

Rapport Annuel

sur le respect des Droits des Usagers en Bretagne



Photos: © iStockphoto / © iStockphoto / © iStockphoto

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. Rendre effectif le processus d'évaluation sur le respect des droits des usagers 6
3. Droit au respect de la dignité de la personne : promouvoir la bientraitance 15
4. Droit au respect de la dignité de la personne : prendre en compte la douleur 21
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 25
6. Droit à l'information : permettre l'accès au dossier médical 29
7. Assurer la scolarisation des enfants handicapés en milieu ordinaire ou adapté 34
8. Droit des personnes détenues : assurer la confidentialité des données médicales et l'accès des personnes à leur dossier médical 37
9. Santé mentale : veiller au bon fonctionnement des commissions départementales de soins psychiatriques 38

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

10. Assurer l'accès aux professionnels de santé libéraux 40
11. Assurer financièrement l'accès aux soins 45
12. Assurer l'accès aux structures de prévention 46
13. Réduire les inégalités d'accès à la prévention, aux soins et à la prise en charge médico-sociale sur tous les territoires 48

III. CONFORTER LA REPRESENTATION DES USAGERS DU SYSTEME DE SANTE

14. Former les représentants des usagers siégeant dans les instances du système de santé 52

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 54

V. SYNTHÈSE, PRECONISATIONS ET SUIVI DES RECOMMANDATIONS 56

GLOSSAIRE 58

ÉDITO

Ce rapport d'activité des droits des usagers de 2017 avec les données de 2016, a donné lieu à une élaboration conjointe par l'ARS et la Commission spécialisée des droits des usagers (CSDU) de la CRSA. Il est conforme au 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.

Il est à souligner les travaux importants des services de l'Agence pour la collecte des nombreuses données nécessaires à cette rédaction.

Afin de permettre aussi son enrichissement notamment au niveau des préconisations ou des observations, la maquette a donné lieu à une communication à tous les membres de la CRSA afin qu'en fonction de leurs activités ou responsabilités, ils puissent enrichir ce travail.

Nous aurions aussi souhaité pouvoir, en amont de sa validation en commission plénière, le présenter pour un dernier recueil d'avis aux diverses commissions spécialisées, mais les délais et les plans de charge de ces commissions, notamment avec les travaux sur le PRS, ne l'ont pas permis.

Notre commission déplore encore cette année que les modalités de production par voie informatique des rapports des CDU des établissements sanitaires, si elles permettent d'uniformiser ces rapports, et donc de pouvoir établir des synthèses au niveau national, 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.

Nous souhaiterions aussi que le cahier des charges puisse évoluer permettant de pouvoir mieux cerner certaines thématiques plutôt que d'avoir un même travail avec une même trame depuis 6 ans.

La commission spécialisée sur les droits des usagers souhaite remercier très chaleureusement les différents personnels des services de la démocratie en Santé de l'Agence qui ont cette année fait un travail remarquable de collecte et d'élaboration de la trame de ce rapport



Claude LAURENT,
Président de la CSDU de Bretagne

A handwritten signature in blue ink, appearing to read 'Claude Laurent', written over a light blue 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 et 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 2016 (éducation thérapeutique ; relation médecin-patient ; mise en place et participation à des campagnes de santé publique en prévention / gestion des crises sanitaires ; prise en charge de la douleur ; sécurité des soins, gestion des risques associés, iatrogénie ; soins palliatifs et fin de vie ; système d'information et dossier médical).

Formations proposées aux professionnels de santé libéraux et salariés des centres de santé conventionnés (données 2016)

L'Agence nationale du Développement Professionnel Continu (DPC) assure le pilotage du dispositif de développement professionnel continu pour l'ensemble des professionnels de santé quel que soit leur mode d'exercice.

Les données fournies par l'Agence du DPC nous indiquent qu'en 2016, 28 943 actions de formations ont été publiées au niveau national. Parmi ces propositions, 1 222 concernaient spécifiquement la région Bretagne, dont 28 portaient sur les droits des usagers.

En 2016, sur les 93 participants, 29 exercent dans le Morbihan, 25 dans les Côtes d'Armor et 20 dans le Finistère. Les 19 participants restants, sont soit des professionnels d'un autre département soit un même professionnel qui a assisté à plusieurs formations.

Observations - Préconisations :

Depuis la rédaction des rapports annuels sur les droits des usagers, c'est la première fois que nous obtenons des informations quant aux formations de l'Agence du DPC. Nous nous devons de saluer ce fait.

Les résultats en ce qui concerne la formation des professionnels sur les droits des usagers sont encore faibles. Ces démarches sont à poursuivre et à encourager. (Il est à regretter que sur les formations seulement 2,2% des actions concernent les droits des usagers. On peut aussi regretter que pour le département d'Ille-et-Vilaine il n'y a pas eu de professionnels ayant suivi de telles actions.

