois d'intervalle qui avait été signalée en 2012. Cette pratique empêche toute actualisation et ne permet pas de connaître la situation exacte du patient à une date donnée. Elle n'a toutefois pas disparu.

Les CDSP de Loire-Atlantique et de Vendée regrettent le laconisme peu éclairant des différents certificats médicaux dans les dossiers examinés à la demande de la Commission.

La CDSP de Loire-Atlantique réitère la mention des difficultés déjà pointées en 2012 relatives aux conditions de visites rencontrées dans certains établissements, à savoir : pas d'accueil personnalisé, absence de mise à disposition des dossiers à l'arrivée de la Commission en ce qui concerne les patients ayant demandé à être entendus ainsi qu'un certain manque de disponibilité du corps médical pour répondre en tant que de besoin aux questions de la Commission. Elle se fait plus précise en notant que « *...ces observations valent essentiellement, si ce n'est exclusivement, pour les grandes structures telles que St Jacques..* »

9.5.3 EXAMENS DES RECLAMATIONS, PLAINTES ET REQUETES :

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 1083 pour l'année 2013.

Des patients, au nombre total de 44, ont formulé des réclamations, plaintes ou requêtes près des CDSP et 42 ont été reçues par les Commissions en entretiens individuels qu'ils avaient sollicités.

L'existence de mauvais traitements ou de conditions dégradantes n'apparaît pas avoir été évoquée et par ailleurs il ne semble pas que des demandes de mainlevées aient été décidées ou proposées par les différentes CDSP.

9.6 Application de la loi du 5 juillet 2011 modifiée par la loi du 27 septembre 2013

En ce qui concerne l'action du Juge des Libertés et de la Détention (JLD), qui constitue un des points clé de ces lois relatives aux modalités de prise en charge des soins sans consentement, on peut regretter le silence

des différentes CDSP quant aux conséquences qualitatives et quantitatives de cette procédure et ce après une année pleine d'application des mesures concernées.

Seule la CDSP du Maine-et-Loire, comme en 2012, en a fait une synthèse très concise :

Nombres de saisines du JLD : 613

- Désistements avant les audiences : 100
- Affaires venues en audiences : 513

Sur les affaires venues aux audiences :

- Décisions de maintien de l'hospitalisation sous contrainte : 495
- Décisions de mainlevée de l'hospitalisation sous contrainte : 8
- Autres décisions liées à la procédure : 10

Par ailleurs, la relative stabilité du nombre des demandes de réclamations adressées par des patients aux CDSP peut laisser à penser que les deux procédures de recours, CSP et/ou JLD, correspondent à des objectifs différents et que le recours au JLD ne se substitue pas à la saisine de la CDSP. Cette occurrence restera néanmoins à être réappréciée lors de l'exercice 2014, car la tenue des audiences du JLD dans l'établissement de santé, hors de la relative solennité d'un TGI, pourra induire éventuellement une attitude différente des patients.

Commentaires de la Commission Spécialisée Droits des Usagers

La Commission constate que toutes les Commissions Départementales des Soins Psychiatriques sont en place dans la Région des Pays de la Loire et fonctionnent globalement selon les prescriptions réglementaires. L'existence de mauvais traitements, de conditions dégradantes ou de rétentions abusives notoires n'apparaît pas avoir été évoquée.

Toutefois il apparaît qu'une attention particulière de l'ARS Pays de la Loire doit être portée aux points suivants :

- La CDSP du Maine-et-Loire inclut dans son rapport annuel un bilan des saisines du Juge des Liberté et de la Détention (JLD). Cette information complémentaire permet 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 pourraient être incitées à transmettre également cette information qui rentre dans le cadre de leurs missions principales en la structurant comme suit :
 - **Saisines du JLD:**
 - Nombre de saisines du JLD
 - Nombre de désistements avant audience
 - Nombre de dossiers venus en audience
 - **Suivi des dossiers venus en audience :**
 - Nombre de décisions de maintien en soins sans consentement
 - Nombre de décisions de mainlevée de soins sans consentement
 - Autres décisions (liées à la procédure)
- Deux départements (Loire - Atlantique et Vendée) fonctionnent depuis deux ans avec un seul psychiatre sachant que la loi en impose deux.
- Dans le cadre de l'information des usagers les établissements doivent particulièrement veiller à l'actualisation, à l'accessibilité et à la lisibilité des panneaux d'affichage relatifs aux droits aux recours pour les patients.

- Afin de permettre une meilleure lisibilité ainsi que des analyses comparatives fiables il doit être demandé aux différentes CDSP de se conformer à minima à l'Arrêté du 26 juin 2012 fixant le modèle du tableau des statistiques d'activités des CDSP prévu à l'article R. 3223-11 du code de la santé publique et ce sans préjudice des commentaires ou informations complémentaires qu'elles souhaitent porter à connaissance.
- Dans cet esprit, une réunion régionale commune des CDSP et des JLD permettrait une mise en commun des expériences et constats individuels permettant par un regard croisé une évaluation synthétique de deux procédures de recours qui sont les garantes du respect du droit fondamental de la liberté pour le citoyen qu'est le patient.

FOCUS :

Accessibilité et Handicap

*Contribution de Mme Denyse Leberre,
représentante départementale de l'association des paralysés de France*

En région Pays de la Loire, 700 000 personnes sont potentiellement concernées par le handicap (enquête HID).

Les moyens déployés sont en augmentation depuis 2005 (19 600 places dans le champ de compétence de l'ARS dont 8 700 dans le secteur de l'enfance, 9 700 ETP dans le secteur médico-social).

Il est important de préciser que l'accessibilité signifie l'**accessibilité universelle** (accès à tout pour tous). L'accessibilité universelle n'est pas une demande catégorielle, elle concerne l'ensemble de la population et notamment : les personnes en situation de handicap, les personnes âgées, les parents avec poussettes, les femmes enceintes, les blessés temporaires, les enfants en bas âge, les cyclistes, les voyageurs avec bagages, les livreurs et toutes les personnes valides pour le confort procuré. **La liberté d'aller et venir est un droit fondamental qui reste formel et n'est toujours pas concrétisé.**

Alors que l'accessibilité est une obligation nationale depuis 1975 et répond à une forte demande des citoyens français, la loi handicap du 11 février 2005 qui prévoyait l'accessibilité au 1^{er} janvier 2015 n'a pas été respectée et des délais supplémentaires sont aujourd'hui proposés pour rendre la France accessible (cf. rapport de la Conférence Nationale du Handicap du 11 décembre 2014). Le Défenseur des Droits met aussi en lumière le risque de discrimination que l'absence d'accessibilité peut générer. Selon les données recueillies au niveau national en 2013, 20 % des réclamations concernent le handicap (sur un total de 9000 enregistrées par le Défenseur des Droits), soit le deuxième critère de saisine après celui de l'origine (25 %).

Sur la mise en accessibilité des établissements de santé et des locaux des professionnels de santé, le travail doit être poursuivi en lien avec les collectivités territoriales. Nous disposons de peu d'analyses exhaustives.

Baromètre accessibilité 2013

En 2013, l'Association des Paralysés de France (APF) a publié les résultats de son baromètre de l'accessibilité 2013²⁰ qui établit un classement à partir de 3 séries de critères :

- l'évaluation de l'accessibilité du cadre de vie de la ville,
- les niveaux d'accessibilité des équipements municipaux (handicap moteur),
- la mesure de la politique municipale d'accessibilité.

Ce baromètre national concerne au total 96 chefs-lieux départementaux.

Classement (sur 96)	Ville (Pays de la Loire)	Un cadre de vie adapté (note sur 21)	Des équipements municipaux accessibles (note sur 20)	Une politique locale volontariste (note sur 21)	Note sur 20 en 2012	Note sur 20 en 2013	Tendance
2	Nantes (44)	17	17,9	21	17,4	18	↗
14	Laval (53)	18	12,2	21	13,8	16,5	↗
35	Angers (49)	13	11,8	21	13,1	14,8	↗
64	Le Mans (72)	16	16	9	12,3	13,2	↗
71	La Roche-sur-Yon (85)	9	10	21	12,6	12,9	↗

L'accessibilité à l'offre de soins

En 2013, 36,26% des établissements de santé en Pays de la Loire affirment que l'accueil et les locaux sont adaptés aux personnes handicapées (objectif S29 du PRS « Assurer l'accessibilité à l'offre de soins aux personnes en situation de handicap », critère 16a de la certification HAS V2010).

Ce taux est en hausse par rapport aux années précédentes (2012 : 33,91% et 2011 : 31,82%). L'accessibilité concerne non seulement les aspects architecturaux et matériels (adaptation à tous les types de handicap, réflexions autour du logement pour le handicap psychique) mais aussi les aspects informationnels (travaux notamment sur certains territoires de la région sur l'articulation entre le médico-social et le sanitaire, par exemple sur les CAMSP et leur liens avec l'environnement de soins), et les aspects organisationnels (accueil).

Il est important d'inclure les personnes en situation de handicap et leur famille dans la dynamique générale d'accès au système de santé comme tous, tout en n'excluant pas les spécificités liées au handicap.

Des groupes de travail ont été menés dans les Conférences de territoires en 2014 pour permettre :

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

Il s'agit d'évaluer mieux encore l'accessibilité des dispositifs et locaux de santé en :

- faisant appel aux représentants des usagers et aux associations spécialisées,

²⁰ Données issues du « baromètre APF de l'accessibilité 2013 », février 2014.

- utilisant les indicateurs COMPAQH d'accessibilité architecturale et informationnelle. (*Indicateurs COMPAQH « Accessibilité architecturale, ergonomique et informationnelle », indicateurs validés comme généralisables à l'ensemble des établissements de santé, 2007.*).

Le rapport de Pascal Jacob « Un droit citoyen pour la personne handicapée. Un parcours de soins et de santé sans rupture d'accompagnement », présenté le 9 juillet 2014 avec l'ARS à Angers préconise d'identifier les besoins et offres de soins accessibles à l'échelle d'un bassin de vie et donnent des pistes de travail pour l'accessibilité à tout pour tous dans le domaine de l'accès aux soins (cf. §7.9 du rapport).



Label Droits des usagers de la santé

Depuis 2011 le dispositif « Label Droits des usagers de la santé » vise à valoriser des expériences exemplaires et des projets innovants en matière de promotion des droits des patients.

Les labels sont mis en avant sur le site du Ministère de la Santé et les lauréats du concours sont récompensés de leurs expériences exemplaires et projets innovants menés en matière de promotion des droits des patients.

Le label est ouvert à tous les acteurs du système de santé qui souhaitent engager une action exemplaire dans le domaine de la promotion des droits des usagers. Les projets peuvent concerner l'ensemble du champ de compétence de l'ARS (prévention, soins ambulatoires et hospitalier et secteur médico-social).

En 2013, l'ARS a reçu 16 projets de label, étudiés conjointement par la commission spécialisée droits des usagers et l'ARS, 11 projets ont été retenus pour la labellisation.

Pour l'édition 2014, l'ARS Pays de la Loire a réceptionné 19 demandes de label dont 7 projets ont été labellisés (voir en annexe la synthèse des labels 2014 en Pays de la Loire).

La Commission spécialisée Droits des usagers reste attentive à l'association des usagers dans la conception de la démarche du projet et est vigilante en préférant repousser l'attribution d'un label lorsque la mise en œuvre du projet n'est pas finalisée.

Les 2 projets des Pays de la Loire, soumis au concours 2013 et 2014, n'ont pas été retenus par le jury du concours national « droits des usagers de la santé » qui s'est réuni le 6 novembre 2014.

2

Renforcer

et préserver l'accès aux soins pour tous

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

10.1 Pourcentage d'offre en tarifs opposables par spécialité

Les données relatives à cet indicateur pour 2013 figurent en annexe.

Il faut retenir :

- une stabilité sur notre région de la répartition des offres de tarification entre secteur 1 et secteur 2,
- l'offre de professionnels conventionnés de secteur 1 à un niveau proche de la moyenne nationale
- une baisse de médecins généralistes ayant une pratique tarifaire de secteur 2 (5%)
- une hausse dans les spécialités Gynécologie obstétriciens (5%) et pédiatres (6%)
- une baisse des effectifs des médecins ophtalmologiques libéraux (3%)

Commentaires de la Commission Spécialisée Droits des Usagers

La commission regrette une nouvelle fois que l'accès aux données chiffrées précises du montant des dépassements d'honoraires par spécialité et de leur évolution n'ait pas été possible. Et ce malgré la demande exprimée par la CSDU à l'Assurance Maladie.

Le CISS Pays de la Loire a fourni à la CSDU des éléments de ses études sur les honoraires pratiqués en secteur 2 par les professionnels concernés (voir annexe 6). L'examen de ces chiffres montre qu'il existe des honoraires élevés dans certaines spécialités mais que la moyenne des honoraires pratiqués est très souvent inférieure à la moyenne nationale.

10.2 Densité médicale et actions correctives

« Plus que la faiblesse relative de l'offre médicale de premier recours, c'est son inégale répartition dans la région qui est marquant. La Mayenne et la Sarthe se situent ainsi parmi les dix départements français les moins bien couverts, avec respectivement 17,3 et 18,3 ETP pour 10000 habitants. »²¹

²¹ Etude Insee 2013

Au 1^{er} janvier 2014 et comme en 2012, 13% de la population vit dans un bassin de vie dont la densité médicale de médecins généralistes est inférieure à 30% de la moyenne nationale. Par rapport à 2012, la population couverte a augmenté de 2,8% en 2013. De même, on dénombre 8 médecins généralistes supplémentaires²² en zones fragiles.

Zonage pluri professionnel

Département	Total population couverte	% de la population en zone fragile en 2012	% de la population en zone fragile en 2013	Nombre de médecins en zones fragiles en 2013
Loire-Atlantique	22 294	1,9%	1.7%	12
Maine-et-Loire	101 818	12,9%	12.9 %	74
Mayenne	63 160	20,6%	20.6%	65
Sarthe	186 451	33,0%	33.0 %	134
Vendée	93 897	14,6%	14.6%	77
Région	467 620	13%	13.0 %	362

Les actions de l'ARS engagées sur la période 2010-2013 revêtent deux objectifs :

- Lever le plus possible les freins à l'installation ou au maintien des professionnels de santé dans les zones déficitaires (restructuration et stabilisation de la permanence des soins, développement des MSP et des centres de santé).
- Inciter les jeunes professionnels de santé à s'installer dans ces zones déficitaires (développement de la formation et de l'accompagnement complet à l'installation).

En 2013, plusieurs actions ont été réalisées :

- La définition « d'espaces d'équipes de soins » avec une démarche pluri professionnelle et au-delà des zones fragiles ;
- La mise en œuvre d'actions spécifiques dans le cadre du pacte territoire santé sur les volets formation, installation et exercices professionnels :
 - ◆ des modules de formation « installation » au sein des UFR de médecine ;
 - ◆ une communication directe et collective auprès de médecins installés depuis moins de 1 an et des internes de médecine générale. L'objectif est d'inciter à la signature de contrats de praticiens territoriaux de médecine générale (signature de 5 contrats fin 2013).
- La création de 4 maisons de santé et la signature de 11 Contrats Pluriannuels d'Objectifs et de Moyens (CPOM) avec des Maisons de Santé Pluridisciplinaires (MSP) en vue du déploiement d'action de coordination pluri-professionnelle et de prévention.
- La concertation avec l'Assurance Maladie afin d'étudier les conditions du déploiement d'un guichet unique pour l'installation.

²² Indicateur S09 du Projet Régional de Santé (PRS) de l'ARS Pays de la Loire « Cibler l'octroi des aides aux professionnels au sein des zones fragiles définies ».

- La mise en place d'actions spécifiques d'évaluation des centres de santé polyvalents de la région pour définir une stratégie de déploiement des centres de santé.
- Une évaluation positive de l'expérimentation sur la continuité des soins le samedi matin ayant conduit à son renforcement en Mayenne.

Par ailleurs, à compter de 2013, les missions du Comité Régional de concertation des soins de premier Recours (CORECS) ont été réorganisées autour de 3 enjeux : adapter la formation initiale, faciliter les conditions d'installation et développer les modes d'exercice pluri-professionnels.

En 2014, il était prévu d'agir sur 3 axes :

- La formation :
 - Développer les stages couplés établissements/ambulatoire pour les médecins en formation ;
 - Développer le nombre de maîtres de stage universitaire dans les territoires fragiles.
- L'installation :
 - Créer un guichet unique CPAM-URSSAF pour faciliter les démarches administratives d'installation ;
 - Mettre en place un accompagnement personnalisé des jeunes professionnels de santé pour l'installation en zone fragile.
- L'exercice :
 - Renforcer l'accompagnement des projets de MSP et des centres de santé dans les territoires fragiles ;
 - Développer les protocoles de coopération pluri-professionnelle.

10.3 Accessibilité aux soins : perception des ligériens et indicateurs du PRS²³

10.3.1 ENQUETE D'OPINION EN MATIERE DE SANTE AUPRES DES LIGERIENS (MAI 2014)

Les seules données disponibles en la matière relèvent d'une enquête d'opinion en matière de santé réalisée auprès des Ligériens (étude réalisée en mai 2014 à partir d'un échantillon statistique composé de 1 000 ligériens).

Cette enquête ne donne pas précisément la perception de l'accès à la permanence des soins mais indique le ressenti des ligériens à l'accessibilité aux soins d'une façon générale.

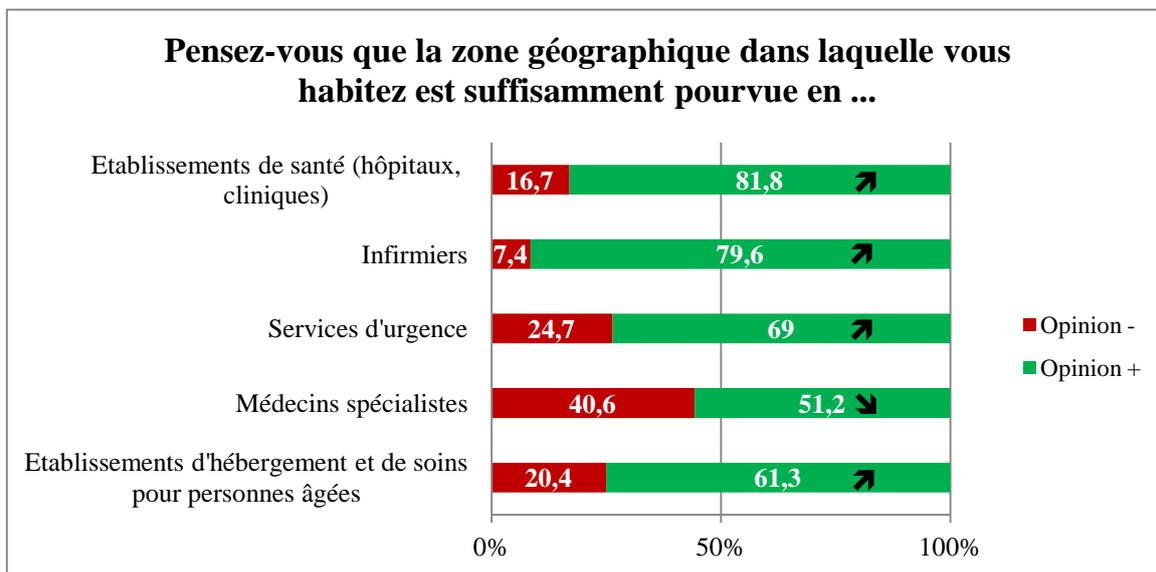
- [Sur la perception de l'offre de professionnels de santé en région Pays de la Loire :](#)

Globalement les Ligériens considèrent être bien dotés en professionnels de santé malgré la perception d'une offre à la baisse de médecins spécialistes en région (taux en baisse par rapport à 2011).

Concernant les autres professionnels (chirurgiens-dentistes, médecins généralistes, kinésithérapeutes et établissements d'hébergement et soins des personnes handicapées), le rapport note une quasi-stabilisation des taux par rapport à 2011.

²³ Données issues du Rapport d'étude sur l'enquête d'opinion en matière de santé auprès des Ligériens, ARS Pays de la Loire-Juin 2014.

Le graphique ci-dessous retrace les évolutions significatives (à la hausse comme à la baisse) de la perception de l'offre en professionnels de santé dans la région.

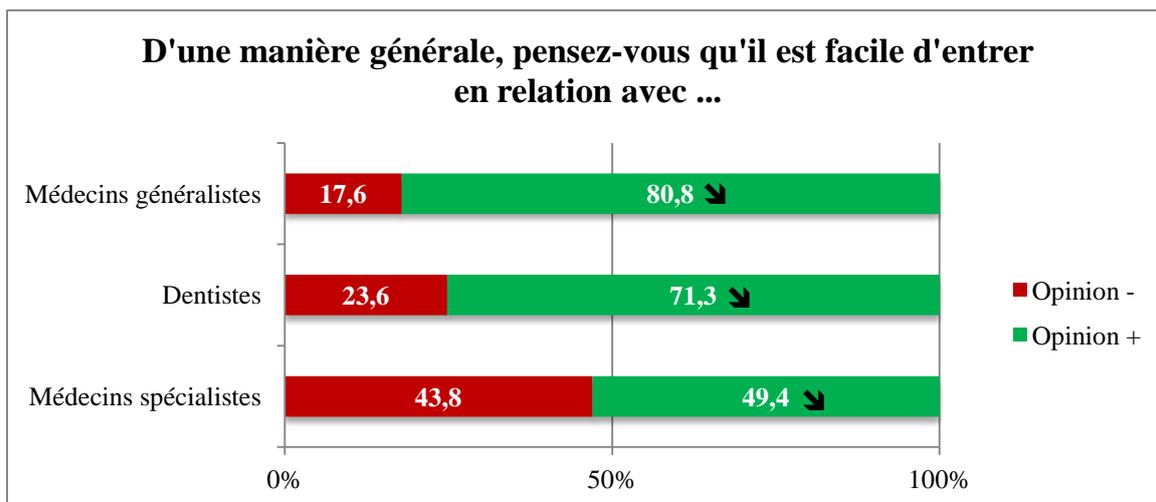


« Opinion - » : Pourcentage de répondants « Pas vraiment satisfaisante » et « Pas du tout satisfaisante »
 « Opinion + » : Pourcentage de répondants « Assez satisfaisante » et « Très satisfaisante »

La perception à la baisse de l'offre de médecins spécialistes en région concerne notamment les départements de la Loire-Atlantique (-10 points), du Maine et Loire (-9 points) et de la Vendée (-7 points).

➤ Sur la facilité à entrer en relation avec les professionnels de santé :

Les Ligériens interrogés déclarent avoir plus de difficultés à entrer en relation avec 3 catégories de professionnels de santé : les médecins généralistes, les chirurgiens-dentistes et les médecins spécialistes.



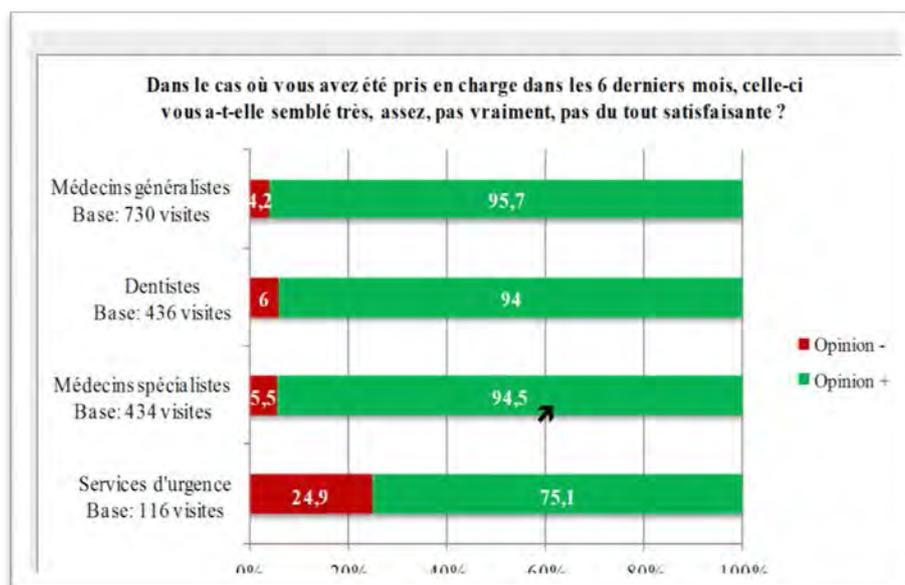
« Opinion - » : Pourcentage de répondants « Non, pas vraiment » et « Non, pas du tout »
 « Opinion + » : Pourcentage de répondants « Oui, tout à fait » et « Oui, assez (plutôt) »

- Pour les médecins généralistes ces difficultés se ressentent plus en Maine et Loire, en Mayenne et en Sarthe.
- Pour les chirurgiens-dentistes l'ensemble des départements est concerné par la baisse du taux de satisfaction. La Mayenne reste la plus touchée.
- Pour les médecins spécialistes, hormis la Loire-Atlantique dont le taux se stabilise en 2014, les 4 autres départements connaissent une baisse du taux de satisfaction en matière de facilité à entrer en relation avec ces professionnels de santé. La Mayenne étant le département le plus concerné par la baisse (33,9% de « Oui » en 2014 contre 57,4% en 2011).

➤ Concernant la prise en charge par les professionnels :

Si les Ligériens peuvent effectivement rencontrer des difficultés à trouver et à entrer en contact avec un médecin spécialiste, ils restent pour la majorité satisfaits de leur prise en charge par ces professionnels.

La perception de l'accès aux services d'urgence est néanmoins mitigée. Ce constat s'illustre notamment par le taux de satisfaction de 75% parmi ceux qui ont réellement fait appel à ce service.



10.3.2 SUIVI ANNUEL DES INDICATEURS DU PRS DE L'ARS PAYS DE LA LOIRE AYANT TRAIT A LA PERMANENCE DES SOINS ET AU RECOURS AUX URGENCES. (Les données 2013 ne sont pas disponibles)

L'indicateur « Promouvoir, dans toute la région, la régulation médicale téléphonique du recours aux soins non-programmés » (S02) montre une augmentation de 5% en 2012 du nombre d'appels à la régulation téléphonique des soins non-programmés.

Le nombre de passage aux urgences pour 10 000 habitants suivi par l'indicateur « Assurer une permanence des soins ambulatoires (PDSA) adaptée pour les 5 territoires de santé » (S11) est en augmentation continue depuis 2011 (2 285 en 2011, 2360 en 2012 et 2 363 en 2013).

La campagne de communication visant à informer le grand public du numéro de téléphone à contacter selon le département de résidence pour obtenir un conseil médical en dehors des heures d'ouverture des cabinets

médicaux a été diffusée en fin d'année 2013. L'absence des données 2014 ne permet pas d'observer l'effet sur les déplacements inutiles aux urgences depuis sa mise en place.

L'indicateur « Articuler les dispositifs de soins, sociaux et médico-sociaux au sein de chaque territoire » (M11) permet de suivre le pourcentage d'hospitalisation directe en médecine, sans passage aux urgences, des personnes âgées de plus de 75 ans, cet indicateur a vocation à illustrer la fluidification des parcours. Le nombre de séjours en médecine des personnes âgées et le nombre de ces séjours en accès direct a progressé pratiquement au même rythme entre 2012 et 2013 (respectivement 0.2% et 0.3%), ce rythme étant bien moindre qu'entre 2011 et 2012. Le taux d'accès direct continue de progresser et s'établit au niveau régional à 41%.

Commentaires de la Commission Spécialisée Droits des Usagers

Il conviendra d'assurer le suivi des actions menées en 2012 et 2013 visant à favoriser l'implantation des professionnels de santé en zones déficitaires.

La perception des ligériens de l'accessibilité aux soins révèle entre autres deux réels sujets de préoccupation :

- quant au recours à des médecins spécialistes : leur faible nombre et les difficultés d'obtenir un rendez-vous,
- quant à la prise en charge aux urgences. Concernant les urgences cette difficulté d'accessibilité est aggravée par un ressenti de prise en charge dégradée (25%).

11 Assurer financièrement l'accès aux soins

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

Les praticiens statutaires exerçant à temps plein sont autorisés à exercer une activité libérale dans l'établissement public de santé où ils sont nommés (art. L.6154-2 du CSP), dès lors que l'intérêt du service public hospitalier n'y fait pas obstacle. Cette activité libérale est soumise à des règles précises concernant sa durée, son information, le nombre d'actes, et doit faire l'objet d'un contrat d'activité libérale entre le praticien et l'établissement.

Dans chaque établissement public concerné, une CAL doit veiller au respect de ces règles. (cf. articles R.6154-11 et suivants et D6154-15 et suivants du Code de la Santé Publique).

Elle se compose de :

- deux représentants des praticiens exerçant une activité libérale ;
- un représentant des praticiens n'exerçant pas d'activité libérale ;
- un représentant de l'ARS ;
- un représentant de la caisse primaire d'assurance maladie du département ;
- un représentant de l'Ordre des médecins du département ;
- deux représentants du conseil de surveillance parmi les membres non médecins ;
- **un représentant des usagers issu d'une association agréée.**

Dans les Pays de la Loire, leur composition est fixée par arrêté signé par la Directrice générale de l'ARS sur proposition des délégations territoriales.

A ce jour, 17 arrêtés de composition ont été recensés :

- Loire-Atlantique : CHU Nantes, CH de Châteaubriant, CH de St Nazaire ;
- Maine-et-Loire : CHU d'Angers, CH de Cholet, CH de Saumur ;

- Mayenne : CH de Laval, CH de Nord Mayenne, CH de Haut Anjou ;
- Sarthe : CH du Mans, Pôle Santé Sarthe et Loir, CHS de la Sarthe Allones ;
- Vendée : CH de La Roche-sur-Yon, CHD de Challans, CH des Sables d'Olonnes, CH Fontenay le Comte, CHS Mazurelle La Roche sur Yon.

Sur ces 17 CAL, 9 d'entre elles ont dans leur composition un représentant des usagers. Dans les autres établissements, la désignation d'un représentant des usagers est en cours ou non renseignée.

Un sondage partiel réalisé sur l'information donnée aux patients sur l'exercice de cette activité libérale dans les livrets d'accueil et les sites internet révèle qu'elle y est très générale voire inexistante.

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

Aucune donnée réellement exploitable n'a pu nous être fournie sur ce thème.

11.3 Suivi annuel des indicateurs du PRS

Les dispositifs tels que les permanences d'accès aux soins de santé (PASS) ont vocation à jouer un rôle transitoire en facilitant et en accompagnant les personnes vers le droit commun. Au sein de ces dispositifs la coordination des intervenants et des actions amène à des pratiques plus efficaces. Des procédures concertées et standardisées visent à garantir l'équité dans l'accès aux droits et in fine aux soins. L'indicateur PRS « Ratio nombre de nouveaux consultants des Permanences d'Accès aux Soins de Santé/Nombre de personnes accueillies par les Permanences d'Accès aux Soins de Santé » (S30) permet de constater l'augmentation du nombre de nouveaux usagers aux permanences d'accès aux soins de santé depuis 2011 (de 65% à 67% en 2013).

11.4 Les impossibilités de prise en charge

Le Conseil de l'Ordre des Médecins indique que dans la ville de Laval, en Mayenne, 10 000 patients pourraient faire face à l'impossibilité d'être pris en charge par un médecin généraliste en 2015, les médecins en activité étant dans l'incapacité de prendre en charge de nouveaux patients.

Commentaires de la Commission Spécialisée Droits des Usagers

La commission regrette qu'aucun progrès concernant la représentation des usagers dans les commissions d'activité libérale dans les établissements publics n'ait été réalisé (un représentant des usagers est désigné dans seulement 50% des établissements). L'information du patient sur cette activité doit être améliorée afin d'éviter des incompréhensions dans la prise en charge.

La CSDU devra être attentive à l'évolution du nombre d'impossibilités de prise en charge par les médecins généralistes.

12 Assurer l'accès aux structures de prévention

12.1 La participation au dépistage du cancer du sein pour les femmes de 50 à 74 ans²⁴

La région des Pays de la Loire reste en tête des régions françaises en 2013 avec 62,9% de femmes dépistées.

Ce taux est cependant en baisse par rapport à la campagne précédente (64,3% fin 2012) et il demeure inférieur au référentiel européen préconisé de 70%. Seul les taux en Maine et Loire ont progressé.

Les difficultés à atteindre le taux préconisé du référentiel européen peuvent avoir une explication nationale même si certains éléments régionaux ont un rôle : difficultés d'imagerie médicale au sein de certains départements, la mobilisation des structures de dépistage en faveur des femmes éloignées du système de santé...

	Suivi annuel			
	Fin 2010	Fin 2011	Fin 2012	Fin 2013
Pays de la Loire	63,7%	64,00%	64,3%	62,9%
Cible régionale	66,4%	67,6%	68,8%	70,00%
Tendance par rapport à la période précédente	-	↗	↗	↘
Taux national	52,00%	52,7%	52,6%	51,4%

	Campagne 2010/2011	Campagne 2011/2012	Tendance par rapport aux résultats 2010/2011	Campagne 2012/2013	Tendance par rapport aux résultats 2011/2012
Loire-Atlantique	65,9%	66,4%	↗	64,7%	↘
Maine et Loire	65,4%	64,3%	↘	64,6%	↗
Mayenne	60,2%	61,3%	↗	60,6%	↘
Sarthe	64,7%	65,2%	↗	62,2%	↘
Vendée	60,5%	61,3%	↗	59,6%	↘

12.2 La participation au dépistage du cancer colorectal chez les 50 à 74 ans²⁵

Avec un **taux régional de 38,1%** de participation au dépistage du cancer colorectal chez les 50 à 74 ans en 2013, les Pays de la Loire conservent leur troisième rang national, mais il est **en recul** par rapport à 2012 et ne permet toujours pas d'atteindre l'objectif des 45% préconisé par les référentiels européens.

²⁴ Indicateur n°2.4 du CPOM. Cet indicateur ne tient pas compte du dépistage individuel du cancer, prescrit par les médecins traitants. Ce taux non-quantifié est estimé à 10%. Pris en compte, il permettrait de dépasser l'objectif européen des 70%.

²⁵ Indicateur n°2.3 du CPOM.

Les tendances varient selon les départements :

	Campagne 2009/2010	Campagne 2010/2011	Campagne 2011/2012	Tendance par rapport aux résultats 2010/2011	Campagne 2012/2013	Tendance par rapport aux résultats 2011/2012
Loire-Atlantique	45,9%	39,5%	42,8%	↗	39%	↘
Maine et Loire	44,3%	37,9%	38,4%	↗	40%	↗
Mayenne	40,2%	41%	39,8%	↘	39,3%	↘
Sarthe	38,8%	34,8%	36,3%	↗	36,3%	→
Vendée	42,8%	34,6%	37,3%	↗	35,9%	↘

12.3 Des actions pour accroître les taux de dépistage

Un groupe de travail composé de l'Assurance Maladie, de l'ARS et des Structures de gestion a permis de mettre en évidence des disparités territoriales pour les 2 programmes de dépistage (cancer du sein et colon rectum), d'identifier des populations d'assurés participant moins aux dépistages, de cartographier les inégalités territoriales et d'établir des plans d'action territoriaux.

En 2013, des plans d'actions ont été mis en place pour mieux cibler les populations :

- la transmission par l'Assurance Maladie d'un courrier de sensibilisation aux bénéficiaires de la CMU-C accompagné de relances par mail ou téléphone,
- des actions ciblées sur les territoires présentant des taux de dépistage insuffisant. Un travail sur l'accompagnement des personnes qualifiées de vulnérables devrait être mené en identifiant des relais de terrain comme par exemple les associations de quartiers, d'habitants,
- des actions vers les médecins : informations vers les médecins traitants, newsletter, visite aux généralistes...
- une coopération des structures de dépistage et des Maisons de Santé Pluridisciplinaires (MSP),
- à compter de 2013, cette problématique de dépistage des cancers doit être intégrée dans la mise en place des MSP.

12.4 Taux de couverture vaccinale des enfants de 24 mois contre la rougeole, les oreillons et la rubéole²⁶

Le lancement en 2012 d'un groupe de travail sur l'exploitation des données de vaccination des enfants de 12 à 24 mois permet depuis 2013 de disposer chaque année d'un taux régional exploitable.

➔ En 2013, ce taux pour 1 dose est évalué à 89% en Pays de la Loire, la cible régionale 2013 était de 95%.

A l'ARS le dispositif de veille se positionne comme un relais d'alerte vers les services et structures de prévention liées à la population ciblée. L'Agence souhaite par ailleurs développer sa politique vaccinale en s'appuyant sur une animation des centres de vaccination habilités dans chaque département.

Le travail mené en 2013 y participe, notamment la mise en place d'une structure fédérative départementale (regroupant CLAT²⁷, CIDDIST²⁸, CDAG²⁹ et centres de vaccinations) au sein de 3

²⁶ Indicateur n°2.5 du CPOM.

²⁷ Centre de Lutte antituberculeuse (CLAT).

²⁸ Centre d'informations, de dépistage et de diagnostic des Infections Sexuellement Transmissibles (CIDDIST).

départements dont un d'ici fin 2014. Ce travail vise à déployer un réseau vers les professionnels libéraux et les populations les plus fragiles via l'ouverture d'antennes décentralisées.

Cet objectif mobilise également les acteurs régionaux au sein de la **commission de coordination des politiques publiques** et autour de la Semaine Européenne de la Vaccination (SEV).

En 2014, plusieurs actions déjà engagées doivent se poursuivre :

- les réunions régulières d'échanges avec les centres de vaccination ;
- l'angle vaccination dans le contrat de partenariat avec le rectorat ;
- le renforcement de la collaboration avec les services de Protection Maternelle et Infantile (PMI).

D'autres actions doivent être engagées :

- la participation à la SEV 2014 ;
- la promotion de la vaccination dans le cadre de contrats de partenariat entre l'ARS et les SUMPPS³⁰ ainsi que la Protection Judiciaire de la Jeunesse (PJJ) ;
- le suivi des engagements sur la vaccination dans le cadre des CPOM sanitaires et des Maisons de Santé Pluridisciplinaires (MSP) ;
- l'accompagnement de la réorganisation du Centre Fédératif de Prévention et de Dépistage (CFPD) en Sarthe ;
- l'élaboration du schéma régional de vaccination et sa déclinaison départementale.

12.5 La prévalence de l'obésité et du surpoids parmi les enfants en grande section de maternelle³¹

Sur la période 2012-2013, le taux de prévalence obésité et surpoids en région s'élève à 8,6%. Il est en deçà du taux national mais ne correspond pas à la cible régionale qui est de 6,60%.

Dans la période 1999-2000 le taux régional était légèrement supérieur à 10%.

En 2013, plusieurs actions ont été menées en région afin d'améliorer ce taux :

- L'organisation par l'ARS d'un colloque sur la nutrition en direction des collectivités territoriales :
 - Réunions d'échanges entre les villes organisées en 2013 ;
 - Signature et mise en œuvre en 2013 du Plan Régional Sport Santé Bien-être en partenariat avec la DRJSCS³² et la DRAAF³³. Il vise à développer la formation (pour les professionnels du sport et les professionnels de santé à l'accueil de publics spécifiques au sein des associations) et la prescription d'activités physiques par les médecins.
- La création d'un poste de « préfiguratrice » en nutrition basé à l'Hôpital d'Ancenis afin de consolider les bonnes pratiques et de proposer une animation et une coordination des acteurs de la nutrition et de la dénutrition dans le cadre du projet de lancement d'une Structure Régionale d'Appui et d'Expertise (SRAE).

²⁹ Centre de Dépistage Anonyme et Gratuit (CDAG).

³⁰ Service Universitaire de Médecine Préventive et de Promotion à la Santé (SUMPPS).

³¹ Indicateur n°2.2 du CPOM.

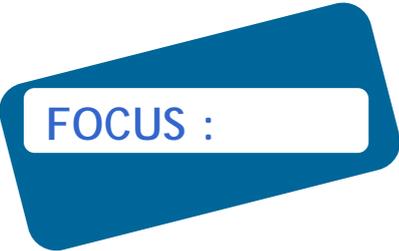
³² Direction Régionale de la Jeunesse, des Sports et de la Cohésion Sociale (DRJSCS).

³³ Direction Régionale de l'Alimentation, de l'Agriculture et de la Forêt (DRAAF).

Ces actions se poursuivront en 2014, de même que les partenariats déjà engagés :

- avec les opérateurs en prévention et promotion de la santé, comme par exemple l'Instance Régionale d'Education et de Promotion de la Santé (IREPS);
- avec le Rectorat pour l'exploitation des bilans de santé des enfants de grande section de maternelle et la définition des zones d'intervention prioritaires pour le milieu scolaire.

Les actions menées dans le cadre des MSP et des Contrats Locaux de Santé (CLS) devraient également être consolidées en 2014.



FOCUS :

La prévention en hygiène bucco-dentaire

*Contribution du Dr Dominique BRACHET,
membre de la Commission Spécialisée Droits des Usagers de la CRSA*

La suppression des fonds alloués aux actions de prévention bucco-dentaire en milieu scolaire en faveur des enfants de 6,9 et 12 ans, excepté pour environ 10 classes de CP par département (Convention d'Objectif et de Gestion 2014-2017), met en danger la santé des enfants, des adultes de demain. L'éducation à la santé dentaire doit rester accessible à tous.

La santé bucco-dentaire est un marqueur majeur des inégalités sociales de santé, et l'école est le terrain de prévention primordial pour lutter contre les inégalités sociales de santé, et ce dès le plus jeune âge. Elle doit le rester. Aujourd'hui 20 % des enfants de 6 ans présentent 80 % des caries.

L'éducation collective en milieu scolaire reste le socle permettant à chaque enfant d'avoir les clés pour maîtriser sa santé dentaire, et de bénéficier d'un prolongement de l'action dans la sphère familiale. La connaissance des bonnes règles d'hygiène est, à tort, trop souvent imaginée comme évidente et acquise par tous. Ces actions permettent de créer la rencontre avec des professionnels hors d'un contexte de soins.

Il est urgent de réhabiliter les mesures d'éducation à la santé bucco-dentaire en milieu scolaire, terrain de prévention majeur pour réduire les inégalités sociales de santé.

Commentaires de la Commission Spécialisée Droits des Usagers

Concernant les dépistages du cancer du sein et du cancer colorectal il faudra étudier les prochaines années l'impact des actions mises en œuvre envers les populations ciblées en 2013.

Il sera également intéressant d'étudier si la mise sur le marché en 2015 d'un nouveau test de dépistage du cancer colorectal, censé être plus simple et plus fiable, permettra d'accroître les taux de dépistage.

Les actions de prévention engagées en 2013 visent toutes à une meilleure coordination et implication des acteurs ; les associations d'usagers doivent y être impliquées afin de développer une véritable culture de promotion de la santé.

Il nous semble important de cibler les actions de prévention vers les populations plus fragiles. Pour ce faire il est nécessaire d'approfondir les données et leur analyse en croisant les taux de dépistage avec la densité population, la densité médicale, le taux de CMUC, le taux de médecins traitants déclarés, l'âge de la population, l'équipement de la zone, d'obtenir une cartographie de la couverture vaccinale etc.

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

13.1 Les contrats locaux de santé (CLS)

Créés par la loi hôpital, patients, santé, territoires³⁴ en 2009, les contrats locaux de santé (CLS) constituent une déclinaison infra-territoriale du Projet Régional de Santé (PRS). Ils sont conclus entre les collectivités territoriales et l'ARS.

Sur la base d'un diagnostic local partagé, le CLS vise à mettre en cohérence la politique régionale de santé en permettant une meilleure articulation du PRS et des démarches locales de santé existantes (volet santé des Contrats Urbains de Cohésion Sociale (CUCS), Atelier Santé Ville, Agenda 21, projets de territoire...).

3 thématiques « socles » sont retenus par l'ARS Pays de la Loire et doivent faire l'objet d'une négociation dans chaque CLS :

- Prévention, Promotion de la Santé, Santé-Environnement ;
- Accès aux soins, Offre de santé, Education Thérapeutique du Patient (ETP) ;
- Parcours personnes âgées ou publics spécifiques.

13.2 Les CLS en Pays de la Loire

⇒ En région Pays de la Loire, au 31 décembre 2014, 9 contrats locaux de santé (CLS) ont été signés :

L'Île d'Yeu	Nantes	Angers
La Roche-sur-Yon	Saint Aignan-Renazé-Pays Craonnais	Allonnes-Coulaines-Le Mans
Mayenne	Trélazé	Laval

³⁴ Loi HPST n° 2009-879 du 21 juillet 2009 portant réforme de l'hôpital et relative aux patients, à la santé et aux territoires.

A ce jour, l'ensemble des chefs-lieux départementaux font l'objet d'un CLS et 14 CLS sont en projet.

Une nette accélération des signatures a été constatée en 2013 (signature de 5 CLS supplémentaires), amenant à près de 20% la part de la population régionale vivant dans une commune signataire d'un CLS. Mais l'objectif du CPOM de l'ARS de 15 CLS signés fin 2013 n'a pas été atteint.

	Suivi annuel				
	2010	2011	2012	2013	Fin 2014
Pays de la Loire	0	0	3	8	9
Cible régionale	2	8	12	15	-
Tendance vs période précédente	-	-	↗	↗	↗

Tous ces CLS ont fait l'objet d'un diagnostic local partagé. A compter de 2014, il est prévu de procéder à l'exploitation des rapports d'activités des CLS et de lancer un processus de revue annuelle. L'objectif est d'évaluer les CLS et de les faire évoluer sur la base des 3 thématiques retenues.

Commentaires de la Commission Spécialisée Droits des Usagers

La commission note avec satisfaction l'augmentation du nombre de contrats locaux de santé établis sur la région, cette démarche permettant de mieux intégrer les territoires aux enjeux de santé publique.

Suite à la demande de la CRSA, l'ARS s'est engagée en 2014 à mieux intégrer les représentants des usagers dans l'élaboration et la réalisation de ces contrats. Il sera intéressant de tirer les enseignements des actions menées depuis la mise en place des premiers CLS.

13.3 Les écarts intra-régionaux d'équipements en établissements et services médico-sociaux³⁵

A partir des décaissements des CPAM en 2011, 2012 et en 2013, il s'agit de mesurer l'« écart type population » des valeurs départementales en tenant compte :

- pour le secteur personnes handicapées (PH) de l'ensemble des versements aux ESMS par l'assurance maladie ;
- pour le secteur personnes âgées (PA), des mêmes versements, complétés des versements aux Unités de Soins Longue Durée (USLD) et des Actes Infirmiers de Soins (AIS) des infirmiers libéraux.

³⁵ Indicateur n°4.4 du CPOM ARS Pays de la Loire.

Pour rappel, la formule de cet indicateur s'établit comme suit : Dispersion infra régionale de l'€/habitant mesurée par l'écart type des valeurs départementales / Valeur régionale moyenne de l'€/habitant.

Sur la finalité de l'indicateur :

- pour le secteur des personnes âgées, cet indicateur contribue à mesurer au sein de la région les disparités de prise en charge de la perte d'autonomie chez les PA, à partir de la **mesure de la dépense d'assurance maladie en euro par habitant**. Il concerne le niveau de l'offre de services en ESMS, en USLD et l'offre d'AIS dispensée en secteur libéral à des personnes de 75 ans et plus. Il permet aussi d'intégrer la photographie des écarts territoriaux au-delà de la seule sphère médico-sociale, le poids des dépenses externes à la CNSA (dépense d'AIS et dépense d'USLD). Cet indicateur permet ainsi une appréciation plus décloisonnée de l'équipement « PA » ;
- pour le secteur des personnes handicapées, cet indicateur complète la mesure des disparités de l'offre médico-sociale en matière d'établissements et services accueillant des PH, en introduisant une dimension financière : la dépense de l'assurance maladie en euros par habitant. Il reflète les disparités territoriales au niveau de l'offre de services en termes de capacités d'accueil en ESMS et en termes de diversité des structures accueillant des PH (caractérisées par des coûts par place très différents selon le type de structure).

	Suivi annuel région Pays de la Loire				Objectif
	Fin 2010	Fin 2011	Fin 2012	Fin 2013	
PA	8%	7,4%	5,9%	7,2%	Réduction des écarts
Cible régionale	7,9%	7,8%	7,7%	7,5%	
Tendance vs période précédente	-	↘	↘	↗	
France métropolitaine	-	16,6%	15,8%	15,9%	
PH	20%	16,9%	18,6%	18,3%	Réduction des écarts
Cible régionale	20%	19%	18,5%	18%	
Tendance vs période précédente	-	↘	↗	↘	
France métropolitaine	-	57,6%	57,6%	57,1%	

Lecture : En 2013, sur le secteur des PA de 75 ans et plus, on observe au sein de la région Pays de la Loire une dispersion de la dépense d'assurance maladie de 7,2% autour de la moyenne régionale. Plus l'écart type relatif est élevé, plus les valeurs sont dispersées autour de la moyenne régionale.

Sur la période 2010-2013, des avancées sont notables en matière de rééquilibrage territorial de l'offre :

- une programmation de places nouvelles exclusivement sur les zones déficitaires (Programme interdépartemental d'accompagnement des handicaps et de la perte d'autonomie, PRIAC),
- la mise en œuvre d'une stratégie de rééquilibrage territorial par redéploiement de moyens existants (en 44, 49, 72 et 85) et en interdépartemental (redéploiement de places ESAT du 53),
- la conduite d'une politique de réduction des écarts de coûts à la place entre établissements ou services assurant des prestations comparables,

- une politique d'adaptation de l'offre pour répondre aux situations inadéquates (jeunes relevant de l'amendement CRETON³⁶, inadéquations dans les établissements de santé mentale...).

Il persiste néanmoins des freins dans l'atteinte de cet objectif :

- comme en 2012, les Conseils Généraux connaissent des difficultés financières qui ralentissent leurs programmations. Elles nuisent aussi au financement des besoins prioritaires en Services d'Accompagnement Médico-social pour Adultes Handicapés (SAMSAH) et en FAM (cofinancés),
- *La complexité des calculs avec de nombreux paramètres rend difficile la compréhension de l'attribution des lits dans les EHPAD, suscitant des interrogations voire incompréhension de nombreux acteurs de terrain.*

Commentaires de la Commission Spécialisée Droits des Usagers

Il s'agit là d'un indicateur parcellaire car les chiffres ne concernent que les dépenses de l'assurance maladie, ils ne font pas apparaître les dépenses des Conseils Généraux.

Concernant les EHPAD il serait intéressant de connaître de manière précise le nombre de lits rapporté au nombre de résidents potentiels et d'avoir une projection pour les années à venir étant donné le doublement prévu de la population âgée de plus de 85 ans dans les 15 années à venir.

L'analyse mériterait d'être affinée à partir des données départementales.

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

Le droit à un logement est garanti par l'Etat à toute personne qui, résidant sur le territoire français de façon régulière et stable, n'est pas en mesure d'y accéder par ses propres moyens ou de s'y maintenir.

La lutte contre l'habitat indigne constitue un **axe prioritaire de la politique de logement de l'Etat**. L'habitat indigne recouvre l'ensemble des locaux présentant des désordres pouvant porter atteinte à la santé et /ou à la sécurité des occupants³⁷.

- ◆ Les atteintes à la santé peuvent être les suivantes : pathologies respiratoires, intoxications au monoxyde de carbone, risque d'exposition au plomb, pathologies infectieuses...
- ◆ Les atteintes à la sécurité peuvent être : risque d'électrocution ou d'explosion, risque de péril avec les immeubles ou partie d'immeubles menaçant de s'effondrer, pathologies ou risques liés au fonctionnement défectueux des équipements communs, etc.

13.4.1 LE DEROULE D'UNE PROCEDURE D'INSALUBRITE AU TITRE DU CODE DE LA SANTE PUBLIQUE

Lorsqu'un immeuble présente un danger pour la santé ou la sécurité des occupants ou des voisins, le préfet peut ordonner au propriétaire des locaux de prendre les mesures nécessaires pour faire cesser cette situation. Dans la plupart des cas les services de l'ARS interviennent pour visiter les lieux. Les services

³⁶ Dispositif législatif permettant le maintien temporaire de jeunes adultes de plus de 20 ans en établissements d'éducation spéciale dans l'attente d'une place dans un établissement pour adultes

³⁷ Loi de mobilisation pour le logement et la lutte contre l'exclusion -MLLE -du 25 mars 2009 : art 84/loi 31.5.90 : art 4

communaux d'hygiène et de santé (SCHS) peuvent également intervenir. Il en existe quatre dans la région des Pays de la Loire.

Une fois saisi du rapport concluant à l'insalubrité, le préfet consulte dans les 2 mois la commission départementale compétente en matière d'environnement, de risques sanitaires et technologiques (CODERST). Le préfet informe le propriétaire de l'immeuble concerné qui peut produire ses observations.

Après avis de la commission, le préfet prend éventuellement un arrêté d'insalubrité remédiable ou irrémédiable.

13.4.2 L'EVOLUTION DU NOMBRE DE PROCEDURES D'INSALUBRITE³⁸

Comme en 2012, on constate une augmentation du nombre de procédures engagées pour cause d'insalubrité.

En 2013, 157 logements, sur 578 évalués, ont fait l'objet d'une procédure au titre du Code de la Santé Publique (114 en 2012). Cette évolution à la hausse confirme l'impact de la structuration de la lutte contre l'habitat indigne.

L'évolution de la répartition de ces procédures d'insalubrité en région par département s'effectue comme suit :

Année	Nombre de procédures d'insalubrité dénombrées Pays de la Loire	Cible régionale
2010	47	63
2011	109	68
2012	114	72
2013	157 (↗)	76

Département	Loire-Atlantique	Maine et Loire	Mayenne	Sarthe	Vendée
Nombre de procédures d'insalubrité (2012)	68	15	10	13	8
Nombre de procédures d'insalubrité (2013)	86	12	22	22	15
Tendance	↗	↘	↗	↗	↗

13.4.3 LA LUTTE CONTRE L'HABITAT INDIGNE : UNE ACTION DU PLAN REGIONAL SANTE ENVIRONNEMENT (PRSE)

L'action n°6 du plan régional santé environnement des Pays de la Loire 2010/2013³⁹ (PRSE 2) « Optimiser l'organisation et la mise en œuvre de la politique de lutte contre l'habitat indigne » poursuit 6 objectifs.

Un point d'étape de chacun de ces objectifs peut être dressé au 31 décembre 2013 au titre du PRSE 2 :

a) Concernant l'objectif « Etablir un état des lieux des situations d'indignité (recueil et croisement des données statistiques) » :

A la fin de l'année 2013, les données disponibles demeurent incomplètes et hétérogènes. Elles n'ont pas permis de réaliser un état des lieux exhaustif des situations d'indignité.

³⁸ Indicateur n°4.2 du CPOM ARS Pays de la Loire

³⁹ Certaines actions vont se poursuivre en 2014 en parallèle de l'évaluation du PRSE 2. L'élaboration du PRSE 3 se déroulera en 2015.

b) Concernant l'objectif « Mieux cerner le potentiel de logements indignes et analyser les phénomènes d'évolution affectant le parc de logements » :

En 2010, plusieurs études ont été réalisées. Deux études sur le Parc Privé Potentiellement Indigne (PPPI) (publiées sur le site internet de la DREAL) et une étude comparant les données PPPI aux données de terrain par le Service Communal d'Hygiène et de Santé (SCHS) de Nantes.

c) Concernant l'objectif : « Mieux cerner l'organisation et les procédures mises en place dans les différents départements »

Un état des lieux de l'organisation et des résultats des Pôles Départementaux de Lutte contre l'Habitat Indigne (PDLHI) ainsi que des moyens mis en place par les services de l'Etat (DREAL, DDT, DDCS) et l'ARS a été réalisé.

De plus, 43 acteurs de la Lutte contre l'Habitat Indigne (LHI) ont été formés à l'utilisation de l'outil informatique partagé @riane-habitat⁴⁰. En Pays de la Loire, cette application est déployée dans l'ensemble des délégations territoriales de l'ARS.

d) Concernant l'objectif « Analyser les outils opérationnels mis en place et définir des recommandations »

Des indicateurs communs sont définis sur la base ORTHI. Ils permettent d'assurer le suivi des caractéristiques du logement indigne ou indécent, l'évolution de la procédure ainsi que l'historique et les actions menées. Cette action s'inscrit par ailleurs dans le cadre de la mise en place des observatoires nominatifs de l'habitat indigne (prévus dans le cadre des Plans départementaux d'Action pour le Logement des Personnes Défavorisées, PDALPD).

e) Concernant l'objectif « Développer l'information et l'acquisition d'une culture commune » :

L'objectif est d'améliorer le repérage et l'orientation des personnes en situation de logement indigne.

- Des actions de formation « les dispositifs en matière de LHI » ont été menées à destination des acteurs de la LHI.
- Des sessions de sensibilisation d'intervenants à domicile et à destination des maires ont également été organisées.
- Une journée de formation des opérateurs habitat-santé s'est tenue en juin 2013 sur le monoxyde de carbone et la qualité de l'air intérieur. Elle a été renouvelée en 2014 sur les thèmes : risques électriques et de l'éclairage naturel des logements.

f) Concernant l'objectif de mise en place d'un réseau d'échanges et définition d'outils communs :

Depuis 2010, il existe un réseau régional d'échanges qui se réunit deux fois par an (Commission Régionale Habitat/PRSE 2). Deux réunions se sont tenues en 2013. La dernière réunion de la Commission CRH et PRSE Pays de la Loire « LHI » s'est tenue le 25 novembre 2014.

⁴⁰ Application web développée par le Ministère de la Santé. Elle permet de gérer les procédures du Code de la Santé Publique, renseigner l'orientation des signalements, suivre les changements de locataires/propriétaires, partager des informations avec les partenaires locaux et alimenter des bases de données.

13.4.4 LA LUTTE CONTRE LES MARCHANDS DE SOMMEIL

Dans le cadre de la lutte contre les marchands de sommeil en Région Pays de la Loire, il a été constaté une disparité régionale des signalements, une coordination insuffisante entre les services ainsi que l'apport d'une réponse pénale souvent mitigée.

Une nouvelle méthodologie régionale a été définie qui s'articulera autour des points suivants :

- Bien identifier les situations qui méritent d'être signalées ;
- Identifier le magistrat référent et le rencontrer pour fixer la marche à suivre ;
- Mettre le maximum d'éléments dans le dossier (notamment écrits) ;
- Obtenir le numéro d'inscription auprès du greffe.

L'enquête est ensuite diligentée par le Procureur auprès des services de Police/Gendarmerie.

Les acteurs de la LHI ont rappelé par ailleurs que l'article 40 du Code de Procédure Pénale permet à chacun d'effectuer un signalement sans formalisme particulier.

Commentaires de la Commission Spécialisée Droits des Usagers

La commission spécialisée se félicite de l'augmentation constante des procédures d'insalubrité, même si le nombre de procédures reste faible dans le Maine et Loire, et des actions engagées dans notre région pour lutter contre l'habitat indigne dans le cadre du Plan Régional Santé Environnement.

Elle note en particulier les efforts faits pour :

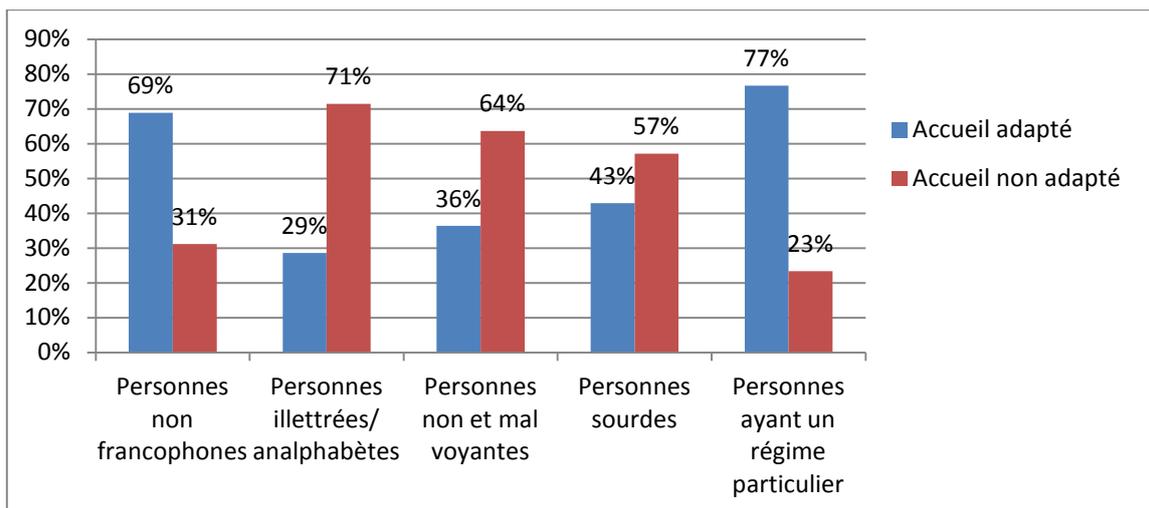
- structurer les actions des acteurs régionaux de la lutte contre l'habitat indigne,
- informer les populations des moyens pour intervenir dans des situations anormales (plaquette d'information).

La commission souhaite qu'un réel état des lieux des situations d'indignité puisse rapidement aboutir, cela permettrait d'avoir une meilleure vision de l'ampleur du phénomène. Elle attire également l'attention sur l'existence de squats ou de logements très précaires sur la région.

13.5 L'accueil adapté au public

Les établissements s'investissent dans l'accueil des publics dits « spécifiques » et affirment avoir développé des dispositifs pour chacune des catégories suivantes : personne non francophone, personne illettrée ou analphabète, personne non ou mal voyante, personne sourde ou malentendante, personne ayant un régime particulier :

La mise en place de dispositifs d'accueil adaptés au public spécifique a été évaluée dans 77 établissements de santé :



Dans leurs observations les établissements déclarent faire appel aux compétences du personnel relatives aux langues étrangères ou au langage des signes afin d'élaborer une liste d'interprètes disponibles en interne.

94.8% des établissements déclarent leurs locaux adaptés aux dispositions réglementaires relatives à l'accessibilité des locaux aux personnes à mobilité réduite. Les 4 établissements signalant ne pas être conformes sont cependant dans une démarche d'évolution de leurs locaux.



L'accès à la médecine libérale pour les personnes allophones

*Contribution de Mme Chapelais,
Membre de la CRSA au titre de Médecins du Monde*

Un groupe travail s'est mis en place à Médecins du Monde en collaboration avec la PASS et quelques médecins libéraux volontaires pour participer à une expérimentation.

L'objectif de ce travail est de permettre l'accès à la médecine libérale pour les personnes allophones. Il est proposé que certains médecins libéraux volontaires dans un premier temps puissent faire appel à des interprètes professionnels à l'occasion de consultations d'annonce de diagnostic ou pour transmettre des informations dans le cadre de l'éducation thérapeutique. D'autre part ce dispositif devrait permettre à la PASS d'orienter davantage de personnes vers la médecine libérale et rendrait donc l'accueil plus fluide aux personnes qui y ont recours. Nous nous appuyons sur le dispositif mis en place en région Alsace qui fonctionne depuis plusieurs années: une enveloppe destinée à l'interprétariat est mise à disposition par l'ARS, elle est gérée par des syndicats de médecins.

Commentaires de la Commission Spécialisée Droits des Usagers

Le document de synthèse des CRUQPC 2013 dans son paragraphe sur l'accueil adapté au public spécifique démontre une inégalité de prise en compte des problématiques considérées.

En ce qui concerne l'accueil des personnes en situation de handicap moteur, l'adaptation des locaux, en conformité avec les dispositions réglementaires, semble acquise. S'il est fait mention des handicaps visuel et auditif, rien n'est évoqué au sujet des autres types de handicaps comme le handicap psychique.

Selon l'enquête HID (handicaps, incapacité, dépendance) 2005, les aveugles ou malvoyants représentent 1 139 000 personnes en France. D'autre part la prévalence des déficiences visuelles augmente fortement avec l'âge (61% des déficients visuels sont des personnes âgées ce qui représente bien souvent un cumul de handicaps). Seulement 36,3% des établissements disent mettre en place des dispositifs.

Selon une étude Insee réalisée en 2011, 16 % des personnes de 18 à 65 ans résidant en France métropolitaine ont des difficultés dans les domaines fondamentaux de l'écrit ; mais seulement 28,5% des établissements déclarent avoir mis en place un dispositif d'accueil adapté.

L'accueil des personnes étrangères semble faire l'objet d'une attention particulière. Une majorité, près de 69% des établissements, déclare faire appel aux compétences du personnel relatives aux langues étrangères et au langage des signes. Cependant nous n'avons aucune information sur l'effectivité de ce système. Rien n'est dit sur la disponibilité réelle des personnels repérés dont la sollicitation représente une désorganisation dans les services où ils sont affectés. Ce système semble donc fragile. Si les besoins dans les langues européennes posent sans doute peu de problème en interne, il n'en est pas de même pour des langues comme le roumain, le russe, le mongol, le turc ou les dialectes africains. Il paraît peu probable que l'ensemble des langues puissent être représenté au sein du personnel. Il serait intéressant de savoir quels établissements font appel à des interprètes professionnels, en face à face ou par téléphone.

Le respect des droits des usagers en termes d'information accessible, de recueil du consentement éclairé des patients et d'observance thérapeutique nécessite une réflexion sur l'adaptation de l'accueil de ces usagers et sur la mise en place de mesures effectives pour répondre à leurs besoins spécifiques.

3

Conforter

la représentation des usagers du système de santé

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

Les représentants des usagers du système de santé sont le plus souvent bénévoles, ils ont un rôle valorisant à la fois par sa richesse et sa diversité mais souvent limité dans son action par un manque de leviers. Les associations agréées ou reconnues au niveau national et régional expriment un certain nombre d'attentes concernant le statut de bénévole : besoin en formation, mise à disposition de moyens. La formation est en effet une condition essentielle pour que les représentants des usagers assurent leurs missions. L'information sur notre système de santé régional est également un élément important pour qu'ils jouent parfaitement leur rôle dans la démocratie sanitaire.

14.1 Les formations organisées pour les représentants des usagers

Le CISS a réalisé au total 17 sessions en 2013 qui ont intégré de nouveaux thèmes par rapport aux formations 2012 notamment « analyser les plaintes et réclamations dans les CRUQPC » et « Représentants des usagers : prenez la parole ».

Ces formations ont rassemblé 191 participants.

Le programme de formation 2013 s'est articulé autour de 5 thèmes :

- I. Analyser les plaintes et réclamations en CRUQPC ;
- II. Défendre les Droits des usagers ;
- III. Représentants des usagers en CRUQPC ;
- IV. Représentants des usagers : l'essentiel ;
- V. Représentants des usagers : prenez la parole.

Formations du CISS en Pays de la Loire (2013)

Formations CISS	Nb de sessions	Nb de participants
Analyser les plaintes et réclamations en CRUQPC	3	47
Défendre les Droits des usagers	5	47
Représentants des usagers en CRUQPC	5	53
Représentants des usagers : l'essentiel	3	34
Représentants des usagers : prenez la parole	1	10
TOTAL	17	191

A l'issue de chaque session le formateur procède à la synthèse des évaluations données par les stagiaires :

Evaluation globale des modules de formations en 2013 (en pourcentage)					
Les apports du stage pour votre efficacité propre					
	++	+	-	--	Total
J'ai enrichi mes connaissances	70	29	1	0	100
J'ai acquis des connaissances utiles dans mes fonctions	64	34	2	0	100
Le contenu de la formation était adapté à mes besoins	59	39	2	0	100
Approche pédagogique et animation					
L'animateur a pris en compte mes attentes	68	29	3	0	100
La méthode de formation était efficace	70	30	0	0	100
Les relations dans le groupe, et entre le groupe et l'animateur étaient de qualité	78	22	0	0	100
Les supports et documents remis sont utiles	73	26	1	0	100
L'organisation et l'accompagnement					
J'ai reçu suffisamment d'informations avant la formation	40	44	14	2	100
La durée de la formation convenait par rapport à son contenu	54	39	5	2	100
L'organisation (matériel pédagogique, date, lieu...) était bonne	63	35	2	0	100

L'évaluation des formations 2013 du CISS est donc très positive (taux global de satisfaction de 96%, dont 64% de très satisfaits et 32% de satisfaits). Il est néanmoins nécessaire de rester vigilant sur la composition d'un groupe associant membres d'association sans représentation et anciens représentants CRUQPC, et sur le respect des horaires...

Pour 2014, le CISS prévoyait d'aborder de nouvelles thématiques :

- Représentants des usagers et le système de santé ;
- L'annonce du dommage ;
- Traiter les plaintes : les procédures juridiques ;
- Le rapport de la CRUQPC : y participer, l'exploiter ;
- Représentants des usagers en établissement de santé mentale ;
- Le Représentant des Usagers et la qualité à l'hôpital ;
- La certification ;
- Les formations sur les Conseils à la Vie Sociale (CVS).

Commentaires de la Commission Spécialisée Droits des Usagers

Le processus engagé en 2011 de formation des représentants des usagers dans le secteur sanitaire, réalisé par le CISS et avec le concours de l'ARS, se poursuit. Ces formations recueillent toujours un taux de satisfaction très positif (96% en 2013). Une majorité de représentants des usagers impliqués dans les établissements de santé ayant pu bénéficier de formation de base, la commission note avec satisfaction une évolution des formations prévues en 2015 vers des thèmes plus ciblés.

Il convient également de conserver l'accessibilité de ces formations à tous les représentants des usagers quelle que soit leur association d'origine.

Il serait important en 2015 de recueillir les attentes en formation des représentants des usagers concernés et de faire avec les acteurs concernés par ces formations (formateurs, financeurs, CSDU), un bilan global du processus engagé depuis plusieurs années.

14.2 Les formations à destination des membres des CVS

La démarche de formation proposée est menée de façon coordonnée entre le CREAL (Centre Régional de l'Enfance et de l'Adolescence Inadaptée) et l'URIOPSS (Union Interfédérale des Organismes Privés Sanitaires et Sociaux) des Pays de la Loire. Un comité de suivi a été mis en place avec la Commission Spécialisée Droits des Usagers afin de suivre le déroulement de cette action de formation.

Pour répondre aux constats et besoins identifiés au niveau régional le CREAL et l'URIOPSS proposent une formation action dont les objectifs sont les suivants :

- 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
- Travailler sur la posture, les outils et la dynamique
- Donner le sens du mandat
- Permettre et valoriser des échanges de pratiques

Sur les 5 départements, **2 groupes** ont été constitués :

- un groupe CVS établissements médico-sociaux personnes âgées (PA),
- un groupe CVS établissements médico-sociaux personnes handicapées (PH).

4 modules de formations ont été proposés par département et pour chaque domaine (PA et PH).

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

14.2.1 POUR LE SECTEUR « ADULTES EN SITUATION DE HANDICAP »

Modules et participants aux formations :

	Participants représentants des usagers	Participants représentants des familles	Participants référents professionnels	TOTAL
Loire Atlantique	16	0	6	22
Maine et Loire	6	0	4	10
Mayenne	13	0	7	20
Sarthe	11	1	3	15
Vendée	13	5	16	34

Dans chaque département, chaque groupe représentait de 5 à 7 CVS. Le choix arrêté par le CREAL et validé lors du premier comité de suivi était de constituer les groupes par une entrée « population » pour faciliter les échanges entre usagers et construire les outils les plus adaptés.

Les observations réalisées à la suite des formations peuvent être résumées de la façon suivante :

Les atouts observés	Les points de vigilance :
<ul style="list-style-type: none"> - Un réel intérêt pour la démarche pour tous les participants - Le fait, pour les usagers, de participer à une démarche de formation-action - Rencontre avec des pairs dans une logique d'interconnaissance - Un engagement effectif et une assiduité des participants aux différents modules - Un partage d'outils déjà présents dans certains établissements - La valorisation des rôles sociaux et particulièrement celui d' élu « représentant usager » - Un investissement des professionnels présents pour accompagner et soutenir les usagers - L'importance du processus engagé : des dynamiques inter-CVS et donc inter établissements qui se créent sur les territoires et qui donnent sens à la participation des usagers 	<ul style="list-style-type: none"> - La nécessaire adaptation des contenus, des supports et des méthodes d'animation - La prise en compte des difficultés liées au handicap <p style="text-align: center;">Cette expérience montre que la constitution d'un groupe de personnes en situation de polyhandicap ou handicap mental sévère n'a pas été possible pour les raisons suivantes : modes de communication - angoisse - le fait d'être en groupe, de se déplacer dans un autre établissement.</p>

A partir de ces observations le comité de suivi note que :

- les effets produits par cette démarche confirmer l'intérêt et l'utilité d'accompagner les usagers en situation de handicap dans l'exercice de leur citoyenneté et plus particulièrement dans leur rôle représentant élu au CVS ;
- la participation des usagers au CVS s'inscrit plus largement dans la dynamique de l'établissement et nécessite d'être portée dans les orientations institutionnelles.

14.2.2 POUR LE SECTEUR « PERSONNES AGEES »

Modules et participants aux formations :

	Participants représentants des résidents	Participants représentants des familles	Participants référents professionnels	TOTAL
Loire Atlantique	6	11	3	20
Maine et Loire	1	8	0	9
Mayenne	6	7	2	15
Sarthe	4	6	4	14
Vendée	8	8	1	17

Les 5 groupes étaient composés de 3 à 15 personnes représentant de 2 à 9 CVS. On note une augmentation constante de la participation des représentants élus membres des Conseils de Vie Sociale.

Le choix proposé par l'URIOPSS et validé lors du premier comité de suivi était de constituer les groupes par une entrée « territoire » afin de créer et de faciliter des liens entre EHPAD situés à proximité géographique les uns des autres.

La constitution des groupes se base également sur un mélange des territoires ruraux et territoires urbains. Comme le secteur PH, les modules sont organisés dans les établissements.

Les observations réalisées à la suite des formations peuvent être résumées de la façon suivante :

Les atouts de la formation	Les difficultés constatées
<p>-Le recueil par le biais d'une grille d'évaluation d'avis favorables à une continuité dans l'action de formation</p> <p>-La clarté des objectifs annoncés, conformité du contenu par rapport au programme, qualité des moyens pédagogiques, adéquation aux besoins</p> <p>-L'organisation pratique et matérielle (proximité du lieu de formation, horaires, durée)</p> <p>-Le choix de constituer les groupes par une entrée territoire afin de créer et faciliter les liens entre EHPAD</p>	<p>-La mobilisation des résidents au regard de leur degré de dépendance</p> <p>-Le manque de communication spontanée avec les élus CVS (absence de leurs coordonnées). De ce fait, la communication dépend exclusivement de l'investissement du directeur</p> <p>-Autres difficultés : défaut de mobilisation des directeurs, problèmes de santé et fatigue des résidents, vacance de la présidence...</p> <p>Les difficultés cognitives, d'expression verbale et écrite que peuvent rencontrer les usagers sont prises en compte dans le mode de recueil des avis des participants</p> <p>-Le nombre maximum de participants est à moduler selon leur profil et les difficultés qu'ils peuvent rencontrer dans le collectif et dans les relations interpersonnelles</p>

Commentaires de la Commission Spécialisée Droits des Usagers

Les formations destinées aux membres des CVS ont été engagées en 2014 grâce à un financement issu des crédits de la démocratie sanitaire. Ces formations ont été reconduites en 2015.

Il est trop tôt pour tirer des conclusions de ces formations, l'analyse faite pour 2014 montrant à la fois les points positifs (intérêt des participants, information sur le rôle des CVS, échanges avec les pairs...) et les difficultés rencontrées (participation trop importante de référents professionnels, hétérogénéité et difficile implication de certains publics...).

A l'issue des formations 2015 il conviendrait pour la CSDU d'en faire une analyse afin de déterminer si celles-ci ont permis réellement de mieux faire fonctionner les CVS et d'évaluer les besoins en formation des membres des CVS.

14.3 Faire participer et informer les représentants des usagers

Conforter la représentation des usagers passe entre autres par leur participation aux différentes rencontres ou colloques ayant trait à notre système de santé.

Sur ce point, il faut noter :

- l'organisation d'une 5^{ème} journée des usagers par l'ARS en partenariat avec la CRSA le 31 mars 2015 ;
- l'invitation des représentants des usagers aux rencontres ou colloques organisés par l'ARS avec des demandes d'intervention ;
- l'organisation par le CISS Pays de la Loire des 5^{èmes} Assises annuelles « Le patient acteur dans le parcours de soins coordonnés : accompagnement et autonomie » le 25 novembre 2014 ;
- la participation des représentants des usagers à des colloques ou séminaires organisés par différentes institutions du monde de la santé (URPS, fédérations hospitalières,...).

14.4 Le dispositif d'information ayant trait à leur représentation

Concernant l'information des représentants des usagers, il faut noter que depuis quelques années l'ARS Pays de la Loire a effectué :

- la mise en ligne sur son site internet des différentes représentations exercées par les usagers,
- la diffusion d'une lettre d'information à destination des représentants des usagers (juin 2013),
- la mise en ligne des différents rapports (Synthèse CRUQPC, rapport des droits des usagers,...) et compte rendu des journées des usagers....

L'information est transmise sur la base d'un fichier de 285 coordonnées de représentants des usagers, majoritairement des représentants en CRUQPC.

Commentaires de la Commission Spécialisée Droits des Usagers

Il conviendrait de compléter sur le site internet de l'ARS les différentes représentations exercées par les représentants des usagers et d'en assurer une visibilité adéquate.

L'information aux représentants des usagers doit également être relancée, par le biais d'une newsletter qui prendrait en compte leurs attentes de lecteur.

4

Renforcer

la démocratie sanitaire

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

La présence dans les instances des représentants des usagers est un critère d'implication de l'expression collective des usagers.

Les taux de présence des représentants des usagers sont les suivants :

→ CRSA et commissions spécialisées : 85 % (84% en 2012)

→ Conférences de territoire : 49% (55.32% en 2012)

Le taux de participation global et par collège des membres des CRSA en séance plénière est détaillé ci-dessous :

CRSA Plénière	2010	2011	2012	2013		
	Taux de participation	Taux de participation	Taux de participation	Nombre de convocations	Présents	Taux de participation
Collège 1 Représentants des collectivités territoriales	50%	40%	36%	56	15	27%
Collège 2 Représentants des usagers des services de santé ou médico-sociaux	88%	91%	88%	64	57	89%
Collège 3 Représentants des conférences de territoires	75%	75%	75%	16	12	75%
Collège 4 Partenaires sociaux	58%	57%	53%	40	16	40%
Collège 5 Acteurs de la cohésion sociale et de la protection sociale	83%	56%	75%	24	18	75%
Collège 6 Acteurs de la prévention et de l'éducation pour la santé	86%	75%	68%	40	23	57%
Collège 7 Offreurs des services de santé	78%	67%	70%	136	78	57%
Collège 8 Personnes qualifiées	50%	17%	13%	8	1	13%
Participation globale	75%	66%	65%	384	220	57%
Nombre de réunions dans l'année	3	2	4	4		

Les taux de participation des représentants des usagers à la CRSA et aux Conférences de territoire en 2013 sont les suivants :

CRSA et commissions spécialisées	Nombre de réunions	Nombre de représentants des usagers convoqués	Nombre de représentants des usagers présents	Taux de participation 2013
Séance plénière	4	64	57	89%
Commission Permanente	4	8	7	88%
Commission Spécialisée Droits des Usagers	3	18	16	89%
Commission Spécialisée Médico-social	4	24	21	88%
Commission Spécialisée organisation des soins	3	12	6	50%
Commission Spécialisée Prévention	3	18	16	89%

Conférences de Territoire	Nombre de réunions	Nombre de représentants des usagers convoqués	Nombre de représentants des usagers présents	Taux de participation 2013
Loire-Atlantique	3	24	20	83%
Maine et Loire	3	45	20	44%
Mayenne	3	48	22	46%
Sarthe	3	46	21	46%
Vendée	3	48	20	42%
TOTAL	15	211	103	49%

Commentaires de la Commission Spécialisée Droits des Usagers

Le taux de participation des représentants des usagers reste supérieur à 85% dans les différentes instances de la CRSA sauf pour la commission spécialisée « Organisation des soins ».

La baisse de présence des représentants des usagers dans les conférences de territoire se poursuit (moins de 6% par rapport à 2012), sauf en Loire-Atlantique.

Comme indiqué dans le rapport 2013 les raisons sont multiples :

- mauvais fonctionnement des binômes titulaire/suppléant,
- retrait de ces instances sans en informer la structure ayant proposé la candidature,
- non prise de conscience de l'investissement personnel nécessaire.

Compte-tenu du fait que les mandats des membres des conférences de territoire ont été prolongés d'un an, il serait souhaitable que les délégations territoriales avec l'aide des Présidents concernés procèdent au renouvellement des membres ayant un absentéisme élevé.

5

Suivi

des recommandations du précédent rapport

Le rapport 2013 relatif aux droits des usagers du système de santé émettait **10 recommandations** élaborées à partir des éléments du rapport.

La présente partie fait le point sur les suites données à ces recommandations en 2014.

Leur mise en œuvre a été malaisée ces derniers mois compte tenu de :

- l'installation de la CRSA intervenue en juillet 2014 et du fort taux de renouvellement des membres de la Commission Spécialisée Droits des Usagers (CSDU),
- l'évolution organisationnelle de la Direction des Relations avec les Usagers et des Partenaires (DRUP) de l'ARS.

RECOMMANDATION N° 1

Commission des relations des usagers et de la qualité de la prise en charge (CRUQPC)

« Les CRUQPC, au-delà de l'examen des plaintes et réclamations, doivent s'investir dans le suivi des indicateurs de qualité et dans l'analyse des enquêtes de satisfaction. Un état des lieux de cette prise en compte serait à faire avec les établissements et les représentants des usagers.

L'indicateur I-SATIS sera réellement opérationnel en 2014. Pour l'élaboration du prochain rapport il serait utile d'obtenir une analyse régionale de cet indicateur.

La démarche envisagée de créer un groupe de travail entre l'ARS, les établissements et les représentants des usagers sur le fonctionnement des CRUQPC est à faire aboutir. »

⇒ MISE EN OEUVRE

Le groupe de travail envisagé sur le fonctionnement des CRUQPC n'a pas pu être mis en place, le travail sur le suivi en CRUQPC des indicateurs de qualité n'a donc pas été mené.

En 2013 les enquêtes I-SATIS étaient facultatives, plusieurs établissements ont néanmoins transmis les résultats à l'ARS, une analyse de ces résultats figure dans le présent rapport (point 2.2).

RECOMMANDATION N° 2

Conseil à la vie sociale

« A partir des rapports d'évaluation interne communiqués à l'ARS par les établissements, il serait important qu'une analyse du fonctionnement des CVS, et plus largement du respect des droits des usagers inscrits dans la loi (livret d'accueil compréhensible, projet personnalisé notamment) soit réalisée par les services de l'ARS.

Il serait notamment intéressant de savoir si l'amélioration du fonctionnement des CVS est inscrite dans les plans d'amélioration continue de la qualité.

Un dispositif de formation des membres de CVS vient d'être mis en place et va se dérouler sur 2014. Il sera très important d'en évaluer l'efficacité. »

⇒ MISE EN OEUVRE

Les formations des membres des CVS ont été mises en place en 2014. Un comité de suivi a été installé et s'est réuni à 2 reprises.

L'ARS ne dispose toujours pas d'une analyse d'ensemble des différents rapports d'évaluation interne et externe, il n'est donc pas possible d'obtenir d'une manière précise les éléments qualitatifs de fonctionnement des CVS de la région.

Un indicateur de suivi du PRS et les résultats des inspections des services de l'ARS permettent d'obtenir des données sur le nombre de réunions annuelles des CVS (voir Point 2.4).

RECOMMANDATION N° 3

Plaintes et réclamations

« Un certain nombre d'éléments contenus dans ce rapport, dont les plaintes et réclamations reçues à l'ARS, montre la nécessité d'être attentif dans la prise en charge des personnes âgées dans les EHPAD.

Il est important d'analyser les interventions faites par les résidents et leurs familles non seulement dans les structures de l'ARS mais également auprès des conseils généraux. »

⇒ MISE EN OEUVRE

Une analyse des plaintes et réclamations reçues par l'ARS concernant la prise en charge des personnes âgées a été amorcée (voir point 2.5), par contre les contacts avec les conseils généraux n'ont pas abouti.

RECOMMANDATION N° 4

Personnes qualifiées

« Le dispositif est aujourd'hui en place. Il reste maintenant à s'assurer qu'il fonctionne. Il serait important de renouveler la réunion des personnes nommées pour leur permettre d'échanger sur les pratiques. La connaissance par le public concerné (notamment usagers et familles) du dispositif doit faire partie des priorités des délégations territoriales de l'ARS. »

⇒ MISE EN OEUVRE

Les personnes qualifiées sont très peu sollicitées (voir 2.4) ; les usagers connaissent mal ce dispositif de règlement des litiges.

La réunion d'échanges entre personnes qualifiées n'a pas pu être organisée.

RECOMMANDATION N° 5

Indicateurs de qualité des établissements de santé

« La connaissance des indicateurs de qualité des établissements par les usagers est primordiale pour leur information, le nouveau site de l'HAS et du Ministère « Scopesanté » doit y concourir. Son existence et son exploitation sont à valoriser sur la région.

Il est nécessaire de veiller à l'évolution d'un certain nombre de ces indicateurs de qualité.

Pour 2014, un examen attentif sur la région de l'indicateur « délai d'envoi du dossier de fin d'hospitalisation » apparaît nécessaire compte tenu de son mauvais résultat. »

⇒ MISE EN OEUVRE

L'existence du site de l'HAS « Scopesanté » a été portée à la connaissance des représentants des usagers par la DRUP. Ceux-ci ont souvent fait part de la complexité de l'utilisation du site.

L'indicateur « délai d'envoi du dossier de fin d'hospitalisation » a très peu progressé sur la région et se situe toujours en dessous de la moyenne nationale et très loin des objectifs fixés par l'HAS.

RECOMMANDATION N° 6

L'accès aux soins pour tous

« Ce thème nécessite une analyse approfondie et objective de la part des instances de démocratie sanitaire.

La commission permanente de la CRSA devrait définir une méthodologie et coordonner les différents travaux sur ce sujet dans les commissions spécialisées et les conférences de territoire.

Cette analyse passe par l'accès aux données et les difficultés rencontrées en 2013 devront être levées.

Sur le sujet de l'accessibilité financière, la réalisation d'un document d'analyse du type de celui réalisé sur la région Bretagne doit être un objectif. »

⇒ MISE EN OEUVRE

L'accès aux données sur ce thème est toujours très difficile (voire impossible), ce qui ne permet pas de réaliser dans le cadre de ce rapport une analyse objective de l'accès aux soins pour tous.

RECOMMANDATION N° 7

Commission d'activité libérale des établissements publics

« Toutes les commissions d'activité libérale de la région doivent intégrer un représentant des usagers.

Une réflexion sur l'amélioration de l'information à donner aux patients sur le fonctionnement de l'activité libérale dans les établissements publics est à mener. »

⇒ MISE EN OEUVRE

Aucun progrès n'a été constaté en 2014 aussi bien concernant la représentation des usagers dans cette instance que l'information au public.

RECOMMANDATION N° 8

Formation des représentants des usagers

« Les formations vers les représentants des usagers des établissements de santé, engagées depuis 3 ans avec le concours de l'ARS doivent être poursuivies, en intégrant les évolutions à venir sur la certification, les indicateurs de qualité...

En 2014, un réel processus de formation va être mise en oeuvre vers les membres des conseils à la vie sociale, il sera souhaitable d'en faire rapidement l'évaluation pour s'assurer que ces formations correspondent bien aux attentes des acteurs concernés. »

⇒ MISE EN OEUVRE

Les formations des représentants des usagers assurées par le CISS ont été réalisées en 2013 selon le programme prévu avec une évaluation très positive de la part des participants. De nouvelles formations thématiques sont inscrites au programme 2015 (voir 14.1).

Les formations pour les membres résidents des CVS ont été mises en place en 2014 par l'URIOPS et le CREAL. Un film a été réalisé pour permettre de sensibiliser les différents acteurs des CVS à l'intérêt de ces formations.

RECOMMANDATION N° 9

Animation des réseaux de représentants des usagers

« Une nouvelle journée des usagers serait à préparer dans le deuxième semestre 2014 pour une réalisation premier trimestre 2015.

L'attente exprimée lors de la dernière journée des usagers concernant une meilleure diffusion « des bonnes pratiques » dans le réseau des représentants des usagers est à concrétiser.

En ce qui concerne l'information des représentants, la newsletter établie par l'ARS vers les représentants des usagers est à poursuivre. A l'expérience des premières parutions, il serait nécessaire de savoir si sa forme, son contenu, sa distribution, etc., correspondent bien à l'attente des lecteurs ciblés et à partir des constats faits travailler sur son évolution. »

⇒ MISE EN OEUVRE

Une journée des représentants des usagers a été organisée le 31 mars 2015 sur les thèmes « Plaintes et réclamations » et « Fonctionnement des CVS ». Deux actions récompensées par le label « droits des usagers » ont été présentées.

Du fait des charges de travail de la DRUP aucune lettre d'informations n'a pu être réalisée en 2014.

RECOMMANDATION N° 10

Réalisation du prochain rapport « droits des usagers »

« L'expérience de la réalisation des deux derniers rapports montre bien les difficultés à réaliser un document exhaustif en référence à l'arrêté compte tenu des très nombreuses données à recueillir auprès d'organismes multiples (conseils de l'Ordre, URPS, ARS, assurance maladie...).

La CRSA dans toutes ses composantes aura à déterminer l'évolution de ce rapport annuel :

- soit en faire un appui, comme actuellement pour conduire des évolutions ciblées en faveur du droit des usagers (exemples personnes qualifiées, rôle des instances, formation des représentant des usagers, ...)

- soit se donner l'ambition d'en faire un réel rapport de l'évaluation des droits des usagers, allant au-delà des thématiques actuelles, cette dernière option nécessitant plus d'investissements humains et financiers. »

⇒ MISE EN OEUVRE

L'élaboration de ce rapport a été rendue difficile par :

- le renouvellement des membres de la CRSA en juillet 2014, ce qui n'a permis de débiter sa réalisation qu'en octobre,
- la difficulté de recueillir un certain nombre de données en particulier sur l'accessibilité financière aux soins,
- la mise à disposition tardive d'un appui à la commission pour l'aider dans son analyse.

Pour le prochain rapport, la CRSA a décidé, en liaison avec l'ARS, de travailler sur les droits des usagers en fin de vie sur deux axes :

- Analyser les conditions de l'application de la loi dite « Léonetti » dans la région des Pays de la Loire. Il s'agira de mettre en évidence d'un côté les progrès réalisés et de l'autre les difficultés rencontrées, sous l'angle « droits des usagers ».
- Recueillir l'expression des usagers sur l'organisation des soins palliatifs dans la région des Pays de la Loire afin de déterminer si celle-ci permet de répondre aux besoins et attentes exprimés.

6

Synthèse

et recommandations

Introduction

Ce rapport relatif aux droits des usagers du système de santé est le huitième 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.

A partir des éléments fournis pour la réalisation de ce rapport, la Commission Spécialisée Droits des Usagers (CSDU) constate que les dispositifs de représentation et de prise en compte des droits des personnes malades et des usagers du système de santé sont bien effectifs en région Pays de la Loire, notamment :

- mise en œuvre des processus règlementaires de traitement des plaintes et réclamations dans les secteurs sanitaire et médicosocial,
- installation des Commissions des relations avec les usagers et de la qualité de prise en charge (CRUQPC) et dans une moindre mesure des Conseils à la vie sociale (CVS) dans la majorité des établissements et structures, avec prise en compte de la formation des membres de ces instances,
- gestion globalement satisfaisante des demandes d'informations médicales,
- ou dispositifs mis en œuvre pour corriger les disparités d'accès aux professionnels de santé libéraux,
- actions ciblées pour accroître l'étendue et l'impact de la prévention,
- représentants des usagers intégrés dans les instances de démocratie sanitaire.

Cependant, dans l'analyse des données fournies pour établir ce rapport des difficultés ressortent, elles concernent notamment :

- le fonctionnement de la Commission de Conciliation et d'Indemnisation,
- le traitement des plaintes dans le secteur médico-social,
- le fonctionnement de certains CVS en particulier en EHPAD,
- la mise en œuvre d'actions concrètes de promotion de la bientraitance et des dispositifs liés à la fin de vie,
- les délais de transmission des courriers de fin d'hospitalisation dans les établissements de santé,
- l'accessibilité à certaines spécialités de médecins et la prise en charge aux urgences.

Les éléments recueillis ont permis le traitement dans ce rapport de pratiquement tous les thèmes définies par l'arrêté ministériel du 5 avril 2012, avec néanmoins d'importantes difficultés pour l'analyse de plusieurs critères liés au thème « Assurer l'accès de tous aux professionnels de santé libéraux », en raison de l'impossibilité d'obtenir des données fiables.

16 Promouvoir et faire respecter les droits des usagers

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

16.1.1 LE TRAITEMENT DES PLAINTES ET RECLAMATIONS

Les processus règlementaires de traitement des plaintes fonctionnent de façon globalement satisfaisante dans la région. Cependant certaines procédures sont encore peu utilisées, reflétant un manque de connaissance des dispositifs par le public.

a) Ambulatoire

Les données reçues pour le rapport 2014 sont parcellaires : elles ne concernent que le Conseil de l'Ordre des médecins. Le processus de traitement des plaintes et réclamations y est en application conformément à la réglementation : la majorité des réclamations est éteinte grâce à la conciliation, seules 13% des plaintes aboutissent en chambre régionale disciplinaire.

Il conviendrait de pouvoir analyser les motifs des plaintes ainsi que les convergences ou les décalages entre les réclamations reçues par les Conseils de l'Ordre et celles enregistrées par les associations d'usagers.

b) Sanitaire

Le nombre de plaintes et réclamations reçues par les établissements sanitaires a diminué de 2% en 2013 (3371 plaintes reçues). Les plaintes concernent en premier lieu la prise en charge des aspects médicaux (28,6%) devant les questions de vie quotidienne (22,6%).

Les CRUQPC jouent leur rôle dans le traitement des plaintes et en assurent le suivi afin d'en faire émerger des propositions d'amélioration de la qualité de la prise en charge.

Le recours à la médiation a quasiment doublé car il est parfois proposé de façon systématique aux usagers ayant une réclamation. 48% des propositions de médiation ont été effectivement réalisées en 2013 et il conviendrait d'analyser les raisons pour lesquelles celles-ci ne vont pas à leur terme.

L'Agence régionale de santé (ARS) reçoit également directement des plaintes : 33.5% des 448 plaintes reçues concernent les établissements de santé ; là aussi la prise en charge médicale constitue le premier motif.

Les difficultés de fonctionnement rencontrées par la Commission de Conciliation et d'Indemnisation dans le traitement des dossiers conduisant à des délais de traitement fort longs (14 mois en moyenne contre 9,7 mois au niveau national), et le taux élevé de conclusions négatives (70% des dossiers enregistrés), interpellent la CSDU.

c) Médicosocial

Le dispositif des personnes qualifiées mérite d'être mieux diffusé auprès des usagers et des professionnels car avec seulement 9 interventions en 2013 il reste peu connu et fort peu utilisé, alors qu'il est désormais en place dans tous les départements de la région.

Concernant les plaintes reçues à l'ARS, les données concernant le secteur des personnes âgées doivent continuer à interpellier : ce secteur fait l'objet d'un tiers des plaintes, notamment la prise en charge des résidents, le fonctionnement, et le manque d'information donné au patient ou à sa famille.

14,3% des plaintes reçues à l'ARS concernent le secteur des personnes handicapées et ont trait principalement aux demandes de place en établissement.

16.1.2 LE FONCTIONNEMENT DES INSTANCES D'EXPRESSION DES DROITS DES USAGERS

Les instances fonctionnent de façon appropriée dans les établissements de santé. Dans le domaine médico-social les Conseils à la Vie Sociale assurent leurs missions de façon plus hétérogène en essayant de s'adapter au contexte spécifique de chaque établissement.

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

Tous les établissements de la région ont installé une CRUQPC. En 2013 elles ont également toutes remis leur rapport d'activité, ce qui témoigne de l'inscription des établissements dans la démarche globale de prise en compte des usagers.

L'inscription dans le cadre réglementaire est satisfaisant puisque 95% des CRUQPC ont au moins deux représentants désignés et 53% des CRUQPC organisent les quatre réunions annuelles réglementaires, voire davantage. Toutefois, seules 48% des CRUQPC fonctionnent avec le nombre de représentants des usagers requis (deux titulaires et deux suppléants).

Les CRUQPC devraient être encouragées à émettre systématiquement des recommandations ayant trait à la qualité de la prise en charge, en effet plus d'un tiers d'entre elles n'en émettent pas.

b) Les Conseils à la Vie Sociale (CVS)

La plupart des établissements médico-sociaux ont installé leur Conseil à la Vie Sociale et cette instance est jugée utile car elle joue un véritable lien social : elle aborde de nombreux sujets liés à la vie personnelle et collective et peut déboucher sur des modifications d'organisation.

Cependant il existe des marges de progression car moins de 50% des établissements ont réuni leur CVS au moins trois fois par an et ce chiffre est en baisse constante depuis 2011.

Le fonctionnement des CVS est très disparate selon les établissements et leur action doit être renforcée : notamment par la présence et la formation des représentants des résidents, des réunions préparatoires avec les directions en amont des CVS, la diffusion de bonnes pratiques entre établissements.

16.2 Droit au respect de la dignité de la personne

16.2.1 DANS LES ETABLISSEMENTS DE SANTE

a) Promotion de la bientraitance

Dans le domaine sanitaire :

- 83,5% des établissements déclarent avoir mis en œuvre des actions de promotion de la bientraitance,
- 98% des services ayant fait l'objet d'une certification HAS ont été certifiés A ou B,
- de plus en plus d'établissements associent également les représentants des usagers à la réflexion et aux actions sur la bientraitance.

Mais ces chiffres doivent être pondérés par le fait qu'existe une très grande diversité dans les actions menées et que 19% des établissements déclarent ne pas avoir mis en place de dispositif particulier relatif à la promotion de la bientraitance.

b) Prise en charge de la douleur

Il est difficile de rendre compte de l'effectivité de la prise en charge de la douleur par un indicateur unique.

On peut néanmoins noter que dans le secteur sanitaire 84% des établissements ont été certifiés A ou B, mais les établissements de soins de suite et de réadaptation restent en difficulté pour la traçabilité du traitement de la douleur.

Les délais d'attente pour obtenir une consultation en Structure d'étude et de traitement de la douleur peuvent être particulièrement longs.

c) Fin de vie

Les résultats de certification de la HAS montrent globalement une bonne prise en compte de la fin de vie dans les pratiques professionnelles des établissements de santé, mais la vigilance doit s'exercer pour la mise en application concrète sur le terrain.

Dans le domaine des directives anticipées et de la désignation de la personne de confiance les marges de progrès sont importantes :

- l'examen des rapports des CRUQPC indique que seulement la moitié des établissements déclare avoir mis en place une procédure de recueil des directives anticipées et 55.8% dispose d'une formation pour le personnel relative à la procédure de prise en compte des directives anticipées ;
- 86.6% des établissements de santé ont mis en place une procédure visant à recueillir l'identité de la personne de confiance mais ce dispositif mériterait de faire l'objet de davantage de communication et de lisibilité car, par exemple, 30% des représentants des usagers n'en ont pas connaissance.

16.2.2 DANS LES ETABLISSEMENTS MEDICO-SOCIAUX

L'inspection des EHPAD est la priorité du programme régional inspection-audit-contrôle mais le nombre d'établissements contrôlés reste faible (21 établissements contrôlés en 2013).

Il ressort tout de même des rapports que les marges de progression concernant le thème de la bientraitance dans le secteur médicosocial sont importantes :

- de nombreux établissements ne possèdent pas de protocole spécifique lié à la maltraitance,
- seulement 21% des établissements proposent un projet de vie personnalisé à la quasi-totalité de leurs résidents,
- seulement 49% des résidents disposent d'un projet de vie personnalisé,
- 31% des EHPAD n'ont pas encore formalisé de démarche qualité.

En outre il convient de noter que les données quantitatives ne peuvent refléter à elles seules l'attention portée à la bientraitance et son effectivité au quotidien.

Droit au respect de la dignité de la personne

Le nombre de demandes d'informations médicales a progressé de 13% entre 2012 et 2013. Des indications reçues grâce aux rapports des CRUQPC et des certifications d'établissements (98% des établissements certifiées par la HAS au regard du critère de « l'accès du patient à son dossier médical » ont fait l'objet d'une cotation A ou B) il ressort que les demandes d'information médicales sont bien traitées dans la région, avec néanmoins un allongement des délais de transmission dans certains établissements.

Il serait intéressant de connaître les motifs de demande d'informations médicales et de mieux informer les usagers sur les procédures liées à ces demandes afin d'éviter un nombre important et croissant de demandes non conformes (+10%).

Comme les années précédentes, la commission attire l'attention sur les difficultés rencontrées par les établissements pour respecter le délai d'envoi des courriers de fin d'hospitalisation fixé à 8 jours : 48% des établissements ne respectent pas ce délai.

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

Les données 2013 sont encourageantes :

1. le nombre de CLIS et d'ULIS est en augmentation constante depuis 2008,
2. en 6 ans les moyens financiers alloués pour l'accompagnement des élèves handicapés ont plus que doublé,
3. le nombre d'enfants bénéficiant d'un accompagnement individuel ou mutualisé est en constante augmentation.

Cependant ces données ne permettent pas d'évaluer les délais d'attente, la pertinence de la structure pour l'élève ou encore le devenir des élèves après qu'ils aient quitté les CLIS et les ULIS.

16.4 Droit des personnes détenues

La réglementation concernant la confidentialité des dossiers médicaux est bien respectée dans les huit établissements pénitentiaires de la région et la quasi-totalité des sites est informatisée.

Dans les prochains rapports il conviendra de s'interroger sur les conditions d'accès des détenus aux actions de prévention et promotion de la santé.

16.5 Santé mentale : les commissions départementales de soins psychiatriques

La CSDU constate que toutes les CSDP sont en place dans la région et assurent leurs missions selon les prescriptions réglementaires ; cependant deux départements fonctionnent depuis deux ans avec un seul psychiatre au lieu de deux.

Les admissions en soins sur demande du représentant de l'Etat ou sur décision de justice sont stables, tandis que les admissions sur demande d'un tiers décroissent.

Les CDSP ont eu à connaître 44 réclamations. Lors de leurs visites dans les établissements les CDSP regrettent parfois un manque de disponibilité du personnel, et un manque d'information aux usagers ; mais l'existence de mauvais traitements, de conditions dégradantes ou de rétention abusive notoire n'a pas été mentionnée.

Il serait souhaitable que les CDSP incluent dans leur rapport un bilan des saisines du juge des libertés

17 Renforcer et préserver l'accès aux soins pour tous

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

Il est regrettable que pour la rédaction de ce rapport aucune donnée chiffrée de l'accessibilité financière n'ait pu être fournie à la Commission Spécialisée ; ce point qui interpelle un certain nombre de nos concitoyens mérite une analyse approfondie et objective par les instances de démocratie sanitaire.

Parmi les données à disposition il faut retenir une stabilité sur notre région de la répartition des offres de tarification entre secteur 1 et 2 pour les médecins.

Le pourcentage de personnes vivant en zone déficitaire est resté stable entre 2012 et 2013 (13 % de la population) ; cependant il faut noter l'inégale répartition de l'offre médicale : la Mayenne et la Sarthe se situent parmi les dix départements français les moins bien couverts.

De nombreuses actions sont menées depuis 2012 afin de permettre l'installation ou le maintien de professionnels de santé en zones déficientes ; il conviendra de les évaluer.

Une enquête d'opinion menée auprès des Ligériens en mai 2014 révèle que les usagers sont principalement préoccupés par deux sujets :

- l'accès aux médecins spécialistes (faible nombre, difficulté à obtenir un rendez-vous),
- l'accès aux urgences et la qualité de la prise en charge.

17.2 Assurer financièrement l'accès aux soins : les commissions d'activité libérale

Aucun progrès sur la représentation des usagers dans les commissions d'activité libérale dans les établissements publics n'a été réalisé en 2014 : seulement 50% des établissements ont intégré un représentant des usagers.

De même l'information du patient sur cette activité est à améliorer pour éviter les incompréhensions dans la prise en charge.

17.3 Assurer l'accès aux structures de prévention

L'Etat et l'Assurance Maladie ont établi des plans territoriaux visant notamment à définir les populations participant le moins au dépistage et à mener des actions correctives.

En effet, les taux de dépistage du cancer du sein (63%) et du cancer colorectal (38%) sont supérieurs aux moyennes nationales mais ils sont en baisse par rapport aux années précédentes et n'atteignent pas les objectifs des référentiels européens.

Afin d'améliorer la couverture vaccinale des enfants de 24 mois, qui n'atteint pas la cible régionale (89 % au lieu de 95%), des actions de coordination avec des structures locales, des associations, des médecins, sont mises en œuvre.

Les associations d'usagers ont toute leur place dans ces actions de renforcement de la prévention.

17.4 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 31 décembre 2014, 9 contrats locaux de santé (CLS) ont été signés : 20% de la population de la région vit désormais dans une commune signataire d'un CLS. Certains contrats sont en place depuis 2012 et il conviendra d'en faire un bilan et de vérifier l'intégration des représentants des usagers dans l'élaboration et la réalisation de ces contrats.

b) La lutte contre l'habitat indigne

Les procédures d'insalubrité au titre du code de la santé publique sont en constante augmentation dans la région (+30% par rapport à 2012) mais restent très faibles en Maine et Loire.

Dans le cadre du Plan Régional Santé Environnement (PRSE) des efforts, notamment de coordination, ont été faits pour lutter contre l'habitat indigne. Il reste à faire aboutir un état des lieux des situations d'indignité afin d'avoir une meilleure vision de la situation.

17.5 L'accueil adapté au public

Des progrès doivent encore être faits en matière d'accessibilité à tout pour tous : seulement 36,26% des établissements de santé en Pays de la Loire indiquent que l'accueil et les locaux sont adaptés aux personnes en situation de handicap.

La CSDU souligne qu'il est important d'inclure les personnes en situation de handicap et leur famille dans la dynamique générale d'accès aux soins, tout en n'excluant pas les spécificités liées à leur handicap.

18 Conforter la représentation des usagers du système de santé

18.1 Former les représentants des usagers

La formation des représentants des usagers est un élément essentiel pour leur permettre d'être confortés dans leur rôle et de mener à bien leurs missions.

Le CISS, avec le concours de l'ARS, poursuit la formation des représentants des usagers du secteur sanitaire : 17 sessions de formation rassemblant 191 participants ont été organisées en 2013. L'évaluation des formations par les participants est très positive (96% de personnes satisfaites).

La démarche de formation engagée depuis plusieurs années permet de consolider la formation des représentants et d'aborder des thématiques plus ciblées : certification et indicateurs de qualité en 2015, etc.

Les formations à l'intention des membres des CVS, organisées par le CREA et l'URIOPS, ont démarré en 2014 sur un financement « démocratie sanitaire ».

Elles ont permis la formation de 65 représentants des usagers et des familles représentant 26 CVS d'établissements pour personnes en situation de handicap, et 65 représentants des usagers et des familles représentant 31 CVS d'établissements pour personnes âgées. Ces formations ont été jugées très utiles par les participants, mais les publics étaient très hétérogènes et leur implication parfois difficile.

Les formations sont récentes et leur impact sur le fonctionnement des CVS devra être étudié. D'ors et déjà il convient de noter que ces formations ont permis aux membres de mieux comprendre les rôles et le fonctionnement des CVS mais la participation de certains résidents est malaisée et il convient d'adapter les formations, tout comme le fonctionnement des CVS, au plus près des besoins et intérêts des usagers.

18.2 Faire participer et informer les représentants des usagers

Conforter la représentation des usagers passe notamment par leur participation aux différentes rencontres ou colloques ayant trait à notre système de santé. De façon non exhaustive on peut mentionner :

- la journée du 31 mars 2015 organisée par la CRSA et l'ARS sur les droits des usagers, elle a connu un grand succès : 280 personnes présentes. Elle a permis des débats constructifs entre représentants des usagers et professionnels ainsi que des échanges de pratiques ;
- l'invitation des représentants des usagers aux rencontres ou colloques organisés par l'ARS, les URPS, les fédérations hospitalières, avec des demandes d'intervention ;
- l'organisation par le CISS Pays de la Loire des 5èmes assises annuelles dont le thème était « Le patient acteur dans le parcours de soins coordonnées : accompagnement et autonomie », en novembre 2014.

19 Renforcer la démocratie sanitaire

Le taux de participation des représentants des usagers reste supérieur à 85% dans les différentes instances de la CRSA, sauf pour la commission spécialisée « Organisation des soins ».

La participation des représentants des usagers reste la meilleure en terme de collègue.

Pour les conférences de territoire, sauf en Loire Atlantique, la baisse de présence des représentants des usagers aux différentes réunions se poursuit (-6% par rapport à 2012). L'évolution de cette instance dans les mois à venir doit être l'occasion, dès maintenant, de mener une réflexion sur le mode de désignation de ses membres en particulier des représentants des usagers.

20 Les recommandations 2014

Ce rapport 2014 relatif aux droits des usagers du système de santé propose un certain nombre d'actions qui pourraient être menées en faveur des populations ligériennes afin d'améliorer le respect et la mise en œuvre de leurs droits d'usagers du système de santé.

Ces propositions sont très souvent partie intégrante d'objectifs du plan régional de santé et il conviendra donc de les suivre dans ce cadre.

Les recommandations ci-dessous concernent plus particulièrement des actions ciblées à mener de préférence en 2015, par l'ARS en liaison avec la CRSA.

20.1 Recommandations

RECOMMANDATION N° 1

Plaintes et réclamations

- Il conviendrait de rendre plus lisible pour le grand public les dispositifs existants de traitement des plaintes et réclamations par une communication ciblée et adaptée (site internet, plaquettes...).
- La saisine des personnes qualifiées dans le secteur médico-social est très peu utilisée, il apparaît nécessaire d'en évaluer le dispositif en y associant les personnes désignées pour cette mission.

RECOMMANDATION N° 2

Commission des relations des usagers et de la qualité de la prise en charge (CRUQPC)

- Les CRUQPC doivent mieux s'approprier le domaine de la qualité de la prise en charge des patients (examen des indicateurs, propositions d'actions...).
- La mise en place d'un groupe de travail entre l'ARS, les fédérations hospitalières et les représentants des usagers sur ce sujet est à faire aboutir.
- Une enquête auprès des représentants des usagers sur le fonctionnement des CRUQPC serait à mener en 2015 afin de corroborer leurs expériences et ressentis avec les données issues des rapports des établissements de santé.

RECOMMANDATION N° 3

Conseils à la vie sociale

- L'ARS devrait accentuer les actions visant à un fonctionnement adéquat des CVS, en rappelant aux établissements le nécessaire respect de la réglementation, en diffusant les bonnes pratiques de certains organismes ou établissements.
- La CSDU souhaite que soit expérimentée la désignation, au sein des CVS des EHPAD volontaires, d'un représentant des usagers issu d'une association agréée ou d'un CODERPA, à l'instar de l'initiative prise par la CRSA et l'ARS du Nord Pas de Calais.

RECOMMANDATION N° 4

Personnes âgées

Un certain nombre d'éléments contenus dans ce rapport montre la nécessité d'être attentif à la prise en charge des personnes âgées, ainsi :

- une analyse approfondie des plaintes et réclamations reçues à l'ARS et dans les conseils départementaux serait à effectuer pour comprendre le nombre élevé de requêtes des résidents et de leur famille,
- la mise en place des projets de vie personnalisés ainsi que leur mise à jour pour les résidents des EHPAD doivent être une démarche prioritaire à valider dans les conventions tripartites,
- une projection du nombre de lits nécessaires dans les EHPAD dans les années à venir semble indispensable compte tenu du vieillissement inéluctable de la population.

RECOMMANDATION N° 5

Commissions départementales des soins psychiatriques(CDSP)

- L'organisation d'une réunion régionale des membres des Commissions départementales des soins psychiatriques, et si possible des juges des libertés et de la détention (JLD), à l'initiative de l'ARS, permettrait une mise en commun des expériences et constats individuels afin de réaliser une évaluation synthétique des deux procédures de recours (CDSP et JLD).

RECOMMANDATION N° 6

Formation des représentants des usagers et à l'animation du réseau

- Un bilan global du processus de formation engagé depuis plusieurs années devrait être réalisé avec l'ensemble des acteurs concernés (formateurs, financeurs, établissements, CSDU).
- En ce qui concerne les formations à destination des représentants des résidents en CVS : il conviendrait de faire une analyse de leurs apports et en particulier de leur impact sur le fonctionnement des CVS.
- Une nouvelle rencontre des représentants des usagers serait à prévoir fin 2016.
- En liaison avec la Commission spécialisée il serait souhaitable que l'ARS relance une lettre d'information à destination des représentants des usagers.

RECOMMANDATION N° 7

Réalisation du rapport 2015

- Le recueil des données nécessaires à l'élaboration de ce rapport s'avère pour certaines parties difficiles, il conviendra d'améliorer ce recueil en anticipant et en utilisant beaucoup mieux les données disponibles à l'ARS.
- L'appui technique fourni à la commission pour l'aide à l'analyse et à la rédaction du rapport mériterait d'être maintenu.

20.2 Recommandations 2013 restant à mettre en œuvre

RECOMMANDATION N° 8

Accès aux informations médicales

- L'analyse des causes de la dégradation dans certains établissements de santé des délais de transmission des dossiers médicaux aux patients est à effectuer en liaison avec les établissements concernés.
- Une action concrète est à mener par l'ARS pour faire respecter le délai de 8 jours d'envoi du compte-rendu d'hospitalisation par les établissements de santé.

RECOMMANDATION N° 9

Accès aux soins pour tous

- La mise à sa disposition des données sur l'accessibilité financière aux soins aux instances de démocratie sanitaire est une évidence pour leur permettre de jouer leur rôle ; le constat est que la transmission de ces données est très difficile voire impossible Il conviendrait de lever les freins à cette mise à disposition de données.
- La réalisation d'un document d'analyse grand public sur ce thème (comme cela a été fait en Bretagne par l'ARS et la CPAM dans une plaquette intitulée « Les dépassements d'honoraires en Bretagne) montrerait la volonté de transparence des acteurs concernés.

RECOMMANDATION N° 10

Commissions d'activité libérale des établissements publics de santé

- Toutes les commissions d'activité libérale de la région doivent intégrer un représentant des usagers.
- Une réflexion sur l'amélioration de l'information à donner aux patients sur le fonctionnement de l'activité libérale dans les établissements publics est à mener.

20.3 Pistes de travail relatives à la rédaction du prochain rapport

PISTE N° 1

Plaintes et réclamations

- Recueillir auprès de tous les Ordres les données sur les plaintes et leurs motifs.
- Analyser les motifs des plaintes (grâce à l'amélioration du recueil des plaintes et doléances à partir de 2013), notamment pour analyser le rôle joué par la conciliation. Les corroborer avec les plaintes reçues par les associations d'usagers.
- Réunir les différentes instances recevant des plaintes et réclamations afin d'échanger sur leurs modes de traitement des plaintes et de faciliter la connaissance mutuelle des acteurs et la circulation de l'information.

PISTE N° 2

Droit des patients en fin de vie

- Analyser les conclusions du rapport de l'étude 2015 sur les conditions de l'application de la loi Léonetti en Pays de la Loire, notamment concernant le recueil des directives anticipées.

PISTE N° 3

Personnes détenues

- Prévoir des rencontres avec des responsables des UCSA afin d'obtenir des informations qualitatives, notamment sur l'accès des détenus aux actions de prévention et promotion de la santé.

PISTE N° 4

Prévention

- Affiner l'analyse des données relatives à l'accès aux structures de prévention.
- Assurer le suivi des données concernant la prévention de la santé bucco-dentaire en milieu scolaire.

PISTE N° 5

Fonctionnement de la commission de conciliation et d'indemnisation

- Organiser une rencontre avec la présidente de la CCI pour une meilleure compréhension et analyse des données.

PISTE N° 6

Promouvoir et faire respecter les droits des usagers

- Analyser la prise en compte dans la formation initiale et continue des professionnels de santé, du respect des droits des usagers.

Annexe 1

Composition de la commission spécialisée droits des usagers de la CRSA selon arrêté ARS/PDL/DG/DRUP/2014/0092

Collège 1 : Représentants des collectivités territoriales

- Titulaire : M. Gérard DELAUNAY, vice-président du conseil général de Maine-et-Loire
Suppléant : *En attente de désignation*

Collège 2 : Représentants des Usagers de services de santé ou médico-sociaux

a) Deux représentants des associations agréées

- Titulaire : M. Gérard ALLARD, coordinateur régional santé, UFC que choisir
Suppléant : Mme Rolande DOUCET, représentante de la confédération syndicale des familles
- Titulaire : M. François LEGENTILHOMME, représentant de l'URAF des Pays de la Loire
Suppléant : Mme Odile GOMBAULT, vice-présidente de l'URAF des Pays de la Loire

b) Deux représentants des associations de retraités et personnes âgées

- Titulaire : M. René PAVAGEAU, représentant du CODERPA de Loire-Atlantique
Suppléant : Mme Guillemette ARTAUD, représentante du CODERPA de Loire-Atlantique
- Titulaire : M. Roger RAUD, représentant du CODERPA du Maine et Loire
Suppléant : *En attente de désignation*

c) Deux représentants des associations des personnes handicapées

- Titulaire : Mme Denyse LE BERRE, représentante départementale de l'association des paralysés de France - APF
Suppléant : Mme Isabelle FRAPPIER, représentante de l'association des familles de traumatisés crâniens et cérébrolésés de Vendée - AFTC
- Titulaire : M. Luc GATEAU, président de l'URAPEI Pays de la Loire
Suppléant : M. Jean-Pierre MALLET, président de l'ADAPEI Mayenne

Collège 3 : Représentants des conférences de territoire

- Titulaire : Pr Jacques DUBIN, représentant la conférence de territoire de Maine et Loire
- Suppléant : Mme Catherine LEGENDRE, représentante de la conférence de territoire de Maine et Loire

Collège 4 : Partenaires sociaux

- Titulaire : M. Michel HAARDT, représentant CFE-CGC
- Suppléant : Mme Martine BARRAULT, représentante CFE-CGC

Collège 5 : Acteurs de la cohésion et de la protection sociales

- Titulaire : Mme Sylvie CHAPELAIS, déléguée régionale de Médecins du monde
- Suppléant : M. Claude PERRINELLE, président de la délégation départementale de la Sarthe de la Croix-Rouge Française

Collège 6 : Acteurs de la prévention et de l'éducation pour la santé

- Titulaire : Dr Patrick LE VAILLANT, représentant de l'IREPS Pays de la Loire
- Suppléant : Dr Yunsan MEAS, président du Comité régional olympique et sportif

Collège 7 : Offreurs des services de santé

- Titulaire : Dr Dominique BRACHET, président de l'URPS chirurgiens-dentistes libéraux Pays de la Loire
- Suppléant : Mme Soazic LEMERCIER, chargée de mission, Fédération nationale des associations d'accueil et de réinsertion sociale Pays de la Loire

Composition du groupe de travail pour la rédaction du rapport Droits des Usagers 2014

- M. Gérard ALLARD, Président de la commission spécialisée droits des usagers
- Mme Rolande DOUCET, représentante de la commission spécialisée droits des usagers
- Pr. Jacques DUBIN, représentant de la commission spécialisée droits des usagers
- Mme Isabelle FRAPPIER, représentante de la commission spécialisée droits des usagers
- M. Luc GATEAU, représentant de la commission spécialisée droits des usagers
- Mme Odile GOMBAULT, représentante de la commission spécialisée droits des usagers
- Mme Denyse LE BERRE, représentante de la commission spécialisée droits des usagers
- M. François LEGENTILHOMME, représentant de la commission spécialisée droits des usagers
- Mme Catherine LEGENDRE, représentante de la commission spécialisée droits des usagers
- M. Benjamin LAPOSTOLLE représentant de la commission spécialisée droits des usagers
- M. Roger RAUD, représentant de la commission spécialisée droits des usagers
- M. Alain GAUDU, représentant de la commission spécialisée droits des usagers
- M. Michel HAARDT, représentant de la commission spécialisée droits des usagers
- Mme Sylvie CHAPELAIS, représentante de la commission spécialisée droits des usagers
- Dr Yunsan MEAS, représentant de la commission spécialisée droits des usagers
- Dr Dominique BRACHET, représentant de la commission spécialisée droits des usagers
- Mme Françoise ANTONINI, représentante de la commission spécialisée prévention
- M. Thomas HERAULT, représentant de la commission spécialisée organisation des soins
- M. André HERVOUET, représentant de la commission spécialisée prévention
- M. Pierre GIRAUD, représentant de la commission spécialisée organisation des soins
- Mme Cécile ARETIN, représentante de la FHAP Pays de la Loire

Décrets, arrêtés, circulaires

TEXTES GÉNÉRAUX

MINISTÈRE DU TRAVAIL, DE L'EMPLOI ET DE LA SANTÉ

Arrêté du 5 avril 2012 portant cahier des charges relatif à l'élaboration du rapport de la conférence régionale de la santé et de l'autonomie sur les droits des usagers du système de santé mentionné à l'article D. 1432-42 du code de la santé publique

NOR : ETSP1220103A

Le ministre du travail, de l'emploi et de la santé et la ministre des solidarités et de la cohésion sociale,

Vu le code de la santé publique, notamment ses articles L. 1432-4 et D. 1432-42 ;

Vu l'avis de la Conférence nationale de santé du 7 février 2012,

Arrêtent :

Art. 1^{er}. – Le rapport spécifique de la conférence régionale de la santé et de l'autonomie prévu à l'article D. 1432-42 du code de la santé publique est élaboré en fonction des orientations et objectifs suivants :

Promouvoir et faire respecter les droits des usagers

1. Former les professionnels de la santé sur le respect des droits des usagers.
2. Rendre effectif le processus d'évaluation du respect des droits des usagers.
3. Droit au respect de la dignité de la personne. – Promouvoir la bientraitance.
4. Droit au respect de la dignité de la personne. – Prendre en charge la douleur.
5. Droit au respect de la dignité de la personne. – Encourager les usagers à rédiger des directives anticipées relatives aux conditions de leur fin de vie.
6. Droit à l'information. – Permettre l'accès au dossier médical.
7. Assurer la scolarisation des enfants handicapés en milieu ordinaire ou adapté.
8. Droits des personnes détenues. – Assurer la confidentialité des données médicales et l'accès des personnes à leur dossier médical.
9. Santé mentale. – Veiller au bon fonctionnement des commissions départementales de soins psychiatriques.

Renforcer et préserver l'accès à la santé pour tous

10. Assurer l'accès aux professionnels de santé libéraux.
11. Assurer financièrement l'accès aux soins.
12. Assurer l'accès aux structures de prévention.
13. Réduire des inégalités d'accès à la prévention, aux soins et à la prise en charge médico-sociale sur tous les territoires.

Conforter la représentation des usagers du système de santé

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

Renforcer la démocratie sanitaire

15. Garantir la participation des représentants des usagers et des autres acteurs du système de santé dans les conférences régionales de la santé et de l'autonomie et les conférences de territoire.

Art. 2. – Ce rapport est établi sur la base des données mentionnées dans le tableau annexé et disponibles en région ; ces données sont collectées et consolidées par l'agence régionale de santé, la conférence régionale de la santé et de l'autonomie étant chargée de leur analyse.

Art. 3. – Le rapport doit assurer le suivi des recommandations des années précédentes. Il peut contenir des analyses et recommandations adaptées aux spécificités de la région.

Art. 4. – Le rapport, portant sur les données de l'année précédente, est transmis au directeur général de l'agence régionale de santé et à la Conférence nationale de santé au plus tard au 31 décembre de l'année en cours.

Art. 5. – La secrétaire générale des ministères chargés des affaires sociales, le directeur général de la santé, le directeur général de l'offre de soins, la directrice générale de la cohésion sociale et le directeur de la sécurité sociale sont chargés, chacun en ce qui le concerne, de l'exécution du présent arrêté, qui sera publié au *Journal officiel* de la République française.

Fait le 5 avril 2012.

*Le ministre du travail,
de l'emploi et de la santé,*

Pour le ministre et par délégation :

*La secrétaire générale
chargée des affaires sociales,
E. WARGON*

*Le directeur général
de l'offre de soins,
F.-X. SELLERET*

*Le directeur général
de la santé,
J.-Y. GRALL*

*Le directeur
de la sécurité sociale,
T. FATOME*

*La ministre des solidarités
et de la cohésion sociale,*

Pour la ministre et par délégation :

*La directrice générale
de la cohésion sociale,
S. FOURCADE*

*La secrétaire générale
chargée des affaires sociales,
E. WARGON*

ANNEXE

CAHIER DES CHARGES DU RAPPORT SUR LES DROITS DES USAGERS DU SYSTÈME DE SANTÉ

Validé par le CNP le 23 mars 2012 (visa CNP 2012-86).

ORIENTATIONS	OBJECTIFS	SECTEUR	INDICATEURS/DONNÉES à recueillir	SOURCES d'information existantes
Promouvoir et faire respecter les droits des usagers				
	1. Former les professionnels de la santé sur le respect des droits des usagers (personnels médicaux, paramédicaux, sociaux et administratifs)	Ambulatoire	Thèmes de formations suivis par les professionnels (douleur, fin de vie, fonctionnement des CRUQPC et des CVS, etc.) Couverture des formations : - par professions de santé ; - par couverture géographique Nombre de formations proposées et réalisées Nombre de personnes formées	Formations par les URPS via le dispositif de formation continue (DFC) Projets labellisés par les ARS sur les droits des usagers
		Sanitaire		

ORIENTATIONS	OBJECTIFS	SECTEUR	INDICATEURS/DONNÉES à recueillir	SOURCES d'information existantes
		Médico-social		<p>Pour les personnels hospitaliers et libéraux : voir ci-dessus</p> <p>Pour les personnels relevant des ESMS autorisés par les seules ARS ou conjointement avec les conseils généraux :</p> <ul style="list-style-type: none"> - résultats de l'évaluation interne des ESMS (tous les cinq ans) ; - formations assurées par les fédérations d'établissements et de services médico-sociaux ; - formations assurées par des associations de professionnels exerçant dans les établissements et services médico-sociaux (exemple : médecins coordonnateurs, professionnels des SSIAD) ; - formations financées par des organismes paritaires collecteurs agréés
	2. Rendre effectif le processus d'évaluation du respect des droits des usagers	Ambulatoire	<p>Existence d'un processus de traitement des réclamations et des plaintes permettant d'identifier leur nombre et leur évaluation</p> <p>Taux de réponse apportée aux réclamations et plaintes</p>	Conseils des ordres des professionnels de santé - URPS
Sanitaire		<p>Fonctionnement effectif des commissions des relations avec les usagers et de la qualité de la prise en charge (CRUQPC) :</p> <ul style="list-style-type: none"> - proportion d'établissements disposant d'une CRUQPC ; - proportion des rapports des CRUQPC transmis à l'ARS et à la CRSA ; - nombre de réunions par an (médiane des nombres de réunions par établissement) ; - composition et qualité des membres de la CRUQPC ; - existence ou non de formations pour les membres (proportion d'établissements disposant d'une CRUQPC pour lesquels il existe une formation pour les membres) ; <p>Proportion d'établissements ayant une cotation A, B, C, etc. dans les rapports de certification HAS</p>	<p>Rapports CRUQPC des établissements de santé</p> <p>Enquête SAPHORA</p> <p>Rapports de certification HAS :</p> <ul style="list-style-type: none"> - pratiques exigées prioritaires (tous les quatre ans) ; - extractions régionales <p>Répertoire opérationnel des ressources en matière d'urgence (base de données)</p>	
Médico-social		<p>Fonctionnement effectif des conseils de vie sociale (CVS) :</p> <ul style="list-style-type: none"> - proportion d'établissements disposant d'un CVS ; - proportion des rapports des CVS transmis à l'ARS et à la CRSA ; - nombre de réunions par an (médiane des nombres de réunions par établissement) ; - composition et qualité des membres des CVS ; - proportion d'établissements disposant de formations pour les membres des CVS ; - nombre de personnalités qualifiées désignées et nombre d'interventions réalisées 	<p>Résultats du questionnaire ANESM sur la bientraitance des personnes âgées dans les EHPAD (avec alternance sur le champ personnes handicapées d'une année sur l'autre à partir de 2012)</p> <p>Résultats de l'évaluation interne des établissements et services médico-sociaux (tous les cinq ans)</p> <p>Rapports des CVS ARS</p>	
	3. Droit au respect de la dignité de la personne. - Promouvoir la bientraitance	Ambulatoire	<p>Nombre de plaintes et réclamations déposées pour maltraitance</p> <p>Taux de réponse apportée aux réclamations et plaintes</p>	Conseils des ordres des professionnels de santé

ORIENTATIONS	OBJECTIFS	SECTEUR	INDICATEURS/DONNÉES à recueillir	SOURCES d'information existantes
		Sanitaire	Proportion d'établissements où un dispositif ou des procédures de promotion de la bientraitance existent Proportion d'établissements ayant une cotation A, B, C, etc. dans les rapports de certification HAS (référence 10 de la v2010)	Rapports des CRUQPC Rapport de certification HAS - référence 10A Orientations stratégiques des établissements de santé
		Médico-social	Proportion d'établissements où un dispositif ou des procédures de promotion de la bientraitance existent	Enquête annuelle sur la bientraitance de l'ANESM pour les EHPAD : http://www.anesm.sante.gouv.fr/IMG/pdf/Bientraitance00-2_Vdelpdf.pdf Inspection-contrôle ou médiation des ARS Projets d'établissement et de service des établissements et services médico-sociaux Contrats pluriannuels d'objectifs et de moyens/convention tripartite des établissements et services médico-sociaux Mobiqual Evaluation interne Outil « Angélique »
	4. Droit au respect de la dignité de la personne. - Prendre en charge la douleur	Ambulatoire	Nombre de formations à la prise en charge de la douleur (cf point 1)	Formations par les URPS via le dispositif de formation continue (DPC) Projets labellisés par les ARS sur les droits des usagers
		Sanitaire	Taux d'établissements où une structure d'étude et de traitement de la douleur chronique (SDC) existe Taux de satisfaction des usagers (questionnaire SAPHORA) Nombre d'établissements ayant une cotation A, B, C, etc. dans les rapports de certification HAS (critère 12a V2010)	Rapport de certification HAS Questionnaire de satisfaction des usagers (SAPHORA) Rapports des comités de lutte contre la douleur (CLUD) Rapports des CRUQPC
		Médico-social	Pourcentage de conventions ayant un axe « douleur » dans la région parmi les conventions signées entre établissements et services médico-sociaux et établissements de santé	Rapports d'évaluation interne des ESMS Projet d'établissement ou de service Conventions conclues avec les établissements de santé
	5. Droit au respect de la dignité de la personne. - Encourager les usagers à rédiger des directives anticipées relatives aux conditions de leur fin de vie	Ambulatoire	Nombre de formations à la fin de vie (cf point 1)	Formations par les URPS via le dispositif de formation continue (DPC) Projets labellisés par les ARS sur les droits des usagers
		Sanitaire	Proportion d'établissements ayant organisé une information sur les directives anticipées Proportion d'établissements où un dispositif de recueil des directives anticipées existe	Rapports de certification de la HAS - référence 38 Rapports des CRUQPC Autoévaluation des établissements de santé Livret d'accueil des établissements
		Médico-social	Proportion d'établissements et services médico-sociaux prenant en compte cette dimension dans leur projet d'établissement Pour les établissements et services médico-sociaux ayant intégré cette dimension, pourcentage de résidents ayant rédigé des directives anticipées/ nombre total de résidents	Projet d'établissement et de service Livret d'accueil des établissements et services médico-sociaux Rapports des CVS Contrat de séjour

ORIENTATIONS	OBJECTIFS	SECTEUR	INDICATEURS/DONNÉES à recueillir	SOURCES d'information existantes
	6. Droit à l'information. – Permettre l'accès au dossier médical	Ambulatoire	Nombre de plaintes et réclamations relatives à l'accès au dossier médical Taux de réponse apportée aux réclamations et plaintes	Projet médical des maisons, pôles et centres Ordres professionnels ARS
		Sanitaire	Nombre de plaintes et réclamations relatives à l'accès au dossier médical Nombre d'établissements ayant une cotation A, B, C, etc. dans les rapports de certification HAS (référence 14 de la V2010)	Rapport de certification HAS – critère 14b – PEP Rapports des CRUQPC Questionnaire SAPHORA
		Médico-social	Nombre de plaintes et réclamations relatives à l'accès au dossier médical	ARS Remontées d'informations issues des personnes qualifiées
	7. Assurer la scolarisation des enfants handicapés en milieu ordinaire ou adapté.		Taux de couverture des besoins des enfants handicapés; nombre de prises en charge/nombre de demandes de scolarisation	Pour les demandes de scolarisation: maisons départementales des personnes handicapées (rapports d'activités) Pour les prises en charge (liste des enfants inscrits): – en milieu ordinaire: services de l'éducation nationale (rectorat ou académie); – en milieu adapté: maisons départementales des personnes handicapées
	8. Droits des personnes détenues. – Assurer la confidentialité des données médicales et l'accès des personnes à leur dossier médical		Proportion de dossiers médicaux à la seule disposition des personnels soignants (dans des armoires fermées à clef)	Etablissements de santé Etablissements pénitentiaires
	9. Santé mentale. – Veiller au bon fonctionnement des commissions départementales de soins psychiatriques (CDSP)		Proportion de commissions départementales de soins psychiatriques existantes Proportion de rapports transmis à l'ARS	ARS Rapport annuel des CDSP
Renforcer et préserver l'accès à la santé pour tous				
	10. Assurer l'accès aux professionnels de santé libéraux		Pourcentage d'offre en tarifs opposables par spécialité (secteur 1 + secteur 2) et par territoire de santé 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 Taux de satisfaction des usagers de la permanence des soins	CPAM - Ameli-direct.fr Projet régional de santé - schéma d'organisation des soins Contrat pluriannuel d'objectifs et de moyens des ARS
	11. Assurer financièrement l'accès aux soins.		Nombre de plaintes et de réclamations pour refus de soins pour les personnes en CMU et AME	CPAM Conseils des ordres des professionnels santé
	12. Assurer l'accès aux structures de prévention		Taux de participation au dépistage organisé du cancer colorectal chez les 50 à 74 ans Taux de participation au dépistage organisé du cancer du sein pour les femmes de 50 à 74 ans Taux de couverture vaccinale des enfants de 24 mois contre la rougeole, les oreillons et la rubéole Prévalence de l'obésité et du surpoids parmi les enfants en grande section de maternelle	Contrat pluriannuel d'objectifs et de moyens des ARS

ORIENTATIONS	OBJECTIFS	SECTEUR	INDICATEURS/DONNÉES à recueillir	SOURCES d'information existantes
	13. Réduire des inégalités d'accès à la prévention, aux soins et à la prise en charge médico-sociale sur tous les territoires		<p>Nombre de contrats locaux de santé signés au titre l'art. L. 1434-17 du code de la santé publique sur des territoires prioritaires urbains (CUCS, ZEP) ou ruraux (isolés)</p> <p>Écarts intrarégionaux d'équipements en établissements et services médico-sociaux mesurés à partir de la dépense d'assurance maladie rapportée à la population cible (personnes handicapées de 0 à 59 ans et personnes âgées de 75 ans et plus)</p> <p>Nombre de logements ayant fait l'objet d'une évaluation sanitaire ayant conduit à une procédure d'insalubrité au titre du code de la santé publique</p>	Contrat pluriannuel d'objectifs et de moyens des ARS
Conforter la représentation des usagers				
	14. Former les représentants des usagers siégeant dans les instances du système de santé		<p>Typologies de formations organisées pour les représentants des usagers (par rapport au cahier des charges proposé en janvier 2011)</p> <p>Nombre de formations réalisées</p> <p>Nombre de personnes formées/nombre de représentants issus d'associations agréées en santé (art. L. 1114-1 du code de la santé publique)</p> <p>Dispositif d'information sur ces formations</p>	ARS Collectifs interassociatif sur la santé (CISS) national et régionaux Autres organismes de formation
Renforcer la démocratie sanitaire				
	15. Garantir la participation des représentants des usagers et des autres acteurs du système de santé dans les CRSA et les conférences de territoire		<p>Taux de participation globale et par collège des membres des CRSA et conférences de territoire</p> <p>Taux de participation des représentants des usagers dans les CRSA et les conférences de territoire</p>	ARS : rapport annuel de performance/indicateur du programme 204

Annexe 4

LABELS « droits des usagers du système de santé » 2014

réf	Intitulé	Porteur	Objectifs	Résumé
1	Carte Fin de vie	Service diocésain de la pastorale santé Nantes	<ul style="list-style-type: none"> Regrouper sur un même document que la personne garde toujours sur elle des informations utiles pour une prise en charge de sa fin de vie 	<p>La difficulté exprimée par les patients de parler de leur mort avec leurs proches et les soignants, la méconnaissance des volontés de la personne pour sa fin de vie par les proches et les soignants lorsque celui-ci n'est plus en état de s'exprimer ainsi que la méconnaissance des dispositions de la loi Léonetti sont à l'origine de cette action.</p> <p>La carte fin de vie (annexe 1) de la dimension d'une carte d'identité, regroupe les informations suivantes : médecin traitant, personne de confiance, directives anticipées, souhaits dans le domaine de l'accompagnement spirituel ou religieux, souhaits particuliers, question du don d'organes.</p> <p>Le projet initié en 2013 a été mis en œuvre en 2014, à ce jour la diffusion reste limitée par le réseau des bénévoles dans les hôpitaux, les EHPAD... dans l'attente d'une diffusion plus large.</p> <p>La démarche souhaite que cette action facilite certaines prises en charge, le dialogue entre les patients, famille et professionnels et la fin de vie et surtout le respect des désirs du patient dans une prise en charge globale.</p> <p>L'évaluation de la carte se démontre sous la forme de témoignages d'intervenants.</p>
3	Le bilan de santé pour tous	ESAT Uijt'85	<ul style="list-style-type: none"> Favoriser l'accès au droit commun en proposant le bilan de santé de la sécurité sociale à tous les usagers de l'ESAT Uijt'85 Permettre aux usagers les plus isolés d'accéder aux soins Prévenir et déceler d'éventuelles pathologies Assurer un rôle préventif (surcharge pondérale, soins bucco-dentaires) 	<p>La démarche a été mise en place dans le but d'informer les usagers de l'ESAT de la possibilité de bénéficier d'un bilan de santé avec une prise en considération de la globalité d'une personne, la considération de leur corps, de favoriser l'insertion professionnelle en permettant aux personnes un état de santé satisfaisant pour un bien-être.</p> <p>Le dispositif se décline en 3 étapes :</p> <ul style="list-style-type: none"> Présentation pour faciliter l'appropriation et la compréhension des informations auprès des usagers par la psychologue du centre d'examen de santé et la chargée d'action sociale de l'ESAT afin de rassurer, réexpliquer et procéder à l'inscription pour le bilan Aide pour le remplissage du questionnaire Accompagnement par la chargée d'action sociale de l'ESAT au bilan (3h) Présenté en CVS, la prévention santé est indiquée dans le nouveau livret d'accueil, le bilan est un outil abordé lors de l'admission. <p>La démarche est inscrite dans le projet d'établissement et l'évaluation post bilan a mis en exergue les besoins en termes de soins dentaires et d'hygiène corporelle, des actions liées à l'incage de soi avec l'intervention d'une socio-esthéticienne ou encore sur une sensibilisation à l'équilibre alimentaire ou encore l'aménagement d'un espace photo pour travailler l'image de soi ont été organisés.</p>
5	Droit à l'autonomie, jardin thérapeutique et d'agrément	Centre de soins de suite et de réadaptation Le Bodo Pont-Château	<ul style="list-style-type: none"> Renforcer le droit à l'autonomie et contribuer à l'amélioration de la qualité de vie en établissement de soins 	<p>La maladie et l'hospitalisation entraînent pour les patients des perturbations sur le plan physique, psychologique et social et vivent une perte de leurs repères. Le jardin thérapeutique peut être un outil complémentaire et innovant, pour le mieux être des patients et leur prise en charge pluridisciplinaire.</p> <p>La finalité du projet se décline en plusieurs points :</p> <ul style="list-style-type: none"> Sauvegarder les acquis : dans ce cadre l'objectif est de faire découvrir à chacun ses potentialités, de les utiliser, de les développer, de les adapter puis de les conserver. Favoriser l'indépendance et l'autonomie Accéder à la créativité en considérant les facultés émotionnelles, expressives et communicatives des patients. Permettre une vie sociale au sein de l'établissement <p>L'équipe pluridisciplinaire : l'animateur socio-culturel, les kinésithérapeutes, l'ergothérapeute, les employés de jardin, et le service technique de l'établissement se sont concertés sur le projet. Le projet a nécessité une recherche dans la littérature, sur internet, un investissement de l'équipe dans l'élaboration du projet, une enquête auprès des patients et les visiteurs, une sollicitation des représentants des usagers de la</p>



		<p>ARCF 53 membre de la FNAPAEF (Fédération Nationale des Associations de Personnes Agées Et de leur Familles)</p>	<p>• L'objectif est de mettre à profil le Conseil à la Vie Sociale dit CVS pour en faire un lieu de vie capable de collecter la parole, même non verbale, des personnes touchées par la maladie d'Alzheimer puis de faire vivre comme un lieu d'échange et de coopération entre les malades, les proches et les professionnels concernés.</p>	<p>GRUOPC et du conseil d'administration pour émettre leur avis et un investissement des patients dans la réalisation du jardin.</p> <p>Depuis son inauguration en juin 2014, les patients, les familles, les visiteurs et les professionnels ont bien investis cet espace et un blog a été créé pour relater de l'évolution du jardin lejardindebodo.unblog.fr</p> <p>Les kinésithérapeutes utilisent les agrès pour la rééducation, le jardin est devenu un but de promenade, de rencontres et d'échanges, un lieu de repos et de convivialité.</p> <p>Cette action de formation a été initiée par la FNAPAEF et la Fondation Médéric Alzheimer pour un conseil à la vie sociale adapté aux publics, aux proches et aux professionnels concernés par la maladie d'Alzheimer et maladies apparentées.</p> <p>Cette formation tente d'intégrer les spécificités de son environnement et les personnes touchées par la maladie sont bien présentes. Il est proposé des outils spécifiques tels qu'un formulaire d'observation afin d'entendre ce qu'une personne nous dit à travers ses expressions non-verbales.</p> <p>Le dispositif vise à :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Faire remonter l'information des collectifs, résidents, proches et professionnels - Professionnaliser les aidants à la collecte des informations - Partager l'information entre tous les acteurs, professionnels, proches et résidents. - Faire émerger les points d'évolution des textes concernant cette population - Se sentir autorisé à utiliser l'outil CVS dans un espace de créativité - Passer de la frontalité et de la méfiance à une complicité constructive. <p>Les acteurs de cette démarche sont la FNAPAEF et la Fondation Médéric Alzheimer mais aussi un groupe d'experts (de la communication non verbale...) et de personnes directement concernées par la maladie d'Alzheimer et leurs proches ainsi que des professionnels (directeur et soignant...) et psychologues et autres compétents.</p> <p>L'évaluation de la session de formation effectuée à l'ère expérimental est positive comme en témoigne les verbatim des participants qui ont pris conscience de l'importance du CVS, des missions. La formation s'est révélée encourageante, stimulante, pour créer un climat favorable à l'échange et à la coopération. Elle a permis aux participants de prendre conscience de l'importance de la communication non-verbale et d'affirmer le CVS comme un espace pouvant avoir un impact sur le fonctionnement d'un établissement et son environnement.</p> <p>La formation est une démarche positive pour construire une relation de coopération entre les résidents, les familles et les professionnels.</p>
<p>9</p> <p>Le CVS, un lieu de vie pour les personnes touchées par Alzheimer</p>				
<p>10</p> <p>La résidence « les plaines » en un clic !</p>		<p>RESIDENCE LES PLAINES Trelazé</p>	<p>• Le livret d'accueil ne correspond plus à nos attentes. Les usagers ont à cœur d'accueillir les nouveaux entrants, C'est pourquoi, nous avons eu l'idée de réaliser un livret d'accueil avec les résidents. Après un sondage auprès de ces derniers, nous nous sommes rendu compte que beaucoup d'entre eux souhaitaient s'investir dans ce projet.</p>	<p>Le projet de l'établissement ayant évolué vers la notion d'un « chez soi », l'ancien livret d'accueil ne reflétait plus cette philosophie. Le projet a été de créer un livret d'accueil complet et innovant. La présentation de l'établissement se fait du point de vue de l'usager, et est réalisé comme un outil clé dans le processus d'intégration, véritable support d'information. Il est donné à chaque nouveau résident le jour de l'entrée pour compléter l'accueil des résidents et du personnel.</p> <p>Le projet souhaite créée une première interaction entre les nouveaux résidents et les résidents actuels à travers le livret d'accueil.</p> <p>Un groupe de travail a été constitué avec des résidents.</p> <p>Le livret a été réalisé sur le thème de la tablette tactile en format A4 paysage.</p> <p>La participation des usagers a apporté beaucoup à la réalisation de ce projet et a permis de mettre en valeur la parole des résidents et de répondre à leurs souhaits.</p>

	Intitulé	Porteur	Objectifs	Résumé
11	<p>Mise en place d'une consultation dentiste pour les résidents de 4 EHPHAD</p>	<p>Centre hospitalier François de Dailion LE LUDE</p>	<ul style="list-style-type: none"> Rendre accessible à des résidents d'EHPAH à mobilité réduite ou ayant des troubles du comportement une consultation d'un chirurgien dentiste à proximité 	<p>A l'origine du projet, l'absence d'un cabinet dentaire permettant d'accueillir les personnes âgées à mobilité réduite et souffrant de troubles du comportement nécessitant la collaboration entre 4 EHPHAD et un chirurgien dentiste est apparue comme indispensable pour améliorer qualité de la prise en charge des résidents.</p> <p>Des agents sont formés dans chaque EHPAD au suivi bucco dentaire des personnes âgées et signale les besoins des résidents au cadre de santé pour l'organisation des rendez-vous. Une consultation par mois est dédiée aux résidents. Le dentiste consulte à la maison de santé pluridisciplinaire du Lude.</p> <p>Ce projet est conforme aux orientations du PRS, des programmes territoriaux de santé de promouvoir la prévention en matière d'hygiène bucco dentaire et au CPOM de l'établissement. L'axe prioritaire du projet est de renforcer et préserver l'accès aux soins</p> <p>Les représentants des usagers tant au niveau du CVS (Conseil de la Vie sociale) que de la CRUQPC ont été associés à l'élaboration de ce projet depuis la conception jusqu'à sa réalisation.</p>
14	<p>La Permanence Prend Le Large – "La PPL"</p>	<p>Association Espace des Usagers du CHU de NANTES</p>	<ul style="list-style-type: none"> Donner des informations et de la visibilité sur les Associations présentes au sein du CHU de Nantes, par ce biais sensibiliser les usagers aux différentes thématiques des associations Favoriser la dynamique inter-associative et le recrutement de bénévoles Faire connaître l'Association Espace des Usagers du CHU de Nantes aux usagers afin de les informer sur leurs différents droits en allant vers eux et ainsi les rendre plus lisibles et accessibles → Faire découvrir à l'usager la tenue de permanences ouvertes du lundi au vendredi de 14h00 à 17h00 → Informer et sensibiliser les professionnels du CHU par des actions d'informations aux droits des usagers → Participer et/ou mettre en place des actions de prévention et de promotion de la santé 	<p>Suite au constat du faible taux de fréquentation, de la méconnaissance du local de l'association des usagers du CHU de Nantes, l'AEU a souhaité organiser des permanences dans un lieu de fréquentation et de passage des usagers du CHU comme le hall d'accueil avec l'aval de la direction des usagers, des risques et de la qualité (DRUQ) du CHU ;</p> <p>Un questionnaire « la permanence prend le large » d'approche est réalisé vers les usagers.</p> <p>Cette démarche a permis l'apport d'information, notamment sur les droits des usagers, sur la structure du CHU et du tissu associatif existant. C'est un moment d'écoute, d'échange et d'apports d'informations dans la convivialité.</p> <p>Il est envisagé le renouvellement de l'action dès la fin d'année 2014 avec une mensualisation de ce projet pour le premier semestre 2015.</p>



A n n e x e 5

Répartition des professionnels de santé secteurs 1 & 2 en Pays de la Loire (source : Assurance Maladie, décembre 2013)

Spécialité	Médecins généralistes		Anesthésistes		Cardiologues		Dermatologues	
	1	2	1	2	1	2	1	2
Secteur								
44	1167	100	78	15	67	4	48	15
49	727	33	24	26	28	2	27	5
53	214	13	5	0	4	0	7	0
72	397	29	19	4	19	0	11	2
85	506	25	16	1	13	3	10	4
PDL	3011	200	142	46	131	9	103	26
% PDL	94	6	76	24	94	6	82	21

Spécialité	Radiologues		Gynécologues obstétriciens		Pédiatres	
	1	2	1	2	1	2
Secteur						
44	95	0	8	38	29	12
49	42	0	7	17	16	8
53	14	0	2	1	2	0
72	27	0	11	5	10	2
85	37	4	4	6	5	2
PDL	215	4	32	67	62	24
% PDL	98	2	32	68	72	28

Spécialité	Ophtalmologues		Psychiatres		Pneumologues	
	1	2	1	2	1	2
Secteur						
44	53	69	92	26	18	2
49	33	14	29	5	10	1
59	11	1	13	0	1	0
72	15	19	29	2	7	0
85	18	11	13	1	9	0
PDL	130	114	206	34	45	3
% PDL	53	47	86	14	94	6

Spécialité	Rhumatologues		O.R.L.		Gynécologie médicale	
	1	2	1	2	1	2
Secteur						
44	18	7	15	20	30	7
49	6	11	12	6	13	5
53	4	1	4	2	0	1
72	5	2	4	8	5	0
85	10	0	6	3	7	0
PDL	43	21	41	39	55	13
% PDL	67	33	51	49	81	19

HONORAIRES MEDECINS SECTEUR 1 & 2 PAR SPECIALITE - 2014

DONNEES FOURNIES PAR LE CISS PAYS DE LA LOIRE SUR LA BASE DES DONNEES DU CISS ET L'ASSURANCE MALADIE

Légende :

- Honoraire moyen secteur 2 : tarif moyen constaté pour une consultation classique en secteur 2 dans le département sélectionné.
- Moyenne Nationale secteur 2 : tarif moyen d'une consultation classique en secteur 2 sur l'ensemble du territoire français pour la spécialité sélectionnée.
- Honoraire secteur 1 : tarif pratiqué pour une consultation classique dans le cadre du parcours de soins de secteur 1.
- Pourcentage médecins secteur 1 : Pourcentage de médecins de la spécialité sélectionnée pratiquant en secteur 1.
- nc : non communiqué ; données non disponibles

CHIRURGIE

Départements	Honoraire moyen secteur 2	Moyenne nationale secteur 2	Honoraire secteur 1	Pourcentage médecins secteur 1
44	36,25 €	43,82 €	28 €	33%
49	34,11 €	43,82 €	28 €	25%
53	37,32 €	43,82 €	28 €	41%
72	38,78 €	43,82 €	28 €	30%
85	33,72 €	43,82 €	28 €	51%

DERMATOLOGIE

Départements	Honoraire moyen secteur 2	Moyenne nationale secteur 2	Honoraire secteur 1	Pourcentage médecins secteur 1
44	36,63 €	45,35 €	28 €	74%
49	30,08 €	45,35 €	28 €	86%
53	NC	45,35 €	28 €	100%
72	38,53 €	45,35 €	28 €	81%
85	33,26 €	45,35 €	28 €	79%

GYNECOLOGIE-OBSTETRIQUE

Départements	Honoraire moyen secteur 2	Moyenne nationale secteur 2	Honoraire secteur 1	Pourcentage médecins secteur 1
44	42,45 €	51,52 €	28 €	57%
49	44,19 €	45,35 €	28 €	86%
53	36,90 €	51,52 €	28 €	54%
72	41,25 €	51,52 €	28 €	74%
85	42,53 €	51,52 €	28 €	69%

MEDECINE GENERALISTE

Départements	Honoraire moyen secteur 2	Moyenne nationale secteur 2	Honoraire secteur 1	Pourcentage médecins secteur 1
44	31,94 €	35,93 €	23 €	88%
49	33,77 €	35,98 €	23 €	94%
53	34,33 €	35,93 €	23 €	92%
72	37,72 €	35,93 €	23 €	92%
85	31,12 €	35,93 €	23 €	95%

OPHTALMOLOGIE

Départements	Honoraire moyen secteur 2	Moyenne nationale secteur 2	Honoraire secteur 1	Pourcentage médecins secteur 1
44	39,88 €	46,58 €	28 €	44%
49	42,25 €	46,58 €	28 €	73%
53	38,11 €	46,58 €	28 €	81%
72	42,83 €	46,58 €	28 €	47%
85	41,52 €	46,58 €	28 €	65%

ORL

Départements	Honoraire moyen secteur 2	Moyenne nationale secteur 2	Honoraire secteur 1	Pourcentage médecins secteur 1
44	35,87 €	44,48 €	28 €	46%
49	32,70 €	44,48 €	28 €	71%
53	36,34 €	44,48 €	28 €	67%
72	32,02 €	44,48 €	28 €	31%
85	34,20 €	44,48 €	28 €	55%

PEDIATRIE

Départements	Honoraire moyen secteur 2	Moyenne nationale secteur 2	Honoraire secteur 1	Pourcentage médecins secteur 1
44	38,56 €	46,18 €	28 €	80%
49	37,02 €	46,18 €	28 €	71%
53	NC	46,18 €	28 €	100%
72	36,77 €	46,18 €	28 €	93%
85	37,02 €	46,18 €	28 €	71%

PSYCHIATRIE

Départements	Honoraire moyen secteur 2	Moyenne nationale secteur 2	Honoraire secteur 1	Pourcentage médecins secteur 1
44	75,00 €	73,67 €	43,70 €	80%
49	80,00 €	73,67 €	43,70 €	97%
53	NC	73,67 €	43,70 €	100%
72	NC	73,67 €	43,70 €	92%
85	NC	73,70 €	43,70 €	95%

RHUMATOLOGIE

Départements	Honoraire moyen secteur 2	Moyenne nationale secteur 2	Honoraire secteur 1	Pourcentage médecins secteur 1
44	35,73 €	47,78 €	28,00 €	69%
49	40,61 €	47,78 €	28,00 €	39%
53	38,05 €	47,78 €	28,00 €	67%
72	35,73 €	47,78 €	28,00 €	75%
85	50,42 €	47,78 €	28,00 €	93%

A nnexe 7

Suivi des recommandations émises par la CRSA dans le rapport régional des droits des usagers 2013

Version 00 du 24.03.2015

Orientation	Recommandations	Actions	Situation
Commission des relations avec les usagers et de la qualité de prise en charge	Investissement dans le suivi des indicateurs de qualité et dans l'analyse des enquêtes de satisfaction	Effectuer un état des lieux de cette prise en compte avec les établissements et les représentants des usagers	
	Déploiement de l'indicateur I-SATIS	Réaliser une analyse régionale de cet indicateur	
Conseil à la vie sociale	Fonctionnement des CVS et amélioration de son fonctionnement	Analyser certains indicateurs des rapports d'évaluation interne afin d'évaluer le respect des droits des usagers inscrits à la loi (livret d'accueil, projet personnalisé,...)	☹️
		Suivre si l'amélioration du fonctionnement des CVS est inscrite dans les plans d'amélioration continue de la qualité	
	Formation des membres de CVS	Evaluer l'efficacité du dispositif de formation à l'issue des travaux de la mission	😊
Plaintes et réclamations	Suivi attentif de la prise en charge des personnes âgées dans les EHPAD	Analyser les plaintes et réclamations faites auprès de l'ARS ou les conseils généraux	😊
Personnes qualifiées	Déploiement et suivi du dispositif	Promouvoir le dispositif auprès du public concerné	☹️
		Animer le réseau en renouvelant la réunion annuelle régionale des personnes qualifiées	☹️
		Suivi et évaluation du dispositif	☹️
Indicateur de qualité des établissements de santé	Diffusion et suivi de l'information sur les indicateurs de qualité via le site SCOPE SANTE	Veiller sur l'évolution de l'indicateur « délai d'envoi du dossier de fin d'hospitalisation » en particulier	
Renforcer et préserver l'accès aux soins pour tous	Analyse en lien avec la commission permanente de la CRSA	Analyser de manière approfondie et objective l'accessibilité aux soins dans les commissions et les conférences de territoire	☹️
		Réaliser un document similaire à l'ARS Bretagne sur les dépassements d'honoraires	☹️
L'activité libérale des établissements publics	Fonctionnement de la Commission d'activité libérale dans les établissements public	Suivre la désignation des représentants des usagers au sein de la CAL	☹️
		Améliorer l'information donnée aux patients	☹️
Renforcer le rôle et la compétence des représentants des usagers	Formation des représentants des usagers	Poursuivre les formations en intégrant les évolutions (certification, indicateurs de qualité...)	😊
Animer les réseaux de représentants des usagers	Animation du réseau représentants des usagers	Organisation d'une journée des usagers sur le 1 ^{er} trimestre 2015	😊
		Poursuivre la diffusion d'une lettre d'information après évaluation des attentes des représentants des usagers	☹️
Elaboration du rapport des droits des usagers 2014		La CRSA devra déterminer l'évolution du rapport : <ul style="list-style-type: none"> - soit en faire un appui comme actuellement pour conduire des évolutions ciblées en faveur du droits des usagers (personnes qualifiées, rôle des instances, formation représentant des usagers) - Soit proposer une évaluation des droits des usagers selon des modalités à convenir 	

Règles de détermination de la cotation d'un critère HAS



HAUTE AUTORITÉ DE SANTÉ



POUR EN SAVOIR + : Comment est déterminée la cotation d'un critère ?

Le dispositif conçu pour la V2010 vise à assurer plus de reproductibilité d'où la mise en œuvre d'un nouveau dispositif de cotation commun aux établissements de santé et aux experts-visiteurs. Il est demandé à l'établissement dans le cadre de sa phase d'auto-évaluation de se coter critère par critère. À l'issue de la visite, les experts-visiteurs proposent, selon les mêmes modalités, une cotation intégrée dans leur rapport et reprise dans le rapport de certification.

1 – Les règles génériques

La cotation permet de mesurer le niveau de qualité atteint au regard des critères du manuel.

Cette cotation participe également à la détermination du périmètre de la visite :

- Les thématiques liées aux cotations C ou D sont systématiquement investiguées.
- Des critères cotés A ou B sélectionnés de manière aléatoire sont également investigués.
- La V2010 conserve l'échelle à 4 niveaux A, B, C ou D.
En revanche, l'innovation réside dans la construction d'un dispositif de cotation calculée. Ainsi, la cotation est automatiquement déduite des réponses apportées aux éléments d'appréciation.
- En pratique, pour chaque élément d'appréciation, les experts-visiteurs sélectionnent dans le menu déroulant le niveau de satisfaction qu'il estime avoir atteint : « OUI », « EN GRANDE PARTIE », « PARTIELLEMENT », « NON ».
- Un nombre défini de points est attribué à chaque élément d'appréciation en fonction de son degré de satisfaction :
OUI = 20, EN GRANDE PARTIE = 14, PARTIELLEMENT = 7, NON = 0.
✓ Ce nombre de points pour chaque élément d'appréciation est pondéré en fonction de l'étape (E1 Prévoir, E2 Mettre en œuvre, E3 évaluer et améliorer) à laquelle il appartient.

Ce sont les éléments d'appréciation de l'étape 2 (correspondant à la mise en œuvre du processus) qui sont davantage valorisés.



HAUTE AUTORITÉ DE SANTÉ

La somme des points obtenue est ensuite comparée au score maximal atteignable (obtenu lorsque toutes les réponses aux EA sont OUI) selon la formule suivante :

$$\frac{[\text{Score de l'Étape 1} + (\text{Score Étape 2} \times 2) + \text{score Étape 3}] \times 100}{\text{Score maximal}} = \text{XX\%}$$

- **Pour les critères non PEP**

Le pourcentage obtenu pour le critère permet de déterminer la cotation :

- ✓ cotation A : \geq à 89,50 % du score maximal ;
- ✓ cotation B : de 59,50 à 89,49 % du score maximal ;
- ✓ cotation C : de 29,50 à 59,49 % du score maximal ;
- ✓ cotation D : de 0 à 29,49 % du score maximal.

- **Pour les critères PEP**

Pour les critères qui entrent dans le cadre des PEP, le dispositif de calcul est identique mais les bornes de la cotation sont décalées. Le niveau d'exigence étant supérieur, il est donc nécessaire de disposer d'un score plus élevé :

- ✓ cotation A : \geq à 89,50 % du score maximal ;
- ✓ cotation B : de 79,50 à 89,49 % du score maximal ;
- ✓ cotation C : de 44,50 à 79,49 % du score maximal ;
- ✓ cotation D : de 0 à 44,49 % du score maximal.

Les formulaires du rapport dans SARA intègrent les formules de calcul. La cotation est automatiquement affichée suivant les réponses données à chaque élément d'appréciation.

2 – Les cas particuliers

- ✓ **Le critère 8.g « Maîtrise du risque infectieux »**

Les items constitutifs des indicateurs composant le score agrégé du tableau de bord des infections nosocomiales généralisé par le Ministère de la santé, se retrouvent dans l'ensemble des éléments d'appréciation du critère. Le score agrégé du tableau de bord des infections nosocomiales permet ainsi d'évaluer le critère 8.g : « Maîtrise du risque infectieux ».

La cotation est automatisée et fondée sur la classe associée à la dernière valeur, validée au moment de la visite, du score agrégé, selon le lien d'automatisme suivant :

- si la classe associée à la valeur du score agrégé est A, la cotation pour le critère est A ;
- si la classe associée à la valeur du score agrégé est B, la cotation pour le critère est B ;
- si la classe associée à la valeur du score agrégé est C, la cotation pour le critère est C ;
- si la classe associée à la valeur du score agrégé est D ou E, la cotation pour le critère est D.

Pour les établissements n'ayant pas le score agrégé et ne pouvant pas en justifier l'absence :

La cotation est automatiquement D.

Pour les établissements n'ayant pas le score agrégé et pouvant en justifier l'absence auprès de la Haute Autorité de santé :

La cotation est déterminée selon les modalités habituelles des critères PEP.



HAUTE AUTORITÉ DE SANTÉ

✓ **Le critère 8.h « Bon usage des antibiotiques »**

La cotation est fondée sur la classe associée à la dernière valeur de l'indicateur, selon le lien d'automatisme suivant :

- si la classe associée à la valeur de l'indicateur ICATB est A, la cotation pour le critère est A ;
- si la classe associée à la valeur de l'indicateur ICATB est B, la cotation pour le critère est B ;
- si la classe associée à la valeur de l'indicateur ICATB est C, la cotation pour le critère est C ;
- si la classe associée à la valeur de l'indicateur ICATB est D, E ou F, la cotation pour le critère est D.

L'indicateur ICATB généralisé par le Ministère de la santé permet d'évaluer le critère 8.h : « Bon usage des antibiotiques » à l'exception de l'élément d'appréciation relatif à « La réévaluation de l'antibiothérapie entre la 24^e heure et la 72^e heure est inscrite dans le dossier du patient ».

Si la réponse pour cet élément d'appréciation est « PARTIELLEMENT » ou « NON », la cotation du critère obtenue à partir du lien automatique, entre valeur et cotation du critère, est abaissée d'un niveau.

Si l'établissement n'a pas procédé au recueil de l'indicateur ICATB du tableau de bord des infections nosocomiales et peut justifier l'absence de ce recueil (exemple : établissement nouvellement créé), la cotation est déterminée selon les modalités habituelles des critères PEP.

Si l'établissement n'a pas procédé au recueil de l'indicateur ICATB sans justification (classe F), la cotation est automatiquement D.

Le critère est considéré comme « NA » pour les établissements non concernés par le recueil de l'indicateur ICATB (établissements d'hospitalisation à domicile, d'hémodialyse, ambulatoire, centres de postcure alcoolique exclusifs et maisons d'enfants à caractère sanitaire spécialisé).

✓ **Le critère 21b « Prescription d'examen de laboratoire, prélèvements, conditions de transport et transmission des résultats »**

En cas d'accréditation partielle ou complète du ou des laboratoires de biologie médicale de l'établissement de santé, le critère 21 b est coté automatiquement A.

Le ou les laboratoires non accrédité mais engagé dans la démarche d'accréditation auprès du Comité Français d'accréditation (COFRAC) font l'objet d'une investigation par les experts-visiteurs sur la base des exigences du critère 21b.

La non accréditation et le non engagement dans la démarche d'accréditation peuvent mener à un report de visite.

- 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
- 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
- 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
- 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
- CDCPH : Conseil Départemental Consultatif des Personnes Handicapées
- CDSP : Commission Départementale des Soins Psychiatriques
- CFTC : Confédération Française des Travailleurs Chrétiens
- CH : Centre Hospitalier
- CHLVO : Centre Hospitalier Loire Vendée Océan
- 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
- 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
- CVS : Conseil à la vie sociale
- DEO : Direction de l'Efficiencia de l'Offre (ARS)
- DGARS : Direction Générale de l'Agence Régionale de Santé
- DGOS : Direction Générale de L'Offre de Soins
- DMP : Dossier Médical Personnel
- DREAL : Direction Régionale de l'Environnement de l'Aménagement et du Logement
- DRUP : Direction des Relations avec les Usagers et les Partenaires
- DT : Direction Territoriale
- EHPAD : Etablissement d'hébergement pour Personnes âgées Dépendantes
- EIG : Evènement Indésirable Grave
- ESAT : Etablissement et Service d'Aide par le Travail
- 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
- InVS : Institut National de Veille Sanitaire
- IME : Institut Médico-Educatif
- IPAQSS : Indicateurs pour l'Amélioration de la Qualité et la Sécurité des Soins

- 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
- MLLE : Loi de mobilisation pour le logement et la lutte contre l'exclusion
- ONIAM : Office National d'Indemnisation des Accidents Médicaux
- ORS : Observatoire Régional de la Santé
- ORTHI : Outil de Repérage et de Traitement de l'Habitat Indigne
- PASS : Permanence d'Accès aux Soins de Santé
- PAERPA : Parcours de santé des personnes âgées en risque de perte d'autonomie
- PDSA : Permanence des Soins en médecine Ambulatoire
- PMI : Protection Maternelle et Infantile
- PRIAC : le 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
- 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 : admission en soins psychiatriques Sur Demande d'un Tiers
- SDRE : admission en soin psychiatriques Sur Demande du Représentant de l'Etat
- SISAC : système d'information sanitaire des alertes et crises
- SLD : Séjour de Longue Durée
- SM : Santé Mentale
- SMPR : Services médico-psychologiques régionaux
- 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
- UCSA : Unité de Consultation et de Soins Ambulatoires
- UDAF : Union Départementale des Associations Familiales
- 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



Conférence régionale de la santé et de l'autonomie
Pays de la Loire

ARS Pays de la Loire
CS 56233
44262 NANTES Cedex 2

ars-pdl-drup-instances@ars.sante.fr