

# Rapport Annuel

sur le respect des Droits des Usagers en Bretagne



année  
2016

# SOMMAIRE

## EDITO

### I. PROMOUVOIR ET FAIRE RESPECTER LES DROITS DES USAGERS

1. Former les professionnels de santé sur le respect des droits des usagers 4
2. Résultats issus du processus d'évaluation sur le respect des droits des usagers au regard des évaluations 5
3. Droit au respect de la dignité de la personne : promouvoir la bientraitance 11
4. Droit au respect de la dignité de la personne : prendre en compte la douleur 15
5. Droit au respect de la dignité de la personne : encourager les usagers à rédiger les directives anticipées relatives aux conditions de fin de vie 17
6. Droit à l'information : permettre l'accès au dossier médical 19
7. Assurer la scolarisation des enfants handicapés en milieu ordinaire ou adapté 21
8. Droit des personnes détenues : assurer la confidentialité des données médicales et l'accès des personnes à leur dossier médical 25
9. Santé mentale : veiller au bon fonctionnement des commissions départementales de soins psychiatriques 26

### II. RENFORCER ET PRESERVER L'ACCES AUX SOINS POUR TOUS

10. Assurer l'accès aux professionnels de santé libéraux 28
11. Assurer financièrement l'accès aux soins 31
12. Assurer l'accès aux structures de prévention 33
13. Réduire les inégalités d'accès à la prévention, aux soins et à la prise en charge médico-sociale sur tous les territoires 35

### III. CONFORTER LA REPRESENTATION DES USAGERS DU SYSTEME DE SANTE

14. Former les représentants des usagers siégeant dans les instances du système de santé 39

### IV. RENFORCER LA DEMOCRATIE SANITAIRE

15. Garantir la participation des représentants des usagers et des autres acteurs du système de santé dans les conférences régionales de santé et de l'autonomie et dans les conférences de territoire 41

### V. SYNTHÈSE DES DROITS DES USAGERS PAR SECTEUR

43

### VI. PRECONISATIONS ET SUIVI DES RECOMMANDATIONS

44

### ANNEXE : Glossaire

45

## ÉDITO



Ce rapport d'activité des droits des usagers de 2016 avec les données de 2015, reprend à la demande de la CNS le cahier des charges avec les items bien précisés tels que ressortant de l'arrêté du 5 avril 2012 et du guide d'application du cahier des charges du 11 janvier 2013.

Toutefois dans ce rapport les diverses données qui sont nécessaires n'ont pas été obtenues pour diverses raisons ; soit un manque de sollicitations aux organismes soit une non production de ces organismes sollicités.

Il est aussi à noter que les textes pour ce rapport d'activité stipulent que ce rapport est établi sur la base des données mentionnées dans l'arrêté du 5 avril 2012 et disponibles en région : ces données sont collectées et consolidées par l'agence régionale de santé, la conférence régionale de santé et de l'autonomie étant chargée de leur analyse.

Or en Bretagne et particulièrement cette année les changements de personnels chargés de cette mission n'ont pas produit ce travail laissant, cette mission à la CSDU qui n'a pu faire qu'au mieux en fonction des données qui lui ont été transmises.

De plus il semble pertinent de revoir les modalités et le contenu de ce rapport annuel afin de mieux suivre les évolutions et les préconisations

Notre commission déplore aussi les modalités de production par voie informatique des rapports des CDU des établissements sanitaires. Si elles permettent d'uniformiser ces rapports, elles ne parviennent au niveau régional qu'après de multiples sollicitations et sous une forme qui est quasiment inexploitable. Nous pouvons comprendre que la CNS ait voulu cette uniformisation pour une extraction de données et pour une élaboration de statistiques mais au niveau régional pour l'exploitation et l'utilisation dans le rapport droit des usagers, cette formule se révèle très négative. Il serait pertinent de revoir le contenu de la synthèse des rapports annuels des CDU pour une utilisation pertinente au niveau de la région.

Notre commission souhaiterait donc que les modalités de ce rapport soient revues avec une nouvelle rédaction du cahier des charges comme cela avait été envisagé, et ce, afin de permettre d'approfondir certains points, certaines années et de ne pas avoir à traiter l'ensemble des items chaque année.

Un grand merci aux services qui ont bien voulu produire les diverses données ayant servi à ce rapport

**Le Président de la CSDU de Bretagne,  
Claude LAURENT**

A handwritten signature in blue ink, appearing to read 'Claude Laurent', written over a horizontal line.

# I - PROMOUVOIR ET FAIRE RESPECTER LES DROITS DES USAGERS

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

### • Champ ambulatoire (cette formule s'applique aux soins de Ville)

#### Rappel cahier des charges

*Indicateurs/données à recueillir* : le Guide d'application du cahier des charges prévoit pour cet objectif de recenser les programmes de développement professionnel continu (DPC) collectif annuel ou pluriannuel, les organismes chargés de mettre en œuvre le DPC dans la région. Et pour les médecins libéraux, d'identifier les formations disponibles en région en 2015 (éducation thérapeutique, relation médecin-patient, prise en charge de la douleur, soins palliatifs et fin de vie, système d'information et dossier médical, ...etc.).

La CSDU n'a rien reçu pour lui permettre de rédiger cette partie et à fortiori de donner un avis.

#### Observations - Préconisations :

Il est difficile de pouvoir renseigner cette partie en absence de données.

### • Champ sanitaire

#### Rappel cahier des charges

*Indicateurs/données à recueillir* : le Guide d'application du cahier des charges envisage que les CRSA examinent l'offre de formation proposée par l'ANFH à ses adhérents, qui s'articule autour d'actions de formations nationales et d'actions de formations régionales. Les données à recueillir sont donc les différentes actions de formations régionales (AFR) mises en place en 2015 sur les droits des usagers.

La CSDU n'a rien reçu pour lui permettre de rédiger cette partie et à fortiori de donner un avis.

#### Observations - Préconisations :

Il est difficile de pouvoir renseigner cette partie en absence de données.

### • Champ médico-social

#### Rappel cahier des charges

*Indicateurs/données à recueillir* : le Guide d'application du cahier des charges préconise que les ARS se rapprochent des principaux organismes paritaires collecteurs agréés (OPCA) présents sur leur territoire pour dresser un état des lieux des formations pour lesquelles des financements ont été mobilisés.

La CSDU n'a rien reçu pour lui permettre de rédiger cette partie et à fortiori de donner un avis.

#### Observations :

Pour ce premier item, nous ne pouvons que constater les difficultés d'obtention de données.

#### Préconisations :

Nécessité de collecter les données nécessaires.

Veiller à ce que les diverses formations intègrent le respect des droits des usagers.

# I - PROMOUVOIR ET FAIRE RESPECTER LES DROITS DES USAGERS

## 2. RESULTATS ISSUS DU PROCESSUS D'ÉVALUATION SUR LE RESPECT DES DROITS DES USAGERS AU REGARD DES EVALUATIONS

### • Champ ambulatoire (cette formule s'applique aux soins de Ville)

#### Rappel cahier des charges

*Indicateurs/données à recueillir : par courrier du 18 décembre 2012, la DGOS a saisi les ordres nationaux des professionnels de santé afin d'identifier s'ils disposent d'un processus de traitement des plaintes comportant des données régionales, et en particulier sur certaines thématiques (maltraitance, accès au dossier médical, refus de soins pour prestataires CMU-AME).*

Dans le rapport d'activité du conseil régional de l'ordre des médecins on relève un nombre de plaintes et de doléances entre particuliers et médecins : **371 sur l'année avec des pics de 47 plaintes ou doléances sur un mois**. Sur ces plaintes, **seules 15 ont été transmises**.

### • Champ sanitaire

#### Rappel cahier des charges

*Indicateurs/données à recueillir : ici doit être renseigné d'une part, les résultats issus des rapports de certification HAS suite aux visites des experts visiteurs et en lien avec les critères du manuel de certification de la HAS concernant les droits des patients.*

*Et d'autre part, les données suivantes comprises dans les rapports des Commission des Relations avec les Usagers et de la Qualité de la Prise en Charge (CRUQPC) :*

- la proportion d'établissement disposant d'une CRUQPC ;
- la proportion des rapports transmis à l'ARS et à la CRSA ;
- le nombre de réunions par an ;
- la composition et qualité des membres de la CRUQPC ;
- l'existence ou non de formations pour les membres de la CRUQPC (proportion d'établissements disposant d'une CRUQPC pour lesquels il existe une formation pour les membres).

### Le cadre général de la procédure de certification HAS

La certification des établissements de santé et des autres structures visées aux articles L.6133-7, L6321-1 et L6322-7 du code de la santé publique a pour objet d'évaluer la qualité et la sécurité des soins dispensés et l'ensemble des prestations délivrées par les établissements et structures soumises à la procédure de certification. Elle tient compte notamment de leur organisation interne et de la satisfaction des patients. Elle est une procédure d'évaluation externe des établissements susvisés.

En région Bretagne, 90 % des établissements avaient terminé leur procédure de certification V2010 à la fin de l'année 2014. La nouvelle itération de la certification, dite V2014, a été mise en place en 2015 par la HAS qui souhaitait terminer la procédure V2010 avant de s'engager sur une nouvelle itération.

**De ce fait, en région Bretagne, nous n'avons pas eu de nouveaux résultats concernant l'année 2015.**

**A ce jour, seuls 30 établissements ont passé la procédure V2014, ce qui ne permet pas d'en tirer des éléments pour le rapport.**

# I - PROMOUVOIR ET FAIRE RESPECTER LES DROITS DES USAGERS

## **Le processus de certification V2014**

La V2014 introduit le compte qualité et de nouvelles méthodes de visite comme la mise en place de la procédure du patient/traceur. Le processus de certification ainsi que le calendrier sont modifiés alors que le manuel de certification évolue à la marge par rapport à la V2010.

La HAS a choisi une approche par thème, au nombre de 20, tant pour la certification V2014, que l'élaboration du compte qualité ou que pour les audits processus.

Le compte qualité devient la pierre angulaire du nouveau dispositif et le nouvel outil national de pilotage de la certification, c'est un outil de suivi longitudinal de la démarche qualité et de gestion des risques des établissements. Il traduit la synthèse des engagements de l'établissement concernant son système de management de la qualité, son système de management de la qualité et des risques et sa démarche d'amélioration. Il propose une méthode d'identification des risques et de priorisation des actions d'amélioration dans un outil de dialogue entre la HAS et les établissements de santé via la plateforme SARA.

Le calendrier de visite peut être porté de 4 à 6 ans selon le résultat de certification de la V2014 et tous les 2 ans. Le compte qualité permet à la HAS de suivre les engagements de l'établissement en matière d'amélioration de la qualité et de maîtrise des risques.

## **Liste des thématiques HAS V2014 :**

- 1- Management stratégique, gouvernance
- 2- Qualité de vie au travail
- 3- Management de la qualité et des risques
- 4- Gestion du risque infectieux
- 5- Droits des patients
- 6- Parcours du patient
- 7- Prise en charge de la douleur
- 8- Prise en charge et droits des patients en fin de vie
- 9- Dossier patient
- 10- Identification du patient à toutes les étapes de sa prise en charge
- 11- Management de la prise en charge médicamenteuse du patient
- 12-1 Biologie médicale
- 12-2 Imagerie
- 12- Prise en charge des urgences et des soins non programmés
- 13- Management de la prise en charge du patient au bloc opératoire
- 14- Management de la prise en charge du patient dans les secteurs à risque
- 15- Don d'organes et de tissus à visée thérapeutique
- 16- Gestion des ressources humaines
- 17- Gestion des ressources financières
- 18- Gestion du système d'information
- 19- Processus logistiques

# I - PROMOUVOIR ET FAIRE RESPECTER LES DROITS DES USAGERS

## Les niveaux de décisions de la V2014

**Niveau A : certification** : aucune remarque, valable pour une durée **de 6 ans**. Suivi continu via le compte qualité tous les 2 ans.

**Niveau B : certification avec recommandation(s) d'amélioration**, valable pour une durée **de 4 ans** : l'établissement adresse un compte qualité dans **les 24 mois** peut demander une **visite** intermédiaire dans le délai de **12 mois** suite au compte qualité pour lever les recommandations et progresser au niveau A. Dans ce cas la certification est prononcée pour 2 ans.

**Niveau C : certification avec obligation(s) d'amélioration**, valable pour une durée **de 4 ans** : l'établissement a un délai de 12 mois maximum pour remédier à ses problèmes, si cette obligation n'est pas remplie, une décision de non certification est prononcée.

**Niveau D : sursis à statuer** : présence de réserve(s), l'établissement a un délai de 12 mois maximum pour déployer les efforts nécessaires afin d'obtenir un niveau A ou B, sinon une décision de non certification est prononcée. La HAS organise **une visite de suivi dans les 6 mois** pour statuer sur les réserves non relatives à l'exploitation des locaux.

**Niveau E : non certification**, établissements de santé pour lesquels des points critiques ont été relevés sur des situations à risques impliquant la sécurité des personnes. La HAS informe l'ARS, un travail est alors mené avec l'établissement pour le réengager dans le dispositif de certification, **le suivi annuel** à partir du compte qualité et **visite dans les 2 ans**.

***Il faut donc attendre que suffisamment d'établissements puissent avoir donné lieu à cette certification pour renseigner cet item.***

## Envoi des rapports CRUQPC aux services de l'ARS et de la CRSA

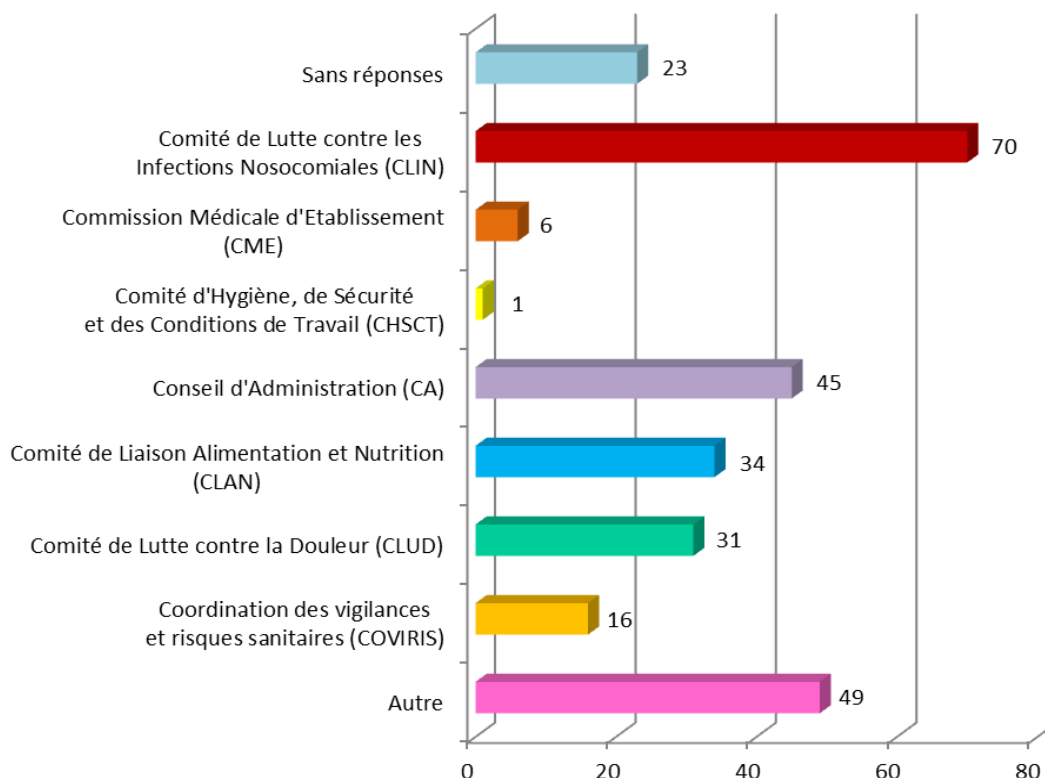
<b>Nombre d'établissements concernés</b>	<b>120</b>
<i>Nombre de rapports établis et validés</i>	107
<i>Réponses partielles</i>	13
<i>Existence d'un règlement intérieur</i>	104
<b>Nombre de réunions annuelles des commissions</b>	<b>109 réponses</b>
<i>Inférieures à 4 réunions</i>	43
<i>4 réunions et plus</i>	66

11 sans réponses et  
5 sans règlement intérieur

Les représentants des usagers (RU) ont un excellent taux de participation aux réunions. Ils sont invités aux autres instances.

## I - PROMOUVOIR ET FAIRE RESPECTER LES DROITS DES USAGERS

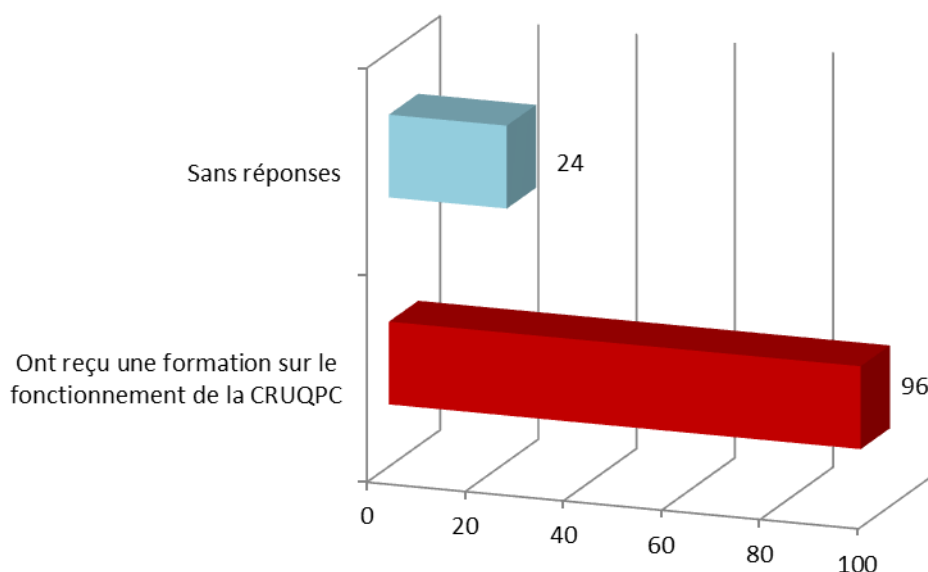
### Les représentants des usagers sont-ils invités aux autres instances suivantes ?



On estime que la participation des représentants des usagers à ces diverses instances est une très bonne chose.

### Formation spécifique des représentants des usagers

#### Formation des membres de la CRUQPC : quel est le nombre de personnes formées ?



#### Observations - Préconisations :

Ces quelques données sur les CRUQPC sont difficilement exploitables : la synthèse fournie par le national n'étant pas suffisamment explicite.



# I - PROMOUVOIR ET FAIRE RESPECTER LES DROITS DES USAGERS

## • Champ médico-social

### Rappel cahier des charges

*Indicateurs/données à recueillir : l'exploitation des résultats de l'enquête ANESM sur la bientraitance, et le cas échéant des enquêtes spécifiques, permettront de mesurer le fonctionnement effectif des conseils de vie sociale (CVS) à partir des données suivantes :*

- proportion d'établissements disposant d'un CVS ;
- proportion des rapports des CVS transmis, sur la base du volontariat, à l'ARS et à la CRSA (pas d'obligation réglementaire) ;
- 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.

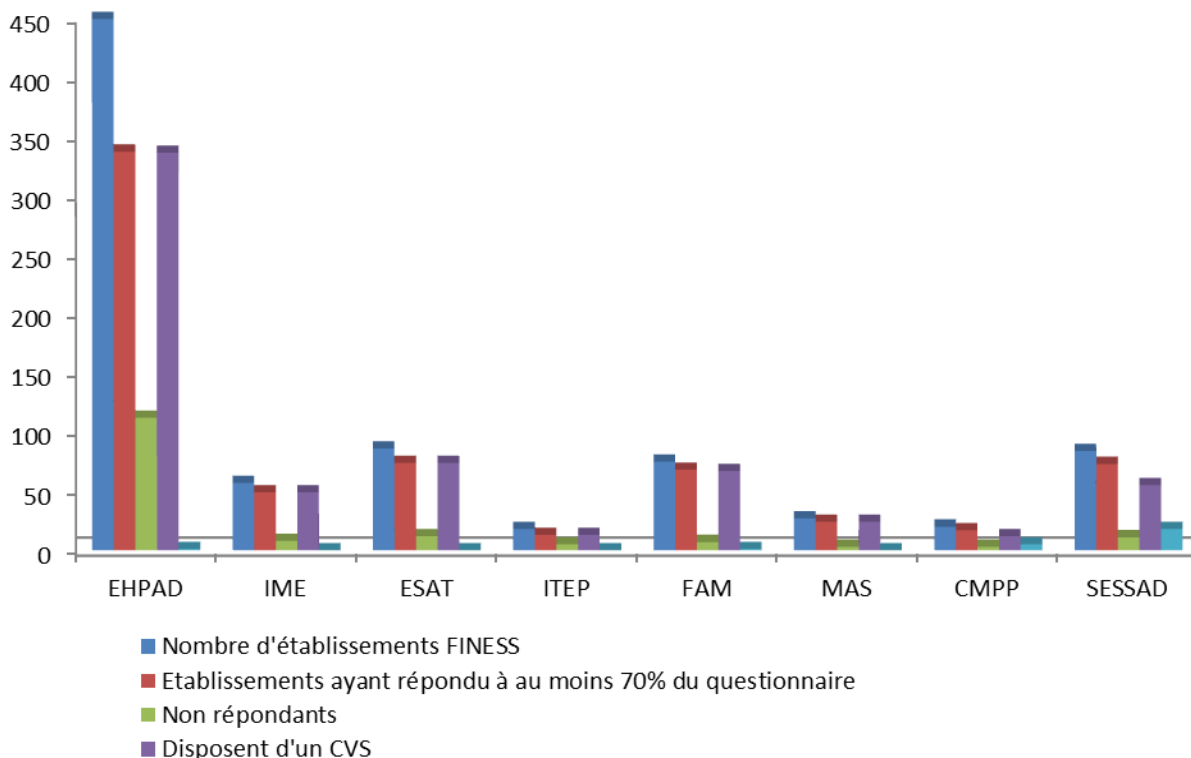
Les données du tableau de bord de l'ANAP (données de restitution 2016 du tableau de bord sur l'année 2015) relatives au nombre d'établissements disposant d'un CVS parmi les établissements et services médico-sociaux (ESMS) sont les suivantes pour la région Bretagne :

- EHPAD : 336 EHPAD disposent d'un CVS sur 449 (337 EHPAD ont répondu à au moins 70 % du questionnaire).
- IME : 49 IME disposent d'un CVS sur 57 (49 IME ont répondu à au moins 70 % du questionnaire).
- ESAT : 74 ESAT disposent d'un CVS sur 86 (74 ESAT ont répondu à au moins 70 % du questionnaire).
- ITEP : 13 ITEP disposent d'un CVS sur 18 (13 ITEP ont répondu à au moins 70 % du questionnaire).
- Foyer d'Accueil Médicalisé (FAM) : 67 FAM disposent d'un CVS sur 75 (68 FAM ont répondu à au moins 70 % du questionnaire).
- Maison d'Accueil Spécialisé : 24 MAS disposent d'un CVS sur 27 (24 MAS ont répondu à au moins 70 % du questionnaire).
- Centres Médico Psycho Pédagogiques : 12 CMPP disposent d'un CVS sur 20 (17 CMP ont répondu à au moins 70 % du questionnaire).
- SESSAD : 55 disposent d'un CVS sur 84 (73 MAS ont répondu à au moins 70 % du questionnaire).

### Etablissements disposant d'un CVS parmi les établissements et services médico-sociaux en région Bretagne ayant répondu au questionnaire

	Nbre d'étab. FINESS	Etab. ayant répondu à au moins 70 % du questionnaire	Non répondants	Disposent d'un CVS	Ne disposent pas d'un CVS
EHPAD	449	337	112	336	1
IME	57	49	8	49	0
ESAT	86	74	12	74	0
ITEP	18	13	5	13	0
FAM	75	68	7	67	1
MAS	27	24	3	24	0
CMPP	20	17	3	12	5
SESSAD	84	73	11	55	18

## I - PROMOUVOIR ET FAIRE RESPECTER LES DROITS DES USAGERS



	Nbre d'étab. FINESS	Etab. ayant répondu à au moins 70% du questionnaire	Non répondants	La dernière réunion CVS a eu lieu :			
				en 2015-2016	entre 2014 et 2010	entre 2009 et 2000	avant 2000
<b>EHPAD</b>	449	293	156	108	108	69	8
<b>IME</b>	57	42	15	17	14	10	1
<b>ESAT</b>	86	62	24	21	18	20	3
<b>ITEP</b>	18	13	5	4	9		
<b>FAM</b>	75	56	19	18	20	18	0
<b>MAS</b>	27	22	5	5	10	7	0
<b>CMPP</b>	20	9	11	4	4	1	0
<b>SESSAD</b>	84	47	37	15	25	5	2

### Constat :

- Nous avons demandé de pouvoir disposer d'éléments d'analyse suite aux bilans des évaluations effectuées par tous les établissements médico sociaux personnes âgées et personnes handicapées, mais ces données ne nous ont pas été communiquées.
- Les rapports des CVS n'ont pas lieu d'être transmis à l'ARS ni aux Conseils Départementaux (contrairement aux CRUQPC).
- Nous constatons que les CVS semblent exister dans les divers établissements et services médico-sociaux.

### Préconisations :

Il serait pertinent de refaire l'opération menée il y a quelques années d'envoi aux différents ESMS, d'un questionnaire reprenant les quelques données nécessaires à l'élaboration de ce rapport.

# I - PROMOUVOIR ET FAIRE RESPECTER LES DROITS DES USAGERS

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

### • Champ ambulatoire

#### Rappel cahier des charges

*Indicateurs/données à recueillir : nombre de plaintes et réclamations déposées pour maltraitance.  
Taux de réponse apportée aux réclamations et plaintes.*

Le rapport d'activité du conseil régional de l'ordre des médecins n'apporte pas de données sur ce volet.

### • Champ sanitaire :

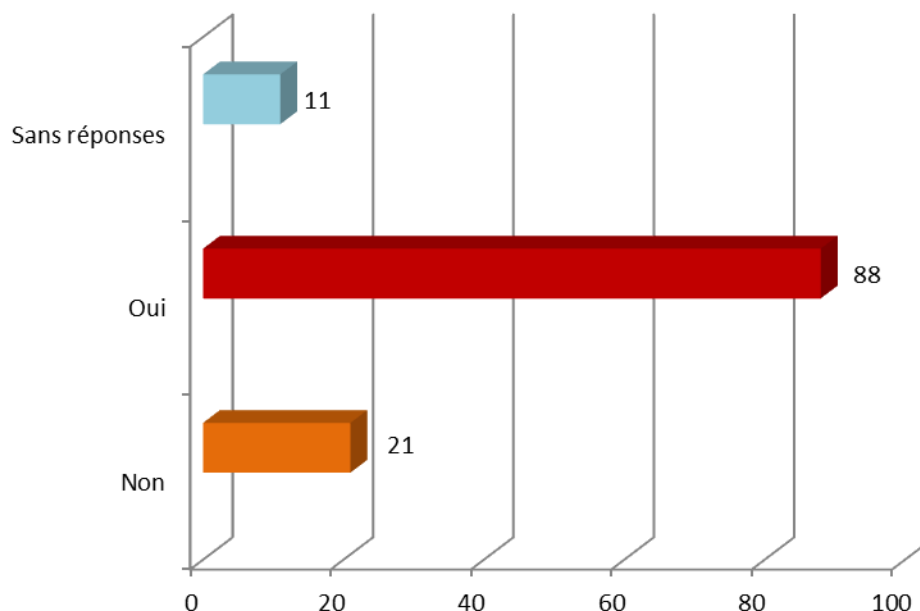
#### Rappel cahier des charges

*Indicateurs/données à recueillir : 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.*

Les établissements ayant donné lieu à une certification V2014 n'ont pas été suffisamment nombreux pour que cette donnée soit prise en compte (cf. texte et explicatifs ci-dessus).

Le rapport des CRUQPC donne toutefois quelques éléments :

#### Des formations ou séances de sensibilisation à la bientraitance sont-elles proposées aux personnels ?



Ces données sont brutes et ne permettent pas d'explicitations.

## I - PROMOUVOIR ET FAIRE RESPECTER LES DROITS DES USAGERS

### • Champ médico-social :

#### Rappel cahier des charges

*Indicateurs/données à recueillir* : le Guide d'application du cahier des charges précise que la proportion d'établissements médico-sociaux disposant d'un dispositif ou des procédures de promotion de la bientraitance est disponible pour les EHPAD à partir de l'enquête annuelle sur la bientraitance de l'ANESM.

Est également à recueillir :

- projets d'établissement et de service médico-sociaux,
- contrats pluriannuels d'objectif et de moyens/convention tripartite des établissements et services médico-sociaux,
- évaluation interne,
- outil « Angélique ».

Les protocoles personnes âgées et personnes handicapées mis en place au niveau régional :

- pour l'Ille et Vilaine :
  - . sur les 125 EPHAD, un taux de réponse de 50 % soit 63 établissements,
  - . pour les 124 ESMS, un taux de réponse de 56 %,
  - . pour les SSIAD (25), un taux de réponse de 68 % (soit 17) ;
- pour le Morbihan :
  - . sur PA : 18 protocoles EHPAD retournés sur 96 établissements, le nombre d'établissements ayant répondu est de 38;
- pour le Finistère :
  - . sur les 115 EHPAD, un taux de réponse de 45,22 %,
  - . sur les 31 SSIAD, un taux de réponse de 45,10 %,
  - . sur les 123 ESMS, un taux de réponse de 50,4 % ;
- pour les Côtes d'Armor :
  - il n'y a pas eu de nouveau protocole depuis 2013. (En 2013, 18 EHPAD sur 96 ont retourné le protocole signé, soit 18,95% et 3 SSIAD SUR 32, soit 9,3%).

#### Nombre de protocoles bientraitance reçus en Direction Départementale au 1<sup>er</sup> janvier 2017

	PH	PA	SSIAD
Département 22			
Département 29	62 (50,4%)	52 (45,2 %)	14 (45,1 %)
Département 35	69 (56 %)	63 (50 %)	17 (68 %)
Département 56	29 (39,2 %)	41 (30,6 %)	

## I - PROMOUVOIR ET FAIRE RESPECTER LES DROITS DES USAGERS

### L'enquête d'auto évaluation de la bientraitance en EHPAD en 2015 apporte les données suivantes (extraits de cette enquête)

#### Présentation de l'enquête bientraitance en EHPAD en 2015

##### Historique :

- 2008 : les EHPAD s'inscrivent dans une démarche d'auto-évaluation de leurs pratiques concourant au déploiement de la bientraitance
- 2009 : 1<sup>ère</sup> enquête d'auto-évaluation de l'ANESM
- 2010 et 2015 : enquêtes d'auto-évaluation de l'ANESM, avec le concours des ARS.

##### Objectifs :

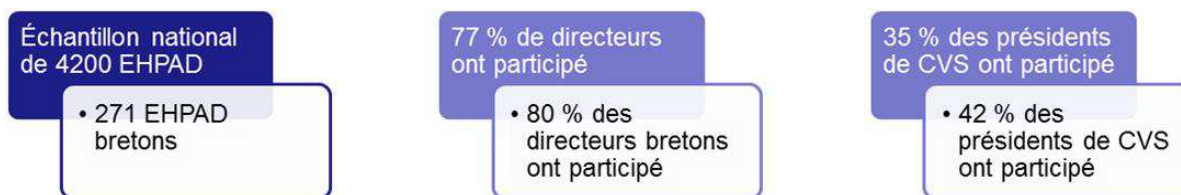
- Permettre aux professionnels de réaliser un diagnostic sur les actions mises en œuvre et d'identifier de nouvelles pistes d'action.
- Procéder à un état des lieux national des pratiques de bientraitance.

L'enquête est composée de deux questionnaires :

- un questionnaire détaillé à l'attention des directeurs d'EHPAD,
- un questionnaire court à l'attention des présidents de CVS.

##### Participation à l'enquête 2015 :

En 2015, l'enquête a été réalisée sur un échantillon national de 4 200 EHPAD.



Quelques éléments de méthode :

- ✓ Échantillon national représentatif en termes de statut juridique et de capacité des EHPAD.
- ✓ Pondération des résultats du questionnaire adressé aux directeurs, pour garantir la représentativité des réponses en termes de statut juridique et de capacité.
- ✓ Pondération des réponses au questionnaire adressé aux présidents de CVS au niveau national / réponses brutes au niveau de la Bretagne (aucune variable discriminante n'a permis d'établir une pondération satisfaisante).

##### Exploitation des données :

Une exploitation nationale a été réalisée par l'ANESM avec un rapport détaillé ainsi qu'une synthèse de 4 pages.

L'analyse de l'évolution 2010-2015 est très limitée du fait de la transformation assez marquée du questionnaire entre 2010 et 2015.

Toutes les données sont auto-déclarées par les établissements. Donc, il peut y avoir des réponses qui tendent à renvoyer une image plus positive que la réalité.

## I - PROMOUVOIR ET FAIRE RESPECTER LES DROITS DES USAGERS

### Principaux résultats 2015 :

- Une volonté accrue de personnaliser l'accueil des résidents en EHPAD mais une présentation des nouveaux résidents aux présidents de CVS encore peu courante.
- Les évaluations initiales recommandées par l'ANESM sont globalement mises en œuvre, avec une exception pour l'évaluation des risques psychologiques/comportementaux.
- Les projets personnalisés sont un peu moins courants et sont élaborés dans des délais plus longs en Bretagne.
- Les EHPAD s'appuient avant tout sur des professionnels formés aux soins palliatifs pour accompagner la fin de vie.
- Une implication marquée de l'entourage dans la vie sociale des résidents.
- Un avis plutôt positif des présidents des CVS.
- La dénutrition, un risque bien identifié.
- Des hospitalisations majoritairement gérées dans l'urgence.
- Les chutes dans les EHPAD, plus fréquentes qu'au niveau national.
- Des difficultés pour garantir la continuité des soins.
- Des recommandations de bonnes pratiques professionnelles (RBPP) largement utilisées pour la réalisation des évaluations internes.

### Perspectives :

- ✓ *Cette étude régionale contribue à l'observation du système de santé régional.*
- ✓ *L'enquête ANESM a vocation à être renouvelée.*
- ✓ *Les chantiers envisagés pour les années à venir dans le cadre du PRS 2 :*
  - *accompagner le développement de la culture qualité auprès des acteurs du système de santé ;*
  - *renforcer la contribution de l'utilisateur et des représentants d'utilisateurs à l'amélioration de la qualité du système régional de santé ;*
  - *renforcer la réflexion éthique, non comme seule conviction personnelle mais comme approche méthodologique au cœur des relations, des pratiques et des soins.*

### **Observations - Préconisations :**

Sur cet item : droit au respect de la dignité et promotion de la bientraitance :

- pour le secteur ambulatoire, il ne peut être fait de commentaires faute de données,
- pour le secteur sanitaire, les données issues des rapports des CRUQPC ne sont pas suffisamment explicites,
- pour le médico-social, l'enquête nationale bientraitance apporte quelques éléments mais c'est du déclaratif et le taux de réponse est insuffisant (on peut penser que les répondants sont de « bons élèves » respectueux des droits des personnes et donc de la bientraitance.

# I - PROMOUVOIR ET FAIRE RESPECTER LES DROITS DES USAGERS

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

### • Champ ambulatoire

#### Rappel cahier des charges

Indicateurs/données à recueillir : il s'agit d'identifier les formations des professionnels de santé sur la prise en charge de la douleur.

Nous n'avons pas de données sur cet item.

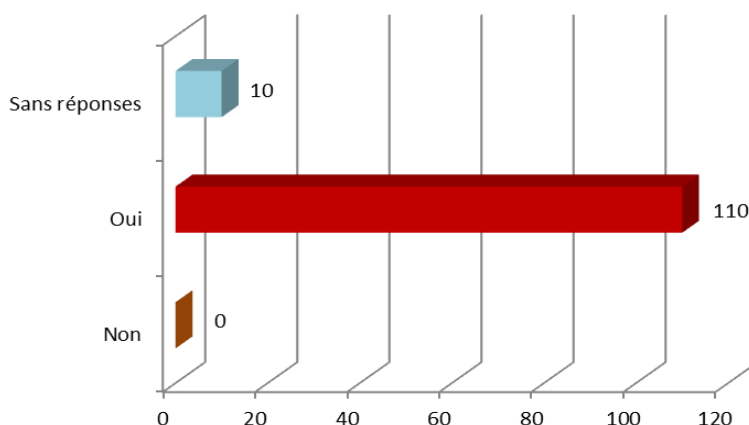
### • Champ sanitaire :

#### Rappel cahier des charges

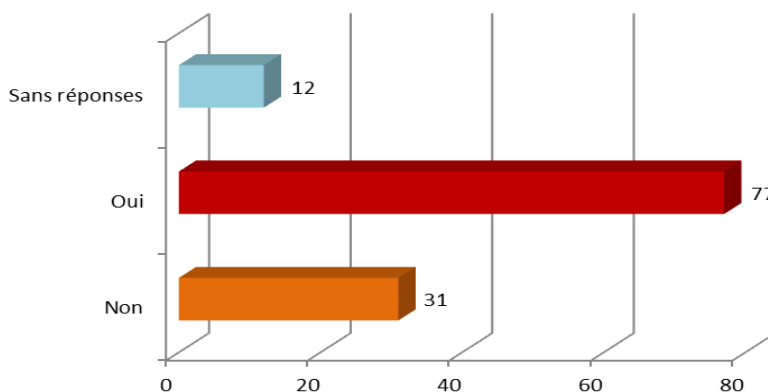
Indicateurs/données à recueillir : le taux d'établissements où une structure d'étude et de traitement de la douleur chronique (SDC) existe.

La synthèse des rapports CRUQPC nous apporte les éléments suivants :

#### Existe-t-il une procédure systématique d'évaluation et de prise en charge de la douleur dans les services ?



#### Existe-t-il des évaluations des pratiques professionnelles ayant pour thématique le respect des droits des usagers (confidentialité, accès au dossier médical, prise en charge de la douleur, directives de fin de vie...) ?



## I - PROMOUVOIR ET FAIRE RESPECTER LES DROITS DES USAGERS

### **Observations - Préconisations :**

Ces données sont très brutes et ne permettent pas d'émettre un avis. Il serait pertinent de connaître les situations pour les établissements n'ayant pas répondu.

### • **Champ médico-social :**

#### **Rappel cahier des charges**

*Indicateurs/données à recueillir : le Guide d'application du cahier des charges préconise qu'il convient de recenser le pourcentage de conventions ayant un axe "douleur" dans la région parmi les conventions signées entre établissements et services médico-sociaux et établissements de santé.*

Pas de données.

### **Observations - Préconisations :**

Sur cet item : droit au respect de la dignité et promotion de la bientraitance :

- pour le secteur ambulatoire, il ne peut être fait de commentaires faute de données,
- pour le secteur sanitaire, les données issues des rapports des CRUQPC ne sont pas suffisamment explicites,
- pour le médico-social, les bilans des évaluations externes seraient nécessaires pour cet item (ou à défaut le questionnaire évoqué plus haut).



# I - PROMOUVOIR ET FAIRE RESPECTER LES DROITS DES USAGERS

## 5. DROIT AU RESPECT DE LA DIGNITE DE LA PERSONNE : ENCOURAGER LES USAGERS A REDIGER DES DIRECTIVES ANTICIPEES RELATIVES AUX CONDITIONS DE LEUR FIN DE VIE

### • Champ ambulatoire

#### Rappel cahier des charges

*Indicateurs/données à recueillir : le guide d'application du cahier des charges prévoit d'identifier les formations des professionnels de santé sur les soins palliatifs et la fin de vie.*

Pas de données sur les diverses formations et à fortiori sur les contenus de ces formations.

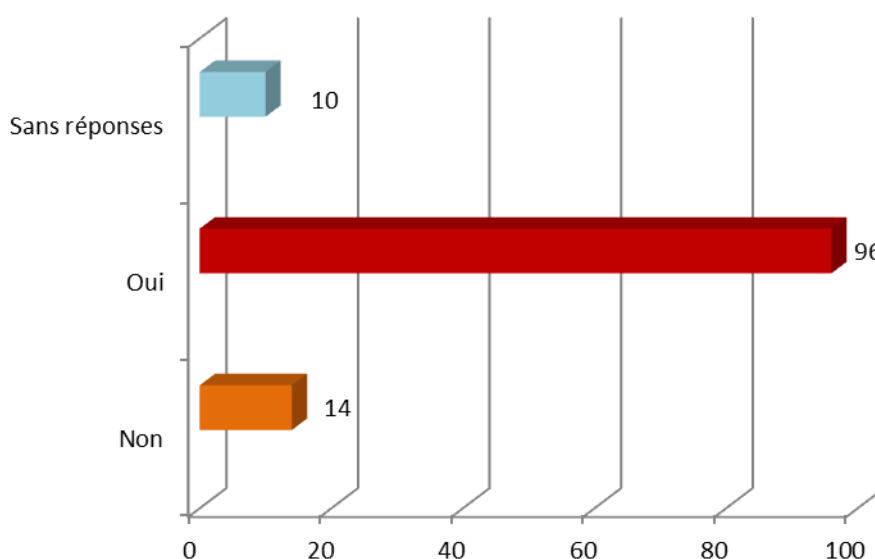
### • Champ sanitaire

#### Rappel cahier des charges

*Indicateurs/données à recueillir : le Guide d'application du cahier des charges envisage que les CRSA renseignent à partir des données des rapports des CRUQPC, la proportion d'établissements ayant organisé une information sur les directives anticipées.*

*Il ajoute que les données sur la cotation (critère 13a du manuel relatif à la prise en charge et droits des patients en fin de vie) des établissements de santé fournies par la HAS doivent être reprises.*

### Existe-t-il une procédure d'information des usagers de la possibilité de rédiger des directives anticipées relatives à la fin de vie ?



Pour le secteur sanitaire, les données issues des rapports des CRUQPC ne sont pas suffisamment explicites.

## I - PROMOUVOIR ET FAIRE RESPECTER LES DROITS DES USAGERS

### • Champ médico-social

#### **Rappel cahier des charges**

*Indicateurs/données à recueillir : le Guide d'application du cahier des charges rappelle que l'enquête de la DREES relative aux établissements d'hébergement pour personnes âgées (EHPA) comporte un item relatif à la prise en charge des personnes en fin de vie. Cette enquête est quadriennale.*

Pas de données.

#### **Observations - Préconisations :**

Des campagnes d'information et de promotion pour les directives anticipées et la désignation de la personne de confiance sont prévues.

La CSDU de la CRSA se doit d'y être impliquée.

# I - PROMOUVOIR ET FAIRE RESPECTER LES DROITS DES USAGERS

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

### • Champ ambulatoire

#### Rappel cahier des charges

*Indicateurs/données à recueillir* : le Guide d'application du cahier des charges rappelle que les CRSA sont en attente de la réponse des ordres au courrier de la DGOS.

Pas de données.

Le rapport d'activité du conseil régional de l'ordre n'a pas d'éléments sur ce point. D'ailleurs en cas de plaintes, ces dernières seraient formulées devant les tribunaux et non pas nécessairement devant le conseil de l'ordre.

### • Champ sanitaire

#### Rappel cahier des charges

*Indicateurs/données à recueillir* : le Guide d'application du cahier des charges envisage que les CRSA renseignent le nombre de plaintes et réclamations relatives à l'accès au dossier médical disponible à partir des données des rapports des CRUQPC.

S'agissant de la cotation des établissements de santé, il préconise de voir les données fournies par la HAS. C'est le critère 14b « accès du patient à son dossier ».

La synthèse des rapports des CRUQPC permet d'obtenir les éléments suivants :

- ✓ Existence d'une procédure d'information sur la procédure d'accès au dossier médical :
  - . 110 établissements ont répondu oui pour un total de 120 répondants (10 non réponses).
- ✓ L'accès au dossier médical est-il possible ?
  - . 104 établissements ont répondu oui.
  - . 5 établissements ont répondu non (ce qui interroge). Nous ne savons pas quels sont les établissements concernés.
  - . 11 établissements n'ont pas répondu.
- ✓ Le coût des photocopies est-il facturé ?
  - . 94 établissements ont répondu oui.
  - . 16 établissements ont répondu non.
  - . 0 établissements n'ont pas répondu.

### • Champ médico-social

#### Rappel cahier des charges

*Indicateurs/données à recueillir* : le Guide d'application du cahier des charges envisage qu'on présente aux CRSA un état des lieux sur les personnalités qualifiées (nomination, modes de désignations, formations, actions pour faire connaître leur rôle, etc.).

## L'accès au dossier médical en ESMS

Pas de données à notre disposition alors que les évaluations externes ont eu lieu et que ce renseignement y est pris en compte.

### Personnes qualifiées (rappel des textes)

L'article L.311-5 du Code de l'action sociale et des familles dispose 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 Président du Conseil général et le Directeur général de l'Agence régionale de Santé. 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. »

- ✓ Les personnes qualifiées ont pour mission :
  - d'informer et d'aider les usagers à faire valoir leurs droits ;
  - d'assurer un rôle de médiation entre l'utilisateur et l'établissement ou le service afin de trouver les solutions aux conflits qui peuvent les opposer ;
  - de solliciter et signaler aux autorités compétentes les difficultés liées à la tarification, à l'organisation de l'établissement ou du service ou encore à une situation de maltraitance suspectée ou avérée.

Les usagers doivent saisir la personne qualifiée par courrier nominatif adressé à la délégation territoriale de l'ARS de Bretagne, qui le transmet à la personne qualifiée saisie.

Une fois saisie, la personne qualifiée prend contact avec l'utilisateur ou son représentant légal et organise une rencontre. Les moyens logistiques nécessaires à l'accomplissement de la mission sont mis à disposition par la Direction des personnes âgées et personnes handicapées du Conseil général.

La personne qualifiée, doit, dans les 2 mois de sa saisine, informer le demandeur des démarches réalisées et le cas échéant, des mesures qu'elle peut être amenée à suggérer et rendre compte à l'Agence régionale de santé et à la DPAPH du Conseil Général.

Enfin, la personne qualifiée peut être amenée à contacter/informer le gestionnaire de l'établissement ou le service concerné.

- ✓ Nous n'avons pas obtenu de données sur le nombre de personnes qualifiées pouvant être sollicitées par les personnes prises en charge par un établissement ou un service social ou médico-social ou leur représentant légal. Nous savons pertinemment que ces personnes qualifiées sont bien désignées, mais nous n'avons pas eu de retours quant à leur nombre et à leurs missions réelles et leurs actions.

La CPAM des Côtes d'Armor est un département expérimental pour le DMP. Il sera intéressant de tirer les conclusions de cette expérimentation.

### Observations - Préconisations :

La synthèse des rapports des CRUQPC se révèle difficilement exploitable pour permettre d'agir en direction des établissements pour lesquels ce serait nécessaire.

En ce qui concerne le secteur médico-social, il est regrettable de ne pas pouvoir disposer des synthèses des différents rapports des évaluations externes.

# I - PROMOUVOIR ET FAIRE RESPECTER LES DROITS DES USAGERS

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

### Rappel cahier des charges

*Indicateurs/données à recueillir : il s'agit ici d'apprécier si la scolarisation des enfants handicapés est assurée, quel que soit le lieu dans lequel est effectuée la scolarisation.*

### Scolarisation des élèves en situation de handicap dans l'académie de Rennes

(Données fournies par le Rectorat de Rennes)

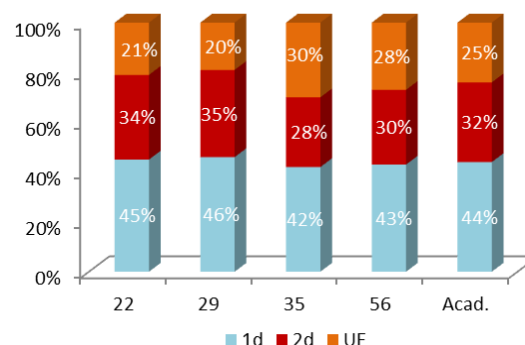
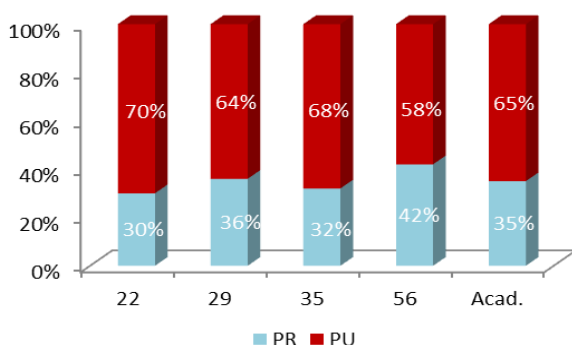
	22	29	35	56	Acad.	Nat
Population scolarisée en milieu ordinaire	104403	159727	202968	133568	600666	12341600
Population scolarisée reconnue en situation de handicap	3781	5643	5796	3921	19141	351318
Le pourcentage d'élèves reconnus en situation de handicap (PU, PR, ESMS)	3,60 %	3,50 %	2,80 %	2,90 %	3,20 %	2,80 %

Dans l'académie, la part des élèves en situation de handicap parmi l'ensemble des élèves scolarisés (PU, PR, UE) est supérieur la moyenne nationale. Cette proportion varie de 2,8 % à 3,6 %.

	22	29	35	56	Acad.
Ens. Hand. N-1	3514	5156	5501	3651	17822
Facteur accroissement / N-1	7 %	9 %	5 %	7 %	7 %

L'accroissement moyen de la population des élèves en situation de handicap est de 8,4 %. Cet accroissement s'opère dans le milieu ordinaire alors que les effectifs dans le médico-social stagnent.

### Répartition des élèves



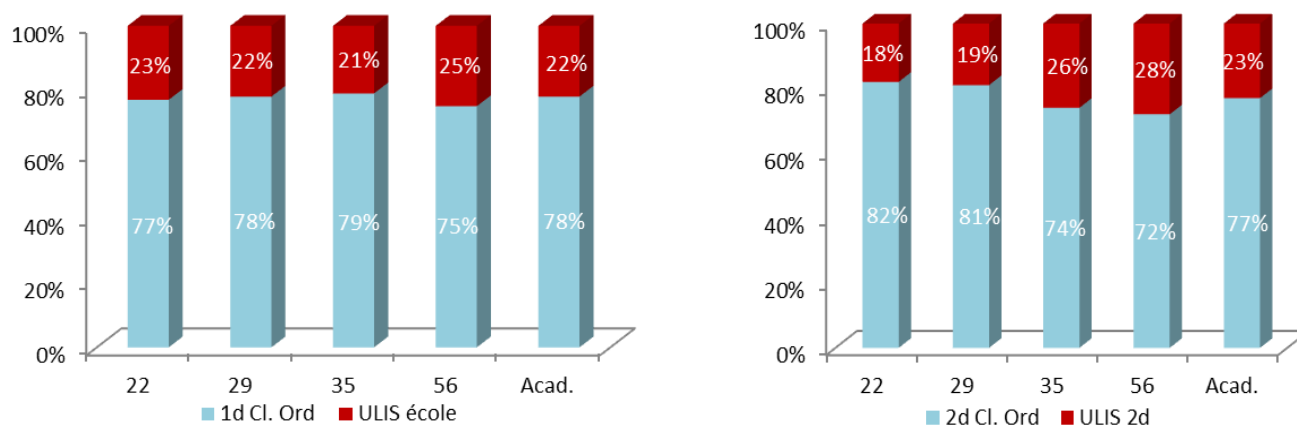
	22	29	35	56	Acad.
PU	2114	2869	2747	1637	9394
PR	887	1633	1316	1197	5033

	22	29	35	56	Acad.
1d	1709	2568	2412	1670	8359
2d	1292	1961	1651	1164	6068
UE	780	1114	1733	1087	4714

# I - PROMOUVOIR ET FAIRE RESPECTER LES DROITS DES USAGERS

## La scolarisation en milieu ordinaire

### Répartition des élèves scolarisés en milieu ordinaire



	22		29		35		56		Acad.	
1d Cl. Ord.	1 321	77 %	2 005	78 %	1 915	79 %	1 250	75 %	6 491	78 %
ULIS école	388	23 %	563	22 %	497	21 %	420	25 %	1 868	22 %
2d Cl. Ord	1 060	82 %	1 588	81 %	1 214	74 %	833	72 %	4 695	77 %
ULIS 2d	232	18 %	373	19 %	437	26 %	331	28 %	1 373	23 %

## La scolarisation en dispositifs collectifs : ULIS

Données 2015	22	29	35	56	Acad.
Eff. ULIS école	388	563	497	420	1868
	63 %	60 %	53 %	56 %	58 %
Eff. ULIS Clg	197	295	357	265	1114
	32 %	32 %	38 %	35 %	34 %
Eff. ULIS-LP	35	78	80	66	259
	6 %	8 %	9 %	9 %	8 %
EFF. Total ULIS	620	936	934	751	3241
Taux de scolarisation en ULIS	21 %	21 %	23 %	26 %	22 %
Répartition entre les départements	19 %	29 %	29 %	23 %	100 %
Total nb div.	59	94	85	74	312
Facteur d'accroissement / N-1	2 %	6 %	4 %	4 %	4 %

- L'académie totalise 312 dispositifs ULIS dont 172 (55 %) dans le premier degré.
- Les dispositifs ULIS permettent de scolariser 3 241 élèves (22 % des élèves scolarisés en milieu ordinaire).
- On note que 95 % des dispositifs collectifs de l'académie sont dédiés à des troubles intellectuels et cognitifs.
- 83 % des élèves scolarisés à l'aide d'un dispositif ULIS sont atteints de troubles intellectuels et cognitifs.

## I - PROMOUVOIR ET FAIRE RESPECTER LES DROITS DES USAGERS

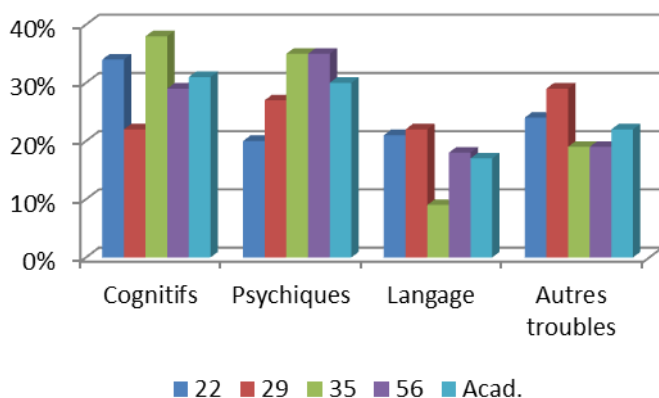
- 91,5 % des prescriptions de la CDAPH sont couvertes.
- 4,3 % des élèves sont en attente d'une place dans un établissement médico-social ou hospitalier.
- 3,5 % des élèves sont en dispositif ULIS sans notification.
- 7,7 % des élèves en dispositif ULIS bénéficient d'une aide humaine individuelle ou mutualisée.

### La scolarisation en classe ordinaire

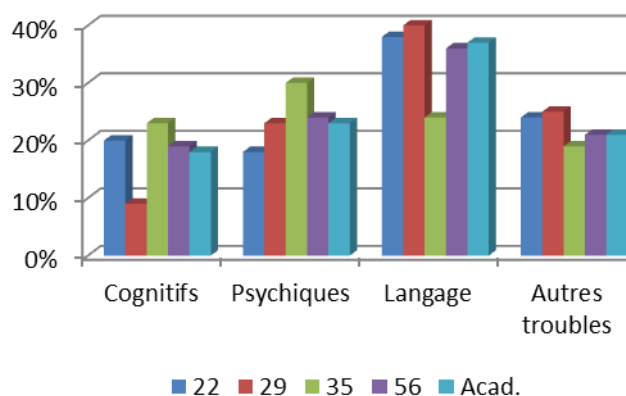
	22		29		35		56		Acad.	
1d	1321	55 %	2005	56 %	1915	61 %	1250	60 %	6491	58 %
2d	1060	45 %	1588	44 %	1214	39 %	833	40 %	4695	42 %
Total	2381		3593		3129		2083		11186	
	21 %		32 %		28 %		19 %		100 %	

	22	29	35	56	Acad.	National
1d-part des élèves accompagnés en cl. Ordinaire ; pour 1000	707,04	758,10	874,15	794,40	788,94	707,04
2d-part des élèves accompagnés en cl. Ordinaire ; pour 1000	530,20	598,05	613,00	496,19	569,48	530,20
Ensemble	635,67	691,26	786,41	691,66	705,81	635,67

Elèves par type de trouble-1d Cl. ordinaire



Elèves par type de trouble-2d Cl. ordinaire



Accompagnement*	22	29	35	56
Taux d'accompagnement / total élèves	1,6 %	1,7 %	1,2 %	1,1 %
La part d'aide mutualisé	27,0 %	17,9 %	29,5 %	32,8 %
Temps d'accompagnement I	14,21	15,63	14,36	13,92
Temps d'accompagnement M	8,70	13,12	4,98	7,78
Taux de prescription AVSm	29 %	18 %	30 %	34 %

(\*) sur la base de l'enquête de la DIVE au 30/06/2016 ; 1 ETP=35h.

## I - PROMOUVOIR ET FAIRE RESPECTER LES DROITS DES USAGERS

- La part des élèves accompagnés et scolarisés en milieu ordinaire varie de 635 à 786 pour 1000 élèves scolarisés en classe ordinaire.
- Lorsqu'on se réfère à la totalité de la population scolaire, pour une population de 10 000 élèves, en fonction des départements :
  - de 280 à 360 sont reconnus en situation de handicap,
  - de 110 à 170 bénéficient d'une aide humaine.

### **Observations - Préconisations :**

Le rectorat adresse dorénavant des bilans très complets quant à la scolarisation des élèves en situation de handicap.

Il en ressort des évolutions importantes des enfants bénéficiant d'un accompagnement ainsi que des moyens mis à disposition.

Il serait pertinent de pouvoir mieux cerner la scolarisation effectuée dans les établissements d'enseignement adapté (notamment en termes de temps de scolarisation).

A noter que 4,3% des élèves scolarisés sont en attente d'une place en établissement et service médico-social ou hospitalier soit plus de 600 élèves.



# I - PROMOUVOIR ET FAIRE RESPECTER LES DROITS DES USAGERS

## 8. DROIT DES PERSONNES DETENUES : ASSURER LA CONFIDENTIALITE DES DONNEES MEDICALES ET L'ACCES DES PERSONNES A LEUR DOSSIER MEDICAL

### Rappel cahier des charges

*Indicateurs/données à recueillir* : concernant les personnes détenues, notamment leur droit d'accès aux soins, il est possible d'apprécier l'effectivité de ce droit en observant le nombre d'extractions pour consultations ou examens médicaux et les motifs d'annulation de ces dernières. Ces annulations nécessitent le report de ces examens, générant pour certains des délais d'attente supplémentaires de plusieurs mois. Les raisons peuvent être de la responsabilité de l'administration pénitentiaire, de la police, de la personne détenue voire de l'établissement de santé.

Il est possible d'obtenir des informations concernant les extractions du milieu pénitentiaire vers les établissements de santé pour consultations ou examens médicaux, via l'observatoire des structures de santé des personnes détenues (OSSD) que les établissements de santé renseignent (déclaratif).

Même si la qualité du recueil de ces données peut être améliorée, celles-ci peuvent être transmises aux CRSA pour analyse et avis.

Pas de données collectées.

### Observations - Préconisations :

Il est dommage de ne pas avoir de données quant à cette population.

Leur accès aux soins n'est pas à oublier. La CSDU ne comprend pas que l'Agence n'ait pas mis ces données à disposition.

# I - PROMOUVOIR ET FAIRE RESPECTER LES DROITS DES USAGERS

## 9. SANTE MENTALE : VEILLER AU BON FONCTIONNEMENT DES COMMISSIONS DEPARTEMENTALES DE SOINS PSYCHIATRIQUES

### Rappel cahier des charges

*Indicateurs/données à recueillir* : il s'agit de vérifier le fonctionnement effectif des commissions départementales de soins psychiatriques (CDSP), en mesurant la proportion de rapports transmis à l'ARS par chacune de ces commissions. La CRSA peut ensuite procéder à l'analyse de ces rapports si elle le souhaite.

### Rôle et missions de la commission départementale des soins psychiatriques (CDSP)

Depuis la loi du 5 juillet 2011, la commission départementale des soins psychiatriques (CDSP) a vu son rôle s'accroître et ses pouvoirs s'étendre. La CDSP répond à 8 missions principales, que sont :

- être informée, selon les cas, de toute décision d'admission en soins psychiatriques et de toutes décisions de maintien de ces soins et levées de ces mesures ;
- recevoir les réclamations des personnes faisant l'objet de soins psychiatriques sous contrainte, ou de leur conseil, et examiner leur situation ;
- examiner la situation de ces personnes et, obligatoirement, sous certaines conditions :
  - . celle de toutes les personnes admises en cas de péril imminent ;
  - . celle de toutes les personnes dont les besoins se prolongent au-delà d'une durée d'un an ;
- saisir le préfet ou le procureur de la République de la situation des personnes qui font l'objet de soins psychiatriques sans leur consentement ;
- visiter les établissements habilités, vérifier les informations figurant sur le registre et s'assurer que toutes les mentions prescrites par la loi y sont portées ;
- adresser 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 ;
- 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 ;
- statuer 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.

### Composition de la CDSP

La CDSP est composée de :

- 2 psychiatres, l'un désigné par le procureur général de la cour d'appel, l'autre par le préfet ;
- 1 magistrat, désigné par le premier Président de la cour d'appel ;
- 2 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 ;
- 1 médecin généraliste, désigné par le préfet.

Les médecins membres de la CDSP ont accès à toutes les données médicales relatives aux personnes dont la situation est examinée.

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

## I - PROMOUVOIR ET FAIRE RESPECTER LES DROITS DES USAGERS

Il est à noter que les personnels des établissements de santé sont tenus de répondre à toutes les demandes d'informations formulées par la CDSP.

### Les CDSP en Bretagne

En région Bretagne, une CDSP est mise en place dans chaque département.

Les données obtenues sont les suivantes :

Point sur les travaux des CDSP	Nombre de réunions en 2015	Nombre de dossiers examinés	Répartition des dossiers : soins psychiatriques sur décision du représentant de l'Etat	Répartition des dossiers : soins psychiatriques à la demande d'un tiers
Côtes d'Armor	2 réunions	130	Non précisé	Non précisé
Finistère	Pas d'informations			
Ille et Vilaine	Pas d'informations			
Morbihan	1 réunion	113	31	82

#### Observations - Préconisations :

Ces commissions fonctionnent (selon les échos que nous avons de la part des associations s'occupant du handicap psychique), aussi nous ne comprenons pas que ces données ne soient pas à disposition.

## II. RENFORCER ET PRESERVER L'ACCES AUX SOINS POUR TOUS

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

#### Rappel cahier des charges :

Indicateurs/données à recueillir : le Guide d'application du cahier des charges préconise que soit rapporté la part de la population vivant dans un bassin de vie dont la densité médicale de médecins généralistes est inférieure de 30% à la moyenne nationale (l'indicateur est disponible dans le contrat pluriannuel d'objectifs et de moyens Etat-ARS).

Le nombre de structures d'exercice collectif en milieu ambulatoire (maisons de santé, centres de santé) est aussi un indicateur disponible dans le contrat pluriannuel d'objectifs et de moyens Etat-ARS.

En revanche, le pourcentage d'offre en tarifs opposables par spécialité (secteur 1 + secteur 2) et par territoire de santé, ainsi que le taux de satisfaction des usagers de la permanence des soins n'ont pas pu être renseignés dans le cadre du CPOM et ne doivent donc pas être renseignés.

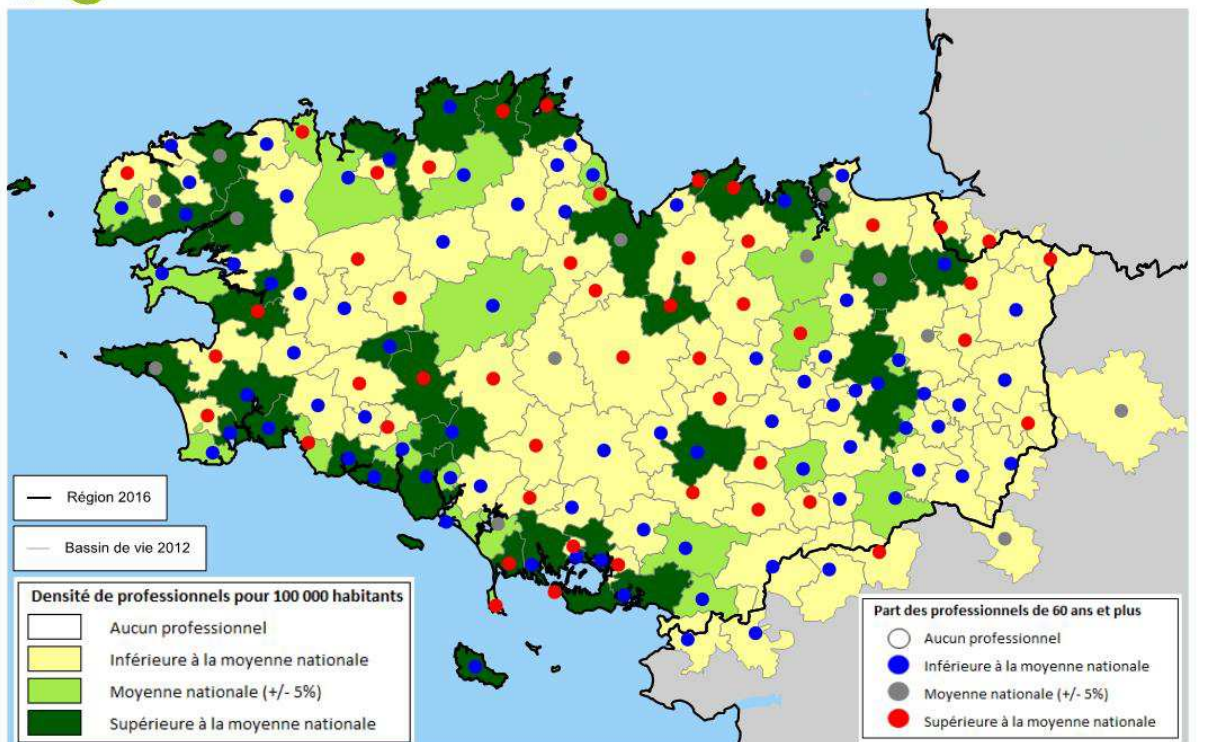
#### Couverture du territoire

La moyenne :

- en 2016 : 7% de la population bretonne est située dans un bassin de vie dont la densité de médecins est inférieure à 30 % de la moyenne nationale ;
- en 2014 : 5,9 % de la population bretonne est située dans un bassin de vie dont la densité de médecins généralistes libéraux est inférieure à 30% de la moyenne nationale ;
- la moyenne nationale des bassins de vie est 87,2 médecins généralistes libéraux pour 100 000 habitants et de 89,5 en 2014.

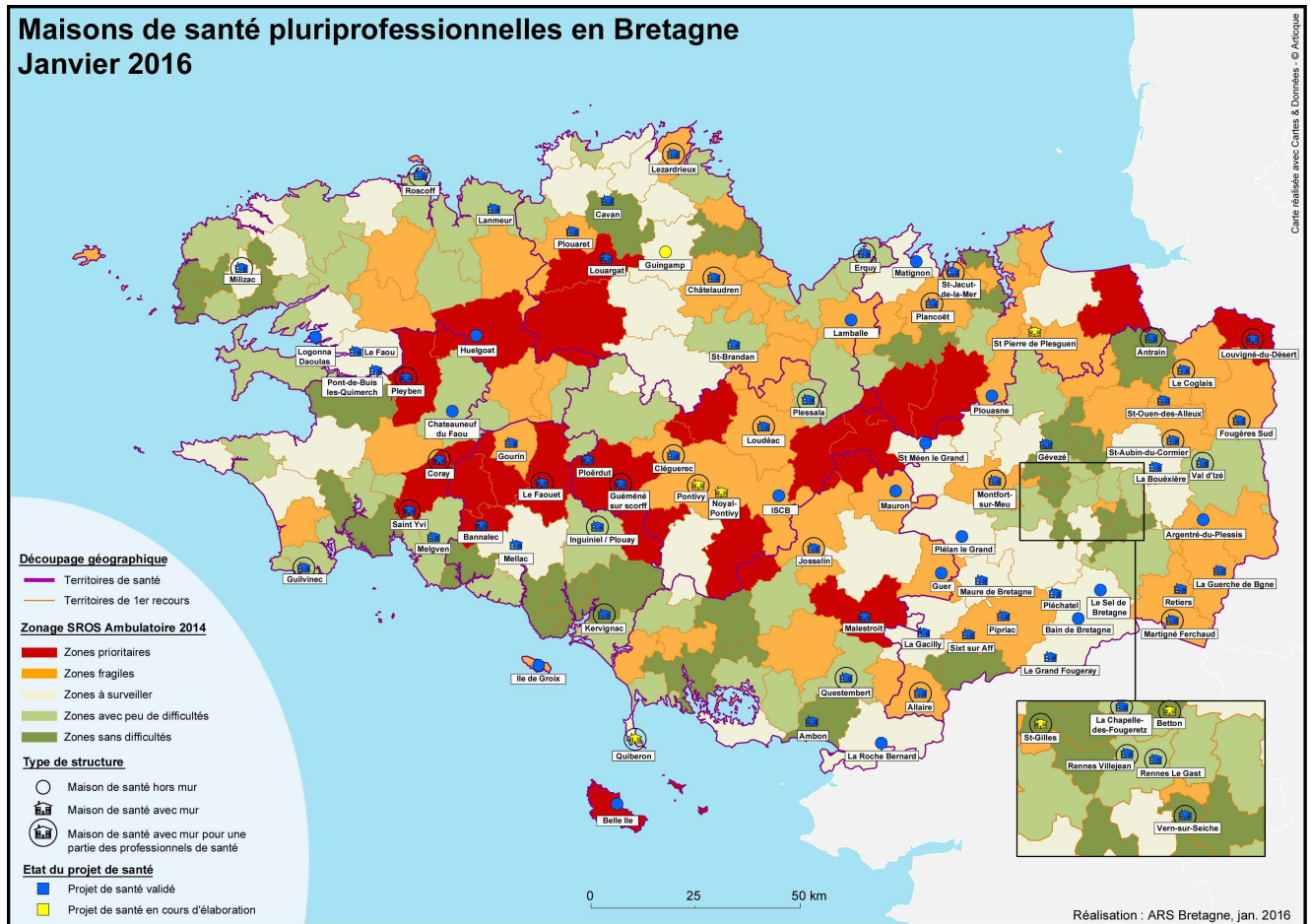


Libéraux - Densité et part de professionnels de 60 ans et plus par bassin de vie - 01/01/2016



## II. RENFORCER ET PRESERVER L'ACCES AUX SOINS POUR TOUS

### Nombre de maisons et pôles de santé en Bretagne : carte des maisons de santé



De ces deux documents il résulte que la Bretagne s'est montrée volontariste pour améliorer le dispositif permettant la création des maisons de santé ainsi que l'implantation de nouveaux praticiens permettant l'accès aux soins.

Toutefois, des zones restent mal pourvues et on constate une évolution négative quant à la population vivant dans un bassin de vie où la densité médicale est inférieure à 30% de la moyenne nationale.

### La permanence des soins en Bretagne

La permanence des soins (PDS) est une organisation de l'offre de soins, libérale et hospitalière, qui permet de maintenir la continuité et l'égalité de l'accès aux soins, notamment aux heures habituelles de fermeture des cabinets médicaux. Ainsi, la PDS est un élément fondamental du système de santé, car elle doit regrouper l'ensemble des moyens destinés à répondre aux demandes de soins non programmés, tous les jours de 20 heures à 8 heures, le samedi à partir de midi, le dimanche ainsi que les jours fériés de 8 heures à 20 heures.

**La PDS Ambulatoire** est définie par la loi HPST comme la première des quatorze missions de service public, assurée par les médecins exerçant en cabinets médicaux, en maisons médicales de garde, associations, sur la base du volontariat. En Bretagne, le cahier des charges régional de la PDS ambulatoire, a été mis en œuvre le 1<sup>er</sup> juin 2012 sur la base de 7 principes fondateurs conduisant à un dispositif fonctionnant pour l'ensemble de la région sur la totalité des horaires de PDSA avec une régulation médicale préalable.

## II. RENFORCER ET PRESERVER L'ACCES AUX SOINS POUR TOUS

Elle est chaque année évaluée au printemps à l'aide de 6 indicateurs, travaillés conjointement avec les acteurs et l'assurance maladie :

- Suivi de l'enveloppe,
- Activité et coût du dispositif,
- Complétude des tableaux de garde,
- Taux de participation des médecins à la PDSA,
- Activité de la régulation libérale au sein des SAMU centre 15 et formation des médecins libéraux à la régulation libérale,
- Dysfonctionnements.

Ces indicateurs ont démontré notamment l'implication des médecins libéraux bretons qui ont permis de couvrir les tableaux de garde à hauteur de 95,8 % en 2015 en constante augmentation depuis la mise en œuvre du CCR (91 % en 2012 - 94,5 % en 2013, et 95,6 % en 2014) et avec un taux de participation régional à la garde de 56,5 %. Le nombre de recours sur les horaires de la PDSA ont augmenté de 5 % entre 2013 et 2015 portant ceux-ci à 232 334 dont 91,8 % de recours régulés.

**La permanence des soins en établissement de santé (PDSES)** se définit comme l'accueil et la prise en charge de nouveaux patients dans une structure de soins d'un établissement de santé en aval et/ou dans le cadre des réseaux de médecine d'urgence, la nuit (à partir de la fin de journée - le plus souvent 20h -, et jusqu'à 8h du matin) ; le week-end (sauf le samedi matin), et les jours fériés. Elle concerne les établissements de santé du champ médecine, chirurgie, obstétrique (MCO). Les points d'articulation entre la PDSES et la permanence des soins ambulatoires (PDSA) sont les structures de médecine d'urgence (SAMU, SMUR essentiellement).

Ainsi, en 2015, au titre du Fonds d'Intervention Régional (FIR), l'ARS Bretagne a consacré en tout 44,4 millions d'euros à la PDS, dont 36,6 millions d'euros à la permanence des soins en établissements de santé (PDSES) et 7,8 millions d'euros à la permanence de soins ambulatoires (PDSA).

### L'accès aux soins d'urgence en moins de trente minutes

Il constitue un engagement du Président de la République. Afin de le concrétiser, l'ARS Bretagne a lancé le dispositif médecin correspondant SAMU. Il repose sur la mobilisation d'un médecin, formé à l'urgence, qui intervient en avant-coureur du Service Mobile d'Urgence et de Réanimation (SMUR), sur demande de la régulation médicale, dans des territoires où le délai d'accès à des soins urgents est supérieur à trente minutes.

L'action rapide d'un médecin correspondant SAMU constitue un gain de temps et de chance pour le patient. Elle réduit les délais de réponse à l'urgence par une prise en charge de proximité et de qualité.

Le dispositif médecin correspondant SAMU repose, en Bretagne, sur le volontariat de 14 médecins généralistes exerçant sur les 11 îles bretonnes. Il va par ailleurs être étendu aux médecins militaires de la base de Lanvéoc installé sur la presqu'île de Crozon : une 1<sup>ère</sup> en France !

En 2015, le dispositif a été financé via le FIR à hauteur de 64 777 € couvrant l'indemnisation des médecins qui sont intervenus, leurs formations ainsi que le financement de l'équipement en sac d'urgence des médecins militaires.

**Observations - Préconisations :** il ressort de ces données un travail important mené par l'Agence ainsi que par les collectivités locales, mais aussi les professionnels de santé pour veiller à une couverture du territoire et à la satisfaction en besoin de santé.

## II. RENFORCER ET PRESERVER L'ACCES AUX SOINS POUR TOUS

### 11. ASSURER FINANCIEREMENT L'ACCES AUX SOINS

#### Rappel cahier des charges :

*Indicateurs/données à recueillir : nombre de plaintes et de réclamations pour refus de soins pour les personnes en CMU (Couverture Maladie Universelle) et AME (Aide Médicale de l'Etat) : en attente de la réponse des ordres au courrier de la DGOS.*

Le document transmis par le conseil régional de l'ordre des médecins fait état de seulement deux plaintes pour des questions relatives aux accès aux soins, ce qui n'est pas significatif.

Comme les années précédentes, nous signalons les difficultés d'obtenir des données quant à cette thématique. De plus il est à souligner que les personnes qui rencontrent ce genre de difficultés ne vont quasiment jamais déposer plainte.

Le rapport d'activité annuel de la CMU précise **pour le niveau national** :

#### Les refus de soins

La loi du 26 janvier 2016, relative à la modernisation de notre système de santé, intervient dans la lutte contre les refus de soins, en confiant aux ordres professionnels concernés le soin d'évaluer, en lien avec des associations de patients agréées et selon des modalités précisées par décret, le respect du principe de non-discrimination dans l'accès à la prévention ou aux soins et de mesurer l'importance et la nature des pratiques de refus de soins.

Cette mission, confiée aux ordres professionnels, devrait permettre d'objectiver les pratiques des refus de soins, dont les signalements par les personnes qui en sont victimes restent limités.

#### **Le bilan des refus de soins signalés aux caisses du régime général en 2014**

La mission de conciliation de la CNAMTS a dressé le bilan des refus de soins signalés auprès des CPAM en 2014.

Ce bilan porte sur les refus de soins opposés aux bénéficiaires de la CMU-C, mais intègre également les signalements émanant des bénéficiaires de l'ACS. En effet, pour l'année considérée, au-delà du tiers-payant social, ces derniers bénéficiaient de l'opposabilité des tarifs, en application de l'article 1<sup>er</sup> de l'avenant n 8 du 25 octobre 2012, d'où l'importance de les intégrer dans ce suivi.

Plusieurs éléments à retenir :

- La CMU-C est le dispositif faisant l'objet du plus grand nombre de signalements avec 305 signalements (69,2 %), contre 136 pour l'ACS (30,8 %). Au total, 441 signalements sont comptabilisés sur les deux dispositifs.
- Proportionnellement aux effectifs comptabilisés dans chacun des dispositifs, les bénéficiaires de l'ACS apparaissent comme étant ceux les plus enclins à signaler les situations de refus de soins.
- Le refus de tiers payant et le comportement discriminatoire envers les bénéficiaires représentent les motifs de signalements les plus fréquents, tous dispositifs confondus : 68,5 % du nombre total de signalements. Le non-respect des tarifs opposables est le motif qui intervient juste après, avec 21,5 % du nombre total des signalements.
- Le refus de tiers payant représente plus de 40 % du nombre total des refus de soins signalés par les bénéficiaires de la CMU-C, mais également par les bénéficiaires de l'ACS.
- En 2014, les médecins spécialistes (229 cas) et les dentistes (120 cas) ont été les professionnels le plus fréquemment mis en cause lors des signalements de refus de soins.

## II. RENFORCER ET PRESERVER L'ACCES AUX SOINS POUR TOUS

En comparaison avec les années 2011 et 2012 (dernières données disponibles), le nombre de signalements de refus de soins opposés aux bénéficiaires de la CMU-C a diminué de plus de moitié. Cela peut laisser supposer, que les bénéficiaires sont de moins en moins enclins à signaler ces situations. Ce constat est également confirmé au niveau du Fonds CMU qui n'est désormais destinataire de signalements que de manière exceptionnelle.

### **Une étude sur la prise en charge des patients précaires par les médecins et les dentistes**

Le Fonds CMU et le Défenseur des droits ont lancé, en 2014, une recherche visant à recueillir le point de vue des professionnels de santé, concernant la prise en charge de patients vivant dans des conditions de vie précaires, notamment ceux qui sont en dessous du seuil de pauvreté, c'est-à-dire éligibles à la CMU-C ou à l'ACS.

Au-delà de leur point de vue sur les différentes questions posées par la précarité économique et sociale des patients, l'enquête interrogera les pratiques des médecins et dentistes à l'égard des patients précaires et les logiques de ces conduites, qui ne sont pas nécessairement formulées et conscientes.

Cette étude poursuit deux objectifs principaux :

- recueillir le point de vue de professionnels de santé, dans le cadre de soins ambulatoires, médecins et dentistes, concernant la précarité, son impact sur les conduites de santé et leurs rapports avec les patients vivant des conditions de vie difficiles, les effets sur leur prise en charge ;
- mieux comprendre les logiques psychosociales du refus de soins à l'égard des bénéficiaires de la CMU-C (et d'éventuelles autres catégories de patients s'il y a lieu).

Les résultats seront connus dans le courant du premier semestre 2016.

### **Les contributions du Fonds CMU**

Le Fonds CMU est régulièrement sollicité afin d'apporter son expertise sur des sujets en relation avec l'accès aux droits. En 2015, deux sujets ont particulièrement mobilisé le Fonds CMU.

### **La mission de l'IGAS relative à la protection sociale des jeunes**

Cette mission consistait en la réalisation d'un rapport analysant les problèmes liés à la couverture sociale des jeunes sous deux aspects principaux : d'une part, leurs conditions d'accès aux droits sociaux et à l'information dont ils bénéficient dans ce cadre et, d'autre part, leur situation en termes de droits, eu égard à la diversité des formes d'emploi ou de statuts qui caractérisent les premières années de leur insertion professionnelle.

Dans le cadre de cette mission, le Fonds CMU a été sollicité afin de fournir des éléments sur les sujets suivants :

- les effectifs et la dépense des bénéficiaires de la CMU-C ;
- les effectifs de l'ACS ;
- les caractéristiques des couvertures complémentaires souscrites par les jeunes ;
- les conditions d'ouverture du bénéfice de la CMU-C jeunes de moins de 25 ans.

Il n'est donc pas possible de faire un réel point de situation quant à notre région.

### **Observations - Préconisations :**

Il serait pertinent à l'avenir de pouvoir disposer de données régionales issues des rapports d'activité des CPAM (CMU, ACS) et de ne pas rester que sur des données nationales.



## II. RENFORCER ET PRESERVER L'ACCES AUX SOINS POUR TOUS

### 12. ASSURER L'ACCES AUX STRUCTURES DE PREVENTION

#### Rappel cahier des charges :

##### Indicateurs/données à recueillir :

- Taux de participation au dépistage organisé du cancer colorectal chez les personnes de 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.

Le Guide d'application du cahier des charges précise que les quatre indicateurs identifiés sont disponibles dans le contrat pluriannuel d'objectifs et de moyens Etat-ARS.

#### Taux de participation au dépistage organisé du cancer colorectal

	Nbre de personnes dépistées	Population INSEE Cible	Taux d'exclusion brut	Taux d'exclusion standardisé	Taux participation INSEE	Taux de participation INSEE standardisé
Données France entière	4 787 660	1 2426 844	12,8%	12,6%	29,8%	29,8%
Bretagne	258 205	958 156	16,4	16,1	32,2	32,1
Cotes d'Armor	45 743	191 539	15,9	15,4	28,4	28,1
Finistère	62 274	274 397	17,5	17,3	27,5	27,5
Ille et Vilaine	87 553	258 994	16,7	16,7	40,6	40,9
Morbihan	62 634	233 228	14,9	14,6	31,6	31,4

#### Taux de dépistage du cancer du sein

Données cancer du sein	Nombre de femmes dépistées	Population INSEE cible	Taux de participation INSEE
France entière	2 530 947	4 914 726	51,5%
Bretagne	149 027	255 144	58,4%
Cotes d'Armor	29 893	50 784	58,9%
Finistère	40 717	72 757	56,0%
Ille et Vilaine	40 249	69 098	58,2%
Morbihan	38 168	62 507	61,1%

## II. RENFORCER ET PRESERVER L'ACCES AUX SOINS POUR TOUS

### Taux couverture vaccinale des enfants :

Source : Dr Dominique LE GOFF Médecin inspecteur de santé publique

Couverture vaccinale des enfants de 24 mois contre la rougeole, oreillons, rubéole (ROR)	1 Dose CS 24	2 Doses CS 24
Cotes d'Armor	92,4%	73,6%
Finistère	84,7%	74,0%
Ille et Vilaine	88,3%	74,8%
Morbihan	92,7%	73,3%
Objectif	<b>95,0%</b>	<b>80,0%</b>

### Prévalence de l'obésité et du surpoids parmi les enfants en grande section de maternelle

Aucune donnée ne nous a été communiquée sur ce volet.

#### Observations - Préconisations :

Les données obtenues font état d'une bonne satisfaction par rapport au dépistage du cancer colorectal et du sein par rapport à la France. Toutefois des écarts sont à signaler entre les départements.

En ce qui concerne les vaccinations des efforts restent à faire.

Pour l'obésité des enfants, les données ne nous sont pas parvenues pourtant les services de PMI doivent détenir de telles informations.

## II. RENFORCER ET PRESERVER L'ACCES AUX SOINS POUR TOUS

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

#### Rappel cahier des charges :

##### Indicateurs/données à recueillir :

- Nombre de contrats locaux de santé signés au titre l'Art. L.1434-17 (CSP) sur des territoires prioritaires urbains (CUCS, ZEP) ou ruraux (isolés).
  - Ecart intra-régionaux d'équipements en ESMS 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 +).
  - Nombre de logements ayant fait l'objet d'une évaluation sanitaire ayant conduit à une procédure d'insalubrité au titre du CSP.
- Ces trois indicateurs sont disponibles dans le contrat pluriannuel d'objectifs et de moyens Etat-ARS.

#### Nombre de contrats locaux de santé

A ce jour, 14 Contrats Locaux de Santé ont été signés en Bretagne et 3 sont en cours de signature.

Les 14 CLS qui ont été signés sont les suivants :

- Pays de Vitré / Portes de Bretagne
- Pays du centre Ouest Bretagne
- Communauté de communes de Belle Ile en mer
- Morlaix Communauté
- Ville de Rennes
- Pontivy Communauté
- Pays de Ploermel / Cœur de Bretagne
- Pays de Fougères
- Pays du Centre Bretagne
- Pays du Trégor Goello
- Pays de Redon / Bretagne Sud
- Communauté de communes du pays de Quimperlé
- Les Iles du Ponant
- Pays de Guingamp

Les 3 CLS qui sont en cours de signature :

- Concarneau Cornouaille Agglomération
- Pays de Brest
- Pays COB

C'est donc un très bon engagement. Il est à noter que sur l'année 2015 ce sont donc 3 CLS qui ont été concrétisés et, en 2016, 3 également.

#### Ecarts intra régionaux en établissements et services médico sociaux personnes handicapées

Les écarts intra régionaux d'équipements en ESMS mesurés à partir de la dépense d'assurance maladie rapportée à la population cible PH en Bretagne sont de :

- en 2014, 16,60%,
- **en 2015, 16,60 % pour une cible CPOM de 15 %**,
- en 2016, la cible CPOM est de 14,5%.

## II. RENFORCER ET PRESERVER L'ACCES AUX SOINS POUR TOUS

### Écarts intra régionaux en établissements et services médico sociaux personnes âgées

Les écarts intra régionaux d'équipements en ESMS mesurés à partir de la dépense d'assurance maladie rapportée à la population cible des personnes âgées en Bretagne est de 6,8% en 2015.

Il est pertinent de pointer aussi les taux d'équipements.

### Personnes handicapées

Taux d'équipement au 31.12.2015 par catégorie d'établissement : places pour 1 000 habitants de 20 à 59 ans

Sources : DREES, FINESS ; INSEE, estimations de population

Taux d'équipement	Bretagne	Côtes d'Armor	Finistère	Ille-et-Vilaine	Morbihan	France métropolitaine
<b>Taux d'équipement en établissements d'hébergement pour adultes handicapés</b>						
Taux d'équipement en places d'accueil spécialisé pour adultes handicapés	0,7	1,5	0,5	0,6	0,7	0,8
Taux d'équipement en places d'accueil médicalisé pour adultes handicapés	1,0	1,0	1,2	0,7	1,3	0,8
Taux d'équipement en places dans les foyers de vie (inclut les foyers occupationnels)	1,9	1,9	1,9	1,9	1,7	1,5
<b>Taux d'équipement en places dans les Établissements et Service d'Aide par le Travail (ESAT)</b>	<b>3,9</b>	<b>4,2</b>	<b>4,0</b>	<b>3,8</b>	<b>3,9</b>	<b>3,6</b>

Les taux peuvent apparaître supérieurs à la moyenne nationale mais il faut tenir compte d'un nombre plus important de personnes handicapées en Bretagne du fait que la Bretagne est une « terre de retour » (cf. tableau ci-dessous du nombre de personnes relevant de l'AAH).

Sources : DREES, ISD, enquête aide sociale ; CNAF, fichier DREES ; MSA, fichier DREES ; INSEE, ISD

Allocataires	Bretagne	Côtes d'Armor	Finistère	Ille-et-Vilaine	Morbihan	France métropolitaine
<b>Allocation Adulte Handicapé</b>						
Nombre d'allocataires au 31.12.2015	57 776	10 473	16 326	17 824	13 153	1 027 127
Allocataires de l'AAH / 100 personnes de 20 à 64 ans (1)	3,2	3,3	3,2	3,0	3,2	2,8
<b>Prestation de Compensation du Handicap (PCH) et Allocation Compensatrice pour Tierce Personne (ACTP)</b>						
Nombre d'allocataires PCH + ACTP au 31.12.2014	14 681	2 738	4 350	4 249	3 344	310 108
Nombre d'allocataires PCH + ACTP / 1 000 personnes sur la population générale	4,5	4,6	4,8	4,1	4,5	4,8

## II. RENFORCER ET PRESERVER L'ACCES AUX SOINS POUR TOUS

### Personnes âgées

Taux d'équipement au 31.12.2015 en nombre de places pour 1 000 habitants de 75 ans et plus

Sources : DREES, FINESS ; INSEE, estimations de population

Equipement	Bretagne	Côtes d'Armor	Finistère	Ille-et-Vilaine	Morbihan	France métropolitaine
Taux d'équipement en places dans les structures non EHPAD pour 1000 personnes âgées de 75 ans et plus (places en maison de retraite, logements de logements-foyers, places USLD)	18,3	15,2	10,6	20,8	27,7	25,5
Taux d'équipement en places dans les EHPAD pour 1000 personnes âgées de 75 ans et plus	119,4	127,3	121,4	127,1	101,7	101,4
Taux d'équipement en places dans les services de soins à domicile pour 1000 personnes âgées de 75 ans et plus (SSIAD + SPASAD)	19,6	24,5	18,8	19,5	16,3	20,7

Pour le taux d'équipement en établissement de personnes âgées, il serait pertinent d'avoir un ratio non pas sur la population des 75 ans et plus mais de la population des 84 ans et plus rapportée à 1000 habitants (en effet, c'est l'âge où les personnes âgées entrent en EHPAD).

### Nombre de logements ayant fait l'objet d'une évaluation sanitaire ayant conduit à une procédure d'insalubrité au titre du Code la Santé Publique (CSP)

22	Remédiable	Irrémédiable	Impropre	Urgence	Total	Nb de logements concernés	Nb de personnes concernées
ARS	3	12	1	0	16		
SCHS	0	0	1	0	1		
Total	3	12	2	0	17	17	34

29	Remédiable	Irrémédiable	Impropre	Urgence	Total	Nb de logements concernés	Nb de personnes concernées
ARS	1	1	1	1	4		
SCHS	0	0	0	1	1		
Total	1	1	1	2	5	9	7

35	Remédiable	Irrémédiable	Impropre	Urgence	Total	Nb de logements concernés	Nb de personnes concernées
ARS	0	1	1	1	3		
SCHS	1	2	1	0	4		
Total	1	3	2	1	7	10	11

## II. RENFORCER ET PRESERVER L'ACCES AUX SOINS POUR TOUS

56	Remédiable	Irrémédiable	Impropre	Urgence	Total	Nb de logements concernés	Nb de personnes concernées
ARS	1	0	2	2	5		
SCHS	0	0	0	0	0		
Total	1	0	2	2	5	5	9

Bretagne	Remédiable	Irrémédiable	Impropre	Urgence	Total	Nb de logements concernés	Nb de personnes concernées
ARS	5	14	5	4	28		
SCHS	1	2	2	1	6		
Total	6	16	7	5	34	41	61

### Nombre de signalements

Département	Signalements	Visites	RSD	ARRETES
22	123	112	2	17
29	82	31	26	5
35	51	25	30	7
56	60	60	55	5
Total	316	228	113	34

On constate que 41 logements ont fait l'objet d'une évaluation sanitaire ayant conduit à une procédure prévue par le CSP (34 arrêtés préfectoraux). Mais, compte tenu des arrêtés pour situation de danger, il est plus juste de considérer que 36 logements ont fait l'objet de 29 arrêtés préfectoraux (Cf. message de Michel Lars, ingénieur d'études sanitaire principal).

#### Observations - Préconisations :

Les données telles que fixées par le cahier des charges relatives à cette thématique portant sur la réduction des inégalités d'accès à la prévention, aux soins et à la prise en charge médico-sociale sur tous les territoires ne permettent pas de mettre en évidence ces écarts.

Aussi serait-il pertinent de trouver des indicateurs plus pertinents comme par exemple pour les couvertures des territoires en équipements et en services médico sociaux pour les personnes âgées et les personnes handicapées.

Les ratios d'équipements qui sont souvent donnés avec des comparatifs avec le niveau national sont à pondérer selon les spécificités des régions et des territoires.

Les données sur les logements ayant donné lieu à une évaluation sanitaire posent une interrogation et ne permettent pas de donner une image fidèle de la qualité des logements.

### III. CONFORTER LA REPRESENTATION DES USAGERS DU SYSTEME DE SANTE

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

##### Rappel cahier des charges :

##### Indicateurs/données à recueillir :

- Typologies de formations organisées pour les représentants des usagers (par rapport au cahier des charges proposé en janvier 2011),
- Nombre de formations réalisées,
- Nombre de personnes formées / nombre de représentants issus d'associations agréées en santé (art. L.1114-1 CSP),
- Dispositif d'information sur ces formations.

Les données reprises dans cet item prennent en compte les diverses formations organisées par le CISS Bretagne.

D'autres instances comme la Maison associative de la Santé ou des fédérations ont aussi organisé des réunions et des formations mais nous n'avons pas obtenu de données permettant leur prise en compte.

##### Mission de Formation et d'information

##### Actions de formation

##### Formation « Ethique »

Formation animée par Bernard-Marie DUPONT, Philosophe, généticien, spécialiste d'épistémologie, Professeur à l'Institut éthique et soins hospitaliers. Il a présidé plusieurs comités d'éthique locaux. Cette formation a pu se mettre en place grâce au soutien du CISS National (2 journées de formation de base et une journée de formation complémentaire).

Destinée aux représentants d'usagers, elle avait pour objectifs la définition de la démarche éthique en santé, la prise de conscience des différents paradigmes du soin qui traversent le système de santé aujourd'hui, l'identification des finalités du comité d'éthique et les étapes de production d'un avis et l'expérimentation autour de la participation aux travaux du comité.

→ 3 journées ont été organisées réunissant 40 participants.

##### Formation « Conseil de vie sociale » (CVS)

Animée par Hubert STEPHAN, Vice-Président du CISS Bretagne, référent formation, membre de l'Association des Paralysés de France et ancien Président de CVS. Cette formation est destinée à tous les acteurs qui siègent ou qui souhaitent siéger en CVS, elle vise l'appropriation de la fonction de membre de CVS, la connaissance du contexte législatif et des valeurs qui en découlent ainsi que l'expérimentation et l'échange autour de mises en situations.

→ 8 journées ont ainsi été organisées en 2015 (4 sessions de 2 jours) et ont regroupé 46 représentants d'usagers en CVS. Cette action est poursuivie au cours de l'année 2016.

##### Formation « Education thérapeutique du patient » (ETP)

Animée par Jean-François LEGER, coordinateur d'actions d'éducation thérapeutique; formateur en éducation thérapeutique. Elle est certifiante et vise la connaissance du cadre législatif de l'ETP, l'identification des enjeux, des différents domaines d'influence sur la santé des personnes et leur vécu de la maladie.

### III. CONFORTER LA REPRESENTATION DES USAGERS DU SYSTEME DE SANTE

Elle permet l'expérimentation et les échanges autour la mise en place d'une démarche ETP de son élaboration à son évaluation, la construction d'une séance ETP et l'animation d'un groupe de patients.

→ 1 session de 6 jours a été proposée aux membres des associations adhérentes. Elle a regroupé 15 participants. Cette formation sera à nouveau proposée en 2016.

#### Formation « Commission de la Relation avec les Usagers et de la Qualité de la Prise en Charge » (CRUQPC)

Animée par Jean-Yves LAUNAY, Coordinateur CISS Bretagne et représentant des usagers en CRUQPC. La formation a pour objectifs la compréhension du rôle et du fonctionnement des CRUQPC et la place de chacun de ses membres, de permettre aux membres de prendre pleinement leur place de représentant des usagers (RU) et de leur permettre de situer la CRUQPC dans la politique qualité de l'établissement.

→ 4 journées ont été organisées réunissant 65 participants en 2015.

Des formations CVS et CRUQPC ont été organisées, à la demande, et au sein d'un établissement ou inter-établissements. Le lieu de la formation (salle et logistique) ainsi que les repas étaient alors à la charge de l'établissement demandeur.

#### Actions d'information

##### 5èmes assises du CISS Bretagne : « Santé : anticipez l'avenir ».

Une journée sur le thème de la personne de confiance, les directives anticipées et l'éthique qui s'est déroulée en octobre 2015 à Rennes. Elle a réuni 134 personnes.

#### BILAN des actions d'information et de formation via le CISS Bretagne :

**399 personnes en 2015 autour de 7 thématiques.**

#### Observations - préconisations :

Ces bilans sont satisfaisants et ont été rendus possibles grâce aux moyens dédiés au CISS via son CPOM .

Les moyens qui provenaient du FIR les années antérieures n'ont pu être mobilisés de la même façon en 2015 et n'ont pas permis d'avoir d'aussi bons résultats.

La mise en place de l'UNAASS dont une des missions est bien de veiller à la formation des représentants des usagers devrait permettre d'assurer les formations pour toutes les nouvelles personnes impliquées au sein de ces instances de démocratie en santé.



## IV. RENFORCER LA DEMOCRATIE SANITAIRE

### 15. GARANTIR LA PARTICIPATION DES REPRESENTANTS DES USAGERS ET DES AUTRES ACTEURS DU SYSTEME DE SANTE DANS LES CONFERENCES REGIONALES DE LA SANTE ET DE L'AUTONOMIE ET LES CONFERENCES DE TERRITOIRE

#### Rappel cahier des charges :

##### Indicateurs/données à recueillir :

- Taux de participation globale et par collège des membres des CRSA et CT,
- Taux de participation des représentants des usagers dans les CRSA et les CT.

Présences constatées en CRSA en 2015 sur les 3 sessions :

Collège	Taux de participation		
	2013	2014	2015
Collège des représentants des collectivités territoriales	33 %	61,5 %	24,1 %
Collège des représentants des usagers de services de santé ou médico-sociaux	67 %	79,36 %	83,3 %
Collège des représentants des conférences de territoire	67 %	42,85 %	66,7 %
Collège des partenaires sociaux	47 %	56,76 %	46,4 %
Collège des acteurs de la cohésion et de la protection sociale	29 %	54,17 %	77,8 %
Collège des acteurs de la prévention et de l'éducation pour la santé	42 %	78,94 %	75,0 %
Collège des offreurs des services de santé	48 %	66,92 %	76,7 %
Collège des personnalités qualifiées	67 %	87,5 %	100,0 %
<b>TOTAL (CRSA dans sa globalité)</b>	<b>49 %</b>	<b>67,42 %</b>	<b>68,8 %</b>

Le taux de participation est comparable à celui de 2014. Ce qui est un bon résultat. Il est bon aussi de souligner que les représentants des usagers réalisent un bon taux de participation, ce qui les honorent.

Pour les conférences de territoires les données sont les suivantes :

Collège	Taux de participation en 2015 (en %)								
	CT 1	CT 2	CT 3	CT 4	CT 5	CT 6	CT 7	CT 8	TOTAL
Etablissements de santé	48,1	40	63	47	55	80	73	61	<b>58</b>
Ets sociaux et médico-sociaux	66,7	50	46	42	56	56	75	56	<b>56</b>
Organismes	44,4	55,56	67	78	33	17	89	83	<b>58</b>
Professionnels santé libéraux	5,6	6	39	22	25	25	6	60	<b>24</b>
Interne en médecine	0	0	0	0	0	0	0	0	<b>0</b>
Centres de santé	50	67	67	33	75	100	67	75	<b>67</b>
Etablissements HAD	0	0	33	67	0	50	33	0	<b>23</b>
Services de santé au travail	66,7	0	0	0	0	0	0	0	<b>8</b>
Usagers du système de santé	79,2	66,67	71	88	64	75	96	94	<b>79</b>
Collectivités territoriales	33,3	73	48	24	21	25	52	29	<b>38</b>
Ordre des médecins	0	100	67	67	75	50	67	0	<b>53</b>
Personnalités qualifiées	33,3	89	17	33	25	25	33	75	<b>41</b>
<b>TOTAL (CT dans sa globalité)</b>	<b>45,6</b>	<b>48,67</b>	<b>52</b>	<b>46</b>	<b>46</b>	<b>54</b>	<b>63</b>	<b>61</b>	<b>52 %</b>

Ce taux de participation moyen sur l'ensemble des 8 conférences de territoire est en baisse par rapport à 2014 et 2013.

## IV. RENFORCER LA DEMOCRATIE SANITAIRE

### Observations :

Cette participation devrait être meilleure en 2016 du fait que le nombre de suppléants a été augmenté ce qui nécessairement devrait favoriser une plus importante participation. Toutefois les premiers constats tirés des réunions plénières de 2016 ne vont pas dans ce sens.

### Observations - Préconisations :

On peut certes être satisfait de ces taux de participations, toutefois, compte tenu de la présence sur chaque poste de suppléants, ces résultats devraient être meilleurs, surtout que les calendriers des réunions sont fixés à l'avance permettant ainsi d'avoir les possibilités de participation entre titulaires et suppléants.

Le règlement intérieur de ces instances prévoit de démettre de son mandat les personnes régulièrement absentes. Mais cette disposition n'est pas mise en application.

## V. SYNTHÈSE DES DROITS DES USAGERS PAR SECTEUR

Il est compliqué de dresser une synthèse des droits des usagers par secteur notamment du fait :

- d'un manque de données permettant de donner une bonne image de la situation,
- de données non suffisamment précises et pouvant être exploitées comme la synthèse des rapports des CRUQCP,
- de la non parution par l'ARS et les CD des synthèses des évaluations externes.

Toutefois, les quelques éléments ci-dessous sont à signaler :

### • Pour les soins de ville

- ✓ On constate une volonté des différents acteurs pour permettre l'égal accès aux soins que ce soit :
  - avec la politique d'installation des médecins,
  - les critères des Maisons de Santé Pluridisciplinaires,
  - les services mis en place pour les urgences.
- ✓ L'accès au dossier médical partagé reste toutefois en suspens.
- ✓ La non connaissance des données de la CMU en région Bretagne (manque de dossiers).
- ✓ Une difficulté d'accès aux médecins spécialistes.
- ✓ Le fait que la Bretagne ne connaisse pas trop de dépassements d'honoraires.

### • Pour le sanitaire

- ✓ Les rapports des CRUQPC sont établis mais leur synthèse est inexploitable dans le détail.
- ✓ La certification V2014 n'a pu permettre une évaluation car trop peu d'établissements ont été impliqués en 2015.
- ✓ Au travers de la synthèse du rapport des CRUQPC, on peut toutefois préciser que dans de très nombreux établissements les droits des usagers sont effectifs. Nous regrettons de ne pas avoir la possibilité de connaître les établissements non respectueux de ces droits.
- ✓ Une interrogation quant aux directives anticipées et leur réalité.

### • Pour le médico-social

- ✓ Des ratios qui semblent satisfaisants en termes d'équipements, mais qui ne sont pas en corrélation avec les besoins recensés par les MDPH pour les personnes handicapées, ni avec la population des plus de 84 ans pour les personnes âgées.
- ✓ Des données qui manquent et qui devraient être issues des rapports d'évaluation.
- ✓ Pour la formation, il est quasiment impossible d'avoir des données des OPCA.

### • Cas particuliers

- ✓ Pour les populations particulières :
  - les personnes détenues : il est dommage de ne pas avoir de données,
  - les personnes avec un handicap psychique : le fonctionnement des CDSP devrait être connu,
  - pour les logements insalubres : on pourrait déduire des chiffres que c'est satisfaisant, mais cette image ne semble pas correspondre à la réalité.
  - Scolarisation des personnes handicapées : une satisfaction quant aux évolutions du nombre d'enfants scolarisés. Toutefois, il faut modérer ces propos compte tenu que des enfants handicapés sont scolarisés en milieu ordinaire alors qu'ils auraient besoin d'une place en ESMS (plans de compensation définies par les MDPH / CDAPH).

## VI. PRECONISATIONS ET SUIVI DES RECOMMANDATIONS

- ✓ Une collecte de données qui est à faire au plus tôt de la fin de l'exercice, que ce soit auprès des différents services de l'Agence, des Conseils Départementaux et des autres organismes.  
Le rapport de l'année N doit prendre en compte les données de l'année N-1 et donner lieu à validation en CRSA au 1<sup>er</sup> semestre de l'année N+1.
  
- ✓ La CSDU souhaiterait pouvoir consulter les différents rapports établis par les CRUQPC (maintenant les CDU) afin de mieux cerner le fonctionnement de ces instances.  
La synthèse produite ne donne qu'une image globale sans pouvoir cerner les établissements et le fonctionnement de leur CRUQPC.
  
- ✓ Pour les établissements médico-sociaux, l'envoi d'un questionnaire simplifié permettant le recueil des données sur les droits des usagers serait nécessaire.
  
- ✓ Il serait pertinent d'avoir un focus sur les droits des usagers à domicile, le fonctionnement des SSIAD, et les services à la personne.
  
- ✓ Nous observons la nécessité d'intégrer un questionnaire sur les représentants des usagers et les GHT.

# ANNEXE

## Glossaire

AED : Assistant d'Education  
AFR : Actions de Formations Régionales  
AM : Assurance Maladie  
AME : Aide Médicale d'Etat  
ANESM : Agence Nationale d'Evaluation Sociale et Médico-Sociale  
ANFH : L'Association Nationale pour la Formation permanente du personnel Hospitalier  
ARS : Agence Régionale de Santé  
AUB Santé : Aide aux Urémiques de Bretagne  
AVS : Auxiliaire de Vie Scolaire  
AVSI : Auxiliaire de Vie Scolaire Individuel  
AVSM : Auxiliaire de Vie Scolaire Mutualisé  
CDSP : Commission départementale des soins psychiatriques  
CHS : Centre Hospitalier Spécialisé  
CHU : Centre Hospitalier Universitaire  
CISS : Collectif Interassociatif sur la Santé  
CLIS : Classes pour l'Inclusion Scolaire  
CLS : Contrats Locaux de Santé  
CMU : Couverture Maladie Universelle  
CPAM : Caisse Primaire d'Assurance Maladie  
CPC : Chambre Professionnelle du Conseil  
CRA: Centre de Ressources Autisme  
CRRF : Centre de Rééducation et de Réadaptation Fonctionnelles  
CRSA : Conférence Régionale de la Santé et de l'Autonomie  
CRUQPC : Commission des Relations avec les Usagers et de la Qualité de la Prise en Charge  
CSDU : Commission Spécialisée Droit des Usagers  
CT : Conférence de Territoire  
CVS : Conseil de la Vie Sociale  
DGOS : Direction Générale de l'Offre de Soins  
DMP : Dossier Médical Personnel  
DPC : Développement Professionnel Continu  
DRESS : Direction de la recherche, des études, de l'évaluation et des statistiques  
EHPA : Etablissement d'Hébergement pour Personnes Agées  
EHPAD : Etablissement d'Hébergement pour Personnes Agées Dépendantes  
EPSM : Etablissement Public de Santé Mentale  
EREA : Etablissements Régionaux d'Enseignement Adapté  
ESAT: Etablissement et Service d'Aide par le Travail  
ESMS: Etablissement Social et Médico-Social  
ESPIC : établissement de santé privé d'intérêt collectif  
ETP : Education Thérapeutique du Patient  
EVS : Emploi Vie Scolaire  
FAM: Foyer d'Accueil Médicalisé  
HAS : Haute Autorité de la Santé

## ANNEXE

HIA : Hôpital d'Instruction des Armées

HPST : loi « Hôpital, Patient, Santé et Territoire »

IEM: Institut d'Education Motrice

IME: Instituts Médico-Educatifs

ITEP: Instituts Educatifs, Thérapeutiques et Pédagogiques

MAS: Maisons d'Accueil Spécialisées

MC : Maison de Convalescence

MCO : Médecine, Chirurgie, Obstrétique

MDPH : Maison Départementale des Personnes Handicapées

MECS : Maison d'Enfant à Caractère Social

MSP : Maison de Santé Pluridisciplinaire

OPCA : Organismes Paritaires Collecteurs Agréés

OSSD : Observatoire des Structures de Santé des personnes Détenues

PSP : Pôle de Santé Pluridisciplinaire

PR : Etablissements scolaires Privé

PU : Etablissements scolaires Public

RU : Représentant des Usagers

SBRA : Société brestoise du rein artificiel

SCHS : Service communal d'hygiène et de santé

SDC : Structure d'Etude et de traitement de la Douleur Chronique

SEGPA : Section d'Enseignement Général et Professionnel Adapté

SESSAD: Service d'Education Spéciale et de Soins à Domicile

SSR : Soins de Suite et de Réadaptation

UE : Unité d'Enseignement

ULIS : Unités Pédagogiques d'Intégration

UNAFAM: Union Nationale de Familles ou Amis de personnes Malades et handicapées psychiques

USLD : Unité de Soins Longue Durée



CRSA  
Rapport annuel  
2016

## Respect des droits des usagers du système de santé



**Directeur de la publication :** Bernard GAILLARD  
**Coordination :** Clélia BASSINAT, Claude LAURENT,  
Karen LETENDART, Marie-Laure ROUMIEUX  
**Rédaction :** Claude LAURENT  
**Crédits photos :** ARS Bretagne  
**Impression :** ARS Bretagne  
**Réalisation :** ARS Bretagne  
**Dépôt légal :** à parution  
**N° ISSN :** 2416-4674