Des actions seraient aussi à préconiser et à mettre en œuvre pour que la formation initiale des professionnels de santé soit élargie pour intégrer ces questions.

• Champ sanitaire

Rappel cahier des charges

Indicateurs/données à recueillir : le Guide d'application du cahier des charges indique qu'il convient d'examiner l'offre de formation proposée par l'ANFH à ses adhérents (établissements du secteur public), qui s'articule autour d'actions de formations nationales (AFN), fruit d'un partenariat entre l'ANFH et la Direction générale de l'offre de soins (DGOS) et d'actions de formations régionales (AFR) bâties par les délégations régionales ANFH. Les thèmes de formation sont fixés par les instances paritaires régionales de l'ANFH.

Les données à recueillir sont donc les différentes actions de formations régionales (AFR) mises en place en 2016 sur les droits des usagers.

I - PROMOUVOIR ET FAIRE RESPECTER LES DROITS DES USAGERS

Nous n'avons pas reçu de données de la part de l'organisme sollicité : ANFH.

Observations - Préconisations :

En l'absence de données, il n'est pas possible de pouvoir émettre des préconisations.

Le secteur privé qui est aussi important en matière de gestion d'établissements sanitaires devrait aussi apporter des données quant à de telles formations.

• Champ médico-social

Rappel cahier des charges

Indicateurs/données à recueillir : le Guide d'application du cahier des charges préconise que les ARS peuvent se rapprocher 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.

Nous n'avons pas reçu de données de la part des organismes sollicités : Fongecif Bretagne, UNINAF Bretagne, UNIFORMATION.

Observations - Préconisations :

En l'absence de données, il n'est pas possible de pouvoir émettre des préconisations.

De façon générale sur cet item, il apparaît que des actions importantes pour la mise en place de formations des professionnels sur les droits des usagers restent à mener.

I - PROMOUVOIR ET FAIRE RESPECTER LES DROITS DES USAGERS

2. RENDRE EFFECTIF LE PROCESSUS D'ÉVALUATION SUR LE RESPECT DES DROITS DES USAGERS

• Champ ambulatoire

Rappel cahier des charges

Indicateurs/données à recueillir : par courrier du 20 décembre 2012, la DGOS a saisi les ordres nationaux des professionnels de santé (médecins, chirurgiens-dentistes, infirmiers, pharmaciens), 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).

Nous n'avons pas reçu de données de la part de l'organe sollicité : l'Ordre des médecins.

Observations - Préconisations :

Le conseil de l'ordre avait pris l'habitude de transmettre chaque année les bilans des plaintes et doléances, mais sans indiquer les modalités de traitement. Cette année ces données manquent et nous ne pouvons que le regretter.

• 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 Commissions des Usagers (CDU) :

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

Résultats de certification HAS des établissements sanitaires

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 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.

Le processus de certification d'un établissement

La V2014 introduit le compte qualité et de nouvelles méthodes de visite. Le processus de certification ainsi que le calendrier est modifié 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 gestion des risques des établissements. Il traduit la synthèse des engagements de l'établissement concernant son système de management de la qualité concernant son système de management de la qualité et des risques et sa démarche d'amélioration.

I - PROMOUVOIR ET FAIRE RESPECTER LES DROITS DES USAGERS

Comparaison entre les différentes versions de certification

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.

Les enjeux de la V2014

La V2014 permet de :

- Mesurer la maturité de chaque thématique évaluée c'est-à-dire la capacité de l'établissement à atteindre les objectifs de la thématique, à maîtriser les risques identifiés et à fonctionner selon un dispositif d'amélioration continue ;
- Ancrer les objectifs de résultats sur les pratiques exigibles prioritaires (PEP) et les enjeux de sécurité ;
- Placer la qualité au cœur du management de l'établissement ;
- Développer des approches processus pour parler davantage aux professionnels de santé ;
- Affirmer la place centrale de la dimension « équipe » pour atteindre des gains en matière de sécurité.

Les thématiques sont les suivantes :

- 1- Qualité de vie au travail
- 2- Management de la qualité et des Risques
- 3- Gestion du risque infectieux
- 4- Droits des patients
- 5- Parcours du patient
- 6- Prise en charge de la douleur
- 7- Prise en charge et droits des patients en fin de vie
- 8- Dossier patient
- 9- Identification du patient à toutes les étapes de sa prise en charge
- 10- Management de la prise en charge médicamenteuse du patient
- 11- 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 V2014

Niveau de certification	Eléments de la décision	Mise à jour du compte qualité	Modalités de suivi	Niveau certif atteint après suivi	Durée de la certification
A Certification	Aucune recommandation	24 mois		A	6 ans
B Certification avec recommandation(s) D'amélioration	Une ou plusieurs recommandations d'amélioration	24 mois		B	4 ans
			Si choix d'une visite non programmée Et décision A	A	6ans
C Certification avec obligation d'amélioration (OA)	Une ou plusieurs recommandations d'amélioration sur les thématiques investiguées en visite	12 mois Voir moins selon l'échéance fixée par la HAS	HAS considère que l'ES remplit ses obligations A ou B avec possibilité d'une visite de contrôle aléatoire annoncée	A ou B	4 ans
			HAS déclenche une visite de suivi sous 6 mois	A ou B ou E (si OA)	4 ans
D Sursis à statuer	Présence de réserve(s) (R)	4 mois	Visite de suivi sur la réserve	A ou B ou E	Selon le résultat
	Ou si Avis défavorable à l'exploitation des locaux		Si C , obligation d'amélioration avec visite ciblée à 3 mois	A ou B ou E (si Reco)	Selon le résultat
E Non certification	Des points critiques ont été relevés sur des situations à risques impliquant la sécurité des personnes	Annuelle	La HAS informe l'ARS Appui à l'Es pour le réengager dans le dispositif si tutelle maintient l'activité de l'ES	E	2 ans

I - PROMOUVOIR ET FAIRE RESPECTER LES DROITS DES USAGERS

Les résultats de certification

S'agissant des résultats de certification, ils sont avec la V2014 exprimés globalement au regard de 20 thématiques qui sont vues sous l'angle processus. Les cotations A, B, C, D, n'existent plus.

A ce jour, nous avons gardé une analyse plus fine des résultats qui oblige à lire les rapports de certification et à trouver dans le guide de référentiels les critères concernés. Cette approche est conservée pour la V2014 afin de permettre la transition avec les résultats précédents et cibler les éventuels critères les plus cités.

Les données présentées ci-après concernent les résultats arrêtés au 30 septembre 2017 sur 131 établissements.

Critères concernant les droits des patients	Nb ES	Résultats
01c. Démarche éthique	1	Recommandation d'amélioration (B)
01d. Politique des droits des patients	5	Recommandation d'amélioration (B) : 4 Obligation d'amélioration (C) : 1
10a. Prévention de la maltraitance et promotion de la bientraitance	1	Recommandation d'amélioration (B) : 1
10b. Respect de la dignité et de l'intimité du patient	12	Recommandation d'amélioration (B) : 9 Obligation d'amélioration (C) : 2 Réserve (D) : 1
10c. Respect de la confidentialité des informations relatives au patient	4	Recommandation d'amélioration (B) : 3 Obligation d'amélioration (C) : 1
10e. Respect des libertés individuelles et gestion des mesures de restriction de liberté	8	Recommandation d'amélioration (B) : 5 Obligation d'amélioration (C) : 2 Réserve (D) : 1
11a. Information du patient sur son état de santé et les soins proposés	3	Recommandation d'amélioration (B) : 3
11b. Consentement et participation du patient	4	Recommandation d'amélioration (B) : 4
11c. Information du patient en cas de dommage lié aux soins	17	Recommandation d'amélioration (B) : 17
12a. Prise en charge de la douleur	4	Recommandation d'amélioration (B) : 4
13a. Prise en charge et droits des patients en fin de vie	6	Recommandation d'amélioration (B) : 6
14b. Accès du patient à son dossier	4	Recommandation d'amélioration (B) : 4
15a. Identification du patient à toutes les étapes de sa prise en charge	17	Recommandation d'amélioration (B) : 16 Réserve (D) : 1

Deux critères recueillent le plus de recommandations d'amélioration

- 10b. Respect de la dignité et de l'intimité du patient : 12 dont deux établissements ont une obligation d'amélioration et un établissement une réserve.
- 15a. Identification du patient à toutes les étapes de sa prise en charge : 17 dont un établissement une réserve.

Les réserves et obligations d'amélioration sont rares, elles doivent faire systématiquement l'objet d'un plan d'amélioration par l'établissement. Dans ce cas, soit une visite est programmée ou un compte qualité supplémentaire a été demandé par la HAS. Dans tous les cas, les établissements concernés auront un autre compte qualité à rédiger dans les 2 ans, ce qui permettra un suivi régulier de la mise en œuvre par la HAS.

I - PROMOUVOIR ET FAIRE RESPECTER LES DROITS DES USAGERS

Par ailleurs, la cotation des établissements de santé réalisée par la HAS nous apporte des éléments d'informations sur l'évaluation et la satisfaction des usagers au sein des établissements de santé bretons.

Proportion d'établissements ayant une cotation A, B, C, D par départements pour le critère 9.b : évaluation et satisfaction des usagers

Ille et Vilaine 38 établissements de santé	
Cotation A	17
Cotation B	21
Cotation C	0
Cotation D	0
Total des établissements ayant une certification	38
Côtes d'Armor 21 établissements de santé	
Cotation A	11
Cotation B	10
Cotation C	0
Cotation D	0
Total des établissements ayant une certification	21
Morbihan 29 établissements de santé	
Cotation A	18
Cotation B	11
Cotation C	0
Cotation D	0
Total des établissements ayant une certification	29
Finistère 32 établissements de santé	
Cotation A	21
Cotation B	11
Cotation C	0
Cotation D	0
Total des établissements ayant une certification	32

Source : Données HAS

Les indicateurs se basent sur les cotations prononcées avant le 31/12/2016

I - PROMOUVOIR ET FAIRE RESPECTER LES DROITS DES USAGERS

Données issues des rapports des CDU

La commission des usagers

Une commission des usagers (CDU) est installée dans chaque établissement de santé public et privé pour représenter les patients et leurs familles. Elle remplace la Commission des relations avec les usagers et de la qualité de la prise en charge (CRUQPC) et renforce la place des usagers dans le secteur sanitaire.

Sa composition est la suivante :

- Le représentant légal de l'établissement ou la personne qu'il désigne à cet effet ;
- Un médiateur médecin et son suppléant ;
- Un médiateur non médecin et son suppléant ;
- Deux représentants des usagers et leurs suppléants.

D'autres membres facultatifs peuvent composer la commission selon le statut de l'établissement :

- Le président de la commission médicale d'établissement (CME) ou le représentant qu'il désigne parmi les médecins membres de la commission ;
- Le président de la commission du service des soins infirmiers et son suppléant ;
- Un représentant du personnel et son suppléant ;
- Un représentant du conseil d'administration ou de surveillance et son suppléant.

La CDU dispose de compétences variées :

- ✓ Participer à l'élaboration de la politique menée dans l'établissement en ce qui concerne l'accueil, la prise en charge et les droits des usagers ;
- ✓ Etre associée à l'organisation des parcours de soins ainsi qu'à la politique de qualité et de sécurité élaborée par la commission ou la commission médicale de l'établissement ;
- ✓ Se saisir de tout sujet portant sur la politique de qualité et de sécurité, faire des propositions et être informée des suites à donner ;
- ✓ Etre informée des événements indésirables graves (EIG) et des actions menées par l'établissement pour y remédier ;
- ✓ Recueillir les observations des associations de bénévoles dans l'établissement ;
- ✓ Proposer un projet des usagers exprimant leurs attentes et leurs propositions après consultation des représentants et des associations bénévoles.

Chaque établissement de santé transmet annuellement à l'ARS le rapport d'activité de sa commission des usagers.

Les données présentées ci-après sont issues de la **synthèse de ces rapports annuels**. En 2016, **113 établissements ont répondu au questionnaire sur les 118 établissements sollicités**.

Proportion d'établissements disposant d'une CDU et nombre de réunions organisées :

Les données fournies dans les rapports des CDU nous indiquent **que tous les établissements réunissent leur commission des usagers avec une moyenne de 3,7 réunions par CDU** (425 réunions réparties sur les 113 établissements ayant répondu).

I - PROMOUVOIR ET FAIRE RESPECTER LES DROITS DES USAGERS

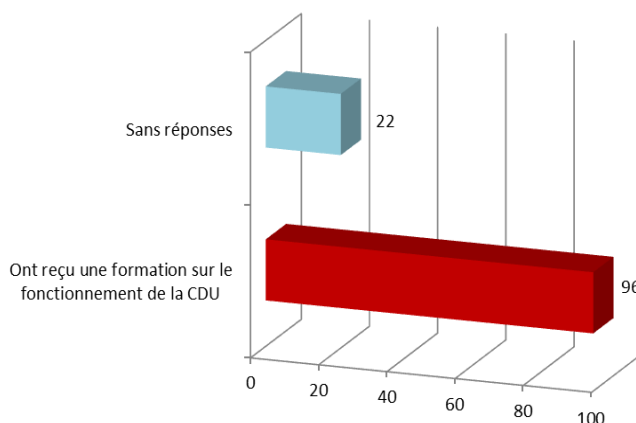
Proportion des rapports des CDU transmis à l'ARS et à la CRSA

	2015	2016
Nombre d'établissements concernés	120	118
Nombre de rapports établis et validés	107	113
Réponses partielles	13	5
Existence d'un règlement intérieur	104	109

Source : Synthèse des rapports CDU 2016

Formation spécifique des représentants des usagers

Proportion des membres des CDU formés (formation spécifique des RU)



Source : Synthèse des rapports CDU 2016

Selon les déclarations des établissements, on note qu'en 2016, 81,4% des représentants des usagers nommés au sein des CDU ont reçu une formation sur le fonctionnement de la CDU, soit environ 170 personnes. Cette formation est proposée aux personnes nouvellement désignées afin de leur apporter un socle commun de connaissances pour assurer au mieux leur fonction de représentant d'usagers (rôle et fonctionnement de la CDU, rôle des membres de la CDU, le positionnement de RU...).

Observations - Préconisations :

La CSDU se félicite de la richesse des données de cet item, notamment celles ressortant de la certification. Il en ressort qu'en région Bretagne quasiment tous les établissements relèvent des classements A ou B, ce qui est une très bonne chose. Les données issues des rapports de certification mentionnent quelques établissements avec des classements en C (obligations d'améliorations) voire en D (réserves). Toutefois la Commission ne dispose pas des informations quant à ces établissements qui font l'objet de ces classements en C voire en D.

Pour les données issues des rapports des CDU, les analyses sont beaucoup plus difficiles à exploiter puisque les données sont globalisées et il n'est pas possible de cerner les situations établissement par établissement.

Notre commission avait par le passé regretté cette situation.

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.

Le Conseil de Vie Sociale (CVS) a été créé par la loi du 2 janvier 2002. C'est une instance élue par les familles et les résidents des établissements médico-sociaux tels que les EHPAD. Composé de représentants des résidents, des familles et du personnel de l'établissement, ce conseil est présidé par un membre représentant les personnes accueillies.

Le conseil donne son avis et fait des propositions sur toutes les questions liées au fonctionnement de l'établissement : qualité des prestations, amélioration du cadre de vie... Son rôle est consultatif. Le conseil de la vie sociale favorise l'expression et la participation des résidents et de leurs familles à la vie de la structure.

Le CVS se réunit au moins trois fois par an sur convocation de son président. Il peut aussi se réunir à la demande des deux tiers de ses membres ou de celle de l'organisme gestionnaire.

Contrairement aux rapports des Commissions Des Usagers (CDU), les rapports des CVS n'ont pas lieu d'être transmis à l'ARS ou aux conseils départementaux.

Les informations communiquées dans ce rapport résultent de l'étude « Regard sur la bientraitance dans les EHPAD bretons »¹ publiée par l'ARS en décembre 2017 à partir des résultats de l'enquête bientraitance en EHPAD 2015.

Le Conseil de la Vie Sociale (CVS) favorise l'expression des résidents et de leur entourage

Pour 78 % des EHPAD, le CVS est en place **avec 3 réunions par an ou plus** (74 % au niveau national). Si pour **4 % des EHPAD, le CVS n'était pas encore en place** ou en cours de mise en place, 18 % avaient bien un CVS mais avec moins de 3 réunions annuelles, contrairement à ce qui est préconisé dans le Code de l'Action Sociale. L'analyse des évaluations externes des établissements et services médico-sociaux autorisés avant le 2 janvier 2002 confirme la mise en place des CVS dans la plupart des ESMS mais met en évidence le fait qu'il n'est pas toujours actif.

Dans 56 % des EHPAD, le président du CVS est un résident en hébergement permanent, et dans 44 %, c'est un représentant des familles (contre respectivement 58 % et 42 % au niveau national).

Moins de la moitié (42 %) des présidents de CVS ont retourné le questionnaire qui leur était personnellement adressé. Parmi ces personnes, les avis sont plutôt positifs : **93 % jugent que la liberté d'expression est effective au sein du CVS** et **71 % estiment que l'EHPAD sollicite toujours les résidents à formuler des remarques** sur l'établissement. **Pour un peu plus de la moitié des présidents (57 %), le manque de moyen est le principal frein à la prise en compte des remarques issues du CVS.**

¹ L'étude « Regard sur la bientraitance dans les EHPAD bretons » est téléchargeable sur le site internet de l'ARS Bretagne dans la rubrique Etudes et publications.

I - PROMOUVOIR ET FAIRE RESPECTER LES DROITS DES USAGERS

Une volonté accrue de personnalisation de l'accueil des résidents, mais une présentation des nouveaux résidents aux présidents de conseil de vie sociale (CVS) encore peu courante

Le temps de réflexion et de préparation avant une admission en EHPAD est identifié par l'ANESM comme un élément clé. Il est d'ailleurs recommandé de mettre en place des actions visant à faire connaître l'établissement aux futurs résidents, afin d'améliorer leur perception de l'EHPAD et qu'ils puissent mieux connaître son fonctionnement.

En moyenne par EHPAD, 61 % des résidents permanents ont bénéficié avant leur arrivée d'une visite préalable de l'établissement, comme au niveau national. Par ailleurs, 17 % des résidents permanents ont été présentés au président du CVS ou à un de ses représentants à leur arrivée (contre 22 % au niveau national). Ceci relève peut-être plus d'une difficulté d'associer le CVS au quotidien de l'établissement que d'une absence de volonté des EHPAD. Cette pratique est d'ailleurs plus courante dans les EHPAD privé à but non lucratif et particulièrement faible dans les EHPAD hospitaliers, probablement en lien avec la capacité de ces structures : moins de 4 % des résidents intégrant un EHPAD de 100 places ou plus rencontrent le président du CVS ou un de ses représentants à leur arrivée.

Observations - Préconisations :

Les données collectées sont riches sur les EHPAD, et permettent de constater des progrès quant au fonctionnement des CVS des EHPAD.

Il serait pertinent de pouvoir disposer, comme nous le demandons depuis de nombreuses années d'un tableau relatif au fonctionnement des CVS des établissements médico sociaux personnes âgées et personnes handicapées.

A cet effet la suggestion que nous avons formulée pour un questionnaire simplifié, n'a pu aboutir, et nous le regrettons car cela permettrait un suivi de l'évolution des pratiques.

La Commission aimerait aussi pouvoir disposer de données quant aux droits des usagers résidant dans les résidences séniors.

I - PROMOUVOIR ET FAIRE RESPECTER LES DROITS DES USAGERS

3. DROIT AU RESPECT DE LA DIGNITE DE LA PERSONNE : PROMOUVOIR LA BIEN-TRAITANCE

• Champ ambulatoire

Rappel cahier des charges

Indicateurs/données à recueillir : par courrier du 20 décembre 2012, la DGOS a saisi plusieurs ordres des professionnels de santé pour identifier s'il existe un dispositif de traitement des plaintes au niveau des ordres et, dans l'affirmative, s'il permet d'être en possession de données sur ces différents indicateurs du cahier des charges.

Nombre de plaintes et réclamations déposées pour maltraitance.

Taux de réponse apportée aux réclamations et plaintes.

Nous n'avons pas reçu d'informations du conseil de l'ordre sur ce volet.

Par contre, l'ARS, dans le cadre de ses missions, reçoit des signalements et des réclamations des usagers du système de santé régional sur des événements qu'ils auraient subi individuellement ou vécus par un tiers lors d'une prise en charge dans un établissement de santé, établissement ou service médico-social, ou encore, d'un professionnel dont ils estimeraient qu'il y aurait grief ou non-respect des droits.

A ce titre, chaque réclamation reçue à l'ARS quelle que soit sa forme (lettre, courriel, appel téléphonique, entretien) est analysée et instruite selon les procédures internes à l'agence. Elle fait l'objet d'un accusé de réception systématique puis ensuite d'une réponse circonstanciée à l'intéressé. Cette réponse peut intervenir dans un délai plus ou moins long selon la complexité de la situation dénoncée. L'instruction d'une réclamation peut conduire à déclencher une inspection ou un contrôle de la structure, de l'activité ou du professionnel de santé mis en cause.

Sur le volet ambulatoire, la maltraitance n'est pas un motif identifié dans les réclamations reçues sur les 4 départements. A noter que le nombre de réclamations portant sur l'ambulatoire est inférieur à 20 sur l'année 2016. Le taux de réponse apportée par l'ARS aux réclamations est de 100%, à l'exclusion de celles dont le réclamant est anonyme.

Maltraitance : la définition du Conseil de l'Europe

Le Conseil de l'Europe définit cette violence très particulière qu'est la maltraitance comme « tout acte ou omission commis par une personne, s'il porte atteinte à la vie, à l'intégrité d'une autre personne ou compromet gravement le développement de sa personnalité et/ou nuit à sa sécurité financière ».

Différents types de violence participent à la maltraitance : les violences physiques, les violences psychiques ou morales, les violences matérielles et financières, les violences médicales ou médicamenteuses, la privation ou violation de droits, les négligences actives et passives.

Observations - Préconisations :

Ce suivi par l'agence est très pertinent et les données fournies font apparaître un nombre faible de plaintes ou réclamations concernant les soins de ville (moins de 20).

Toutefois, les personnes ont-elles bien ce réflexe de penser à saisir l'Agence régionale de santé en cas de « situations maltraitantes » ?

I - PROMOUVOIR ET FAIRE RESPECTER LES DROITS DES USAGERS

• Champ sanitaire :

Rappel cahier des charges

Indicateurs/données à recueillir :

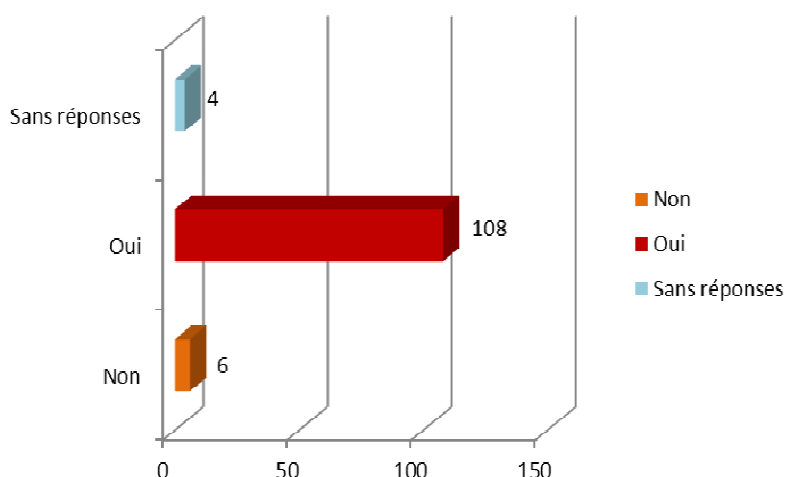
Proportion d'établissements où un dispositif ou des procédures de promotion de la bientraitance existent.

Proportion d'établissements ayant une cotation A, B, C etc... dans les rapports de certification HAS.

Proportion d'établissements où un dispositif ou des procédures de bientraitance existent

Les informations fournies par la synthèse des rapports des CDU nous indiquent que 91,5% des établissements affirment mettre en place des actions de promotion de la bientraitance.

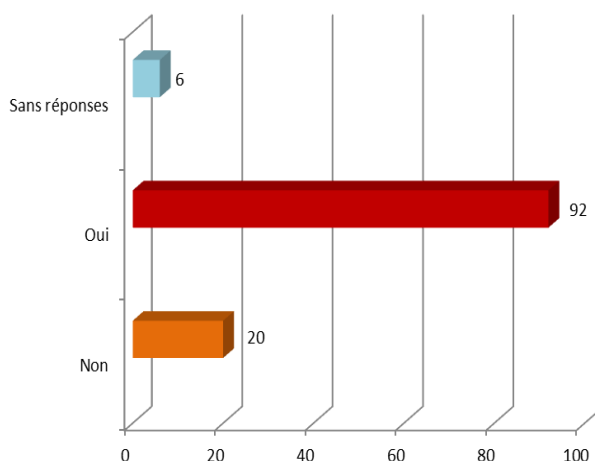
Existe-t-il des actions de promotion de la bientraitance ?



Source : Synthèse des rapports CDU 2016

Aussi, cette synthèse nous apporte un éclairage sur la formation des professionnels de santé sur cette thématique : 78% des établissements proposent des formations ou des séances de sensibilisation aux personnels.

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



Source : Synthèse des rapports CDU 2016

I - PROMOUVOIR ET FAIRE RESPECTER LES DROITS DES USAGERS

Proportion d'établissements ayant une cotation A, B, C, D... dans les rapports de certification de la HAS

La cotation des établissements de santé réalisée par la HAS nous apporte des éléments d'informations sur la prévention de la maltraitance et la promotion de la bientraitance des établissements bretons par typologie d'activité.

Proportion d'établissements ayant une cotation A, B, C, D par départements pour le critère 10.a :

Prévention de la maltraitance et promotion de la bientraitance (NB : les indicateurs, se basent sur les cotations prononcées avant le 31/12/2016)

Ille et Vilaine 38 établissements de santé					
	Court séjour	Hospitalisation à domicile	Santé mentale	Soins de longue durée	Soins de suite et/ou de réadaptation
Cotation A	3	1	3	1	4
Cotation B	18	1	6	7	21
Cotation C	1	0	0	0	1
Cotation D	0	0	0	0	0
Total des établissements ayant une certification	22	2	9	8	26
Côtes d'Armor 21 établissements de santé					
	Court séjour	Hospitalisation à domicile	Santé mentale	Soins de longue durée	Soins de suite et/ou de réadaptation
Cotation A	3	1	1	3	2
Cotation B	10	1	4	3	10
Cotation C	0	0	0	0	0
Cotation D	0	0	0	0	0
Total des établissements ayant une certification	13	2	5	6	12
Morbihan 29 établissements de santé					
	Court séjour	Hospitalisation à domicile	Santé mentale	Soins de longue durée	Soins de suite et/ou de réadaptation
Cotation A	4	0	0	5	4
Cotation B	10	2	7	4	12
Cotation C	0	0	0	0	0
Cotation D	0	0	0	0	0
Total des établissements ayant une certification	14	2	7	9	16
Finistère 32 établissements de santé					
	Court séjour	Hospitalisation à domicile	Santé mentale	Soins de longue durée	Soins de suite et/ou de réadaptation
Cotation A	2	0	2	0	5
Cotation B	17	2	8	7	17
Cotation C	0	0	0	0	0
Cotation D	0	0	0	0	0
Total des établissements ayant une certification	19	2	10	7	22

Source : Données HAS, les indicateurs se basent sur les cotations prononcées avant le 31/12/2016

I - PROMOUVOIR ET FAIRE RESPECTER LES DROITS DES USAGERS

Observations - Préconisations :

Des efforts restent à accomplir pour que le nombre d'établissements classés A puisse augmenter. La très grande majorité des établissements est classée en B. Un seul établissement a une cotation C.

Il n'empêche que des améliorations restent à faire.

• 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.

L'ANESM décrit la **bientraitance** comme une culture inspirant les actions individuelles et les relations collectives au sein d'un établissement ou d'un service. Elle vise à promouvoir le bien-être de l'utilisateur en gardant présent à l'esprit le risque de maltraitance. Ainsi, la bientraitance ne se réduit ni à l'absence de maltraitance, ni à la prévention de la maltraitance. Il appartient à chaque équipe de professionnels, en lien avec les usagers, d'en déterminer les contours et les modalités de mise en œuvre dans le cadre du projet de service et d'établissement. Néanmoins, si la bientraitance est par définition une notion contextuelle et non figée, elle comporte un certain nombre de dimensions incontournables et ne peut donc relever d'un choix arbitraire.

Proportion d'établissements où un dispositif ou des procédures de promotion de la bientraitance existe

L'étude « Regard sur la bientraitance dans les EHPAD bretons² » publiée par l'ARS en décembre 2017 nous apporte un éclairage sur les types de procédures mises en place au sein des établissements.

Des procédures pour aider à prendre en charge et analyser certaines situations

Certaines situations peuvent faire l'objet de procédures ou de protocoles ayant pour objectif d'aider les structures à les prendre en charge et à les analyser. Parmi les thèmes évoqués dans l'enquête, ceux portant sur les décès des résidents sont ceux pour lesquels les EHPAD disposent le moins de procédure. A noter également qu'une procédure sur les transferts entre EHPAD et hôpital existe dans uniquement deux tiers des EHPAD. A l'inverse, les procédures concernant les événements indésirables liés aux soins, les disparitions inquiétantes, les situations de maltraitance sont des procédures courantes en EHPAD. Le recours à la contention est fréquemment formalisé par une procédure (dans 78 % des EHPAD), même si cela reste moins fréquent qu'au niveau national.

Le recours à la contention physique pour sécuriser une personne qui présente un comportement estimé dangereux ou mal adapté répond à un certain nombre d'impératifs : « une prescription médicale motivée, l'information du patient et de ses proches, une surveillance et une évaluation fréquente de la sécurité du patient et de l'efficacité de cette mesure » (source ANAES, 2000). La contention physique des résidents d'EHPAD fait l'objet d'une prescription médicale de façon « systématique » dans 90 % des EHPAD, et « dans la majorité des cas » dans 8 % des EHPAD. Restent tout de même 4 EHPAD où la contention fait « parfois » l'objet d'une prescription médicale, et 2 EHPAD où la contention ne fait « jamais » l'objet d'une prescription médicale. Une procédure concernant le recours à la contention est établie dans la plupart des EHPAD (78 % contre 81 % au niveau national), et cette procédure est appliquée dans la quasi-totalité des cas.

En revanche, dans seulement 4 % des EHPAD, le dernier recours à la contention a été déclaré au président du CVS.

² L'étude « Regard sur la bientraitance dans les EHPAD bretons » est téléchargeable sur le site internet de l'ARS Bretagne dans la rubrique Etudes et publications.

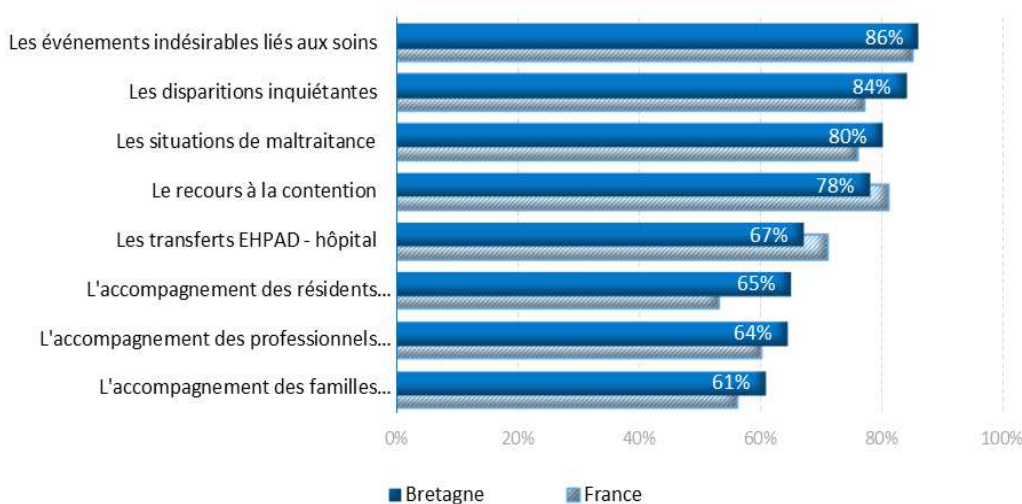
I - PROMOUVOIR ET FAIRE RESPECTER LES DROITS DES USAGERS

Moins d'un quart du personnel formé au repérage des risques de perte d'autonomie

Les EHPAD ont particulièrement investi les sujets relatifs à la bientraitance et aux spécificités de l'accompagnement des personnes âgées dépendantes, plus de la moitié du personnel ayant été formé sur ces thèmes (en moyenne par EHPAD). En revanche, moins d'un quart a été formé au repérage des risques de perte d'autonomie alors que cette problématique est susceptible de concerner l'ensemble des usagers d'EHPAD. Enfin, le handicap reste un sujet très peu investi, pourtant important pour aider à l'accompagnement des personnes handicapées vieillissantes qui tend à se développer dans les EHPAD.

En vue de l'amélioration continue des pratiques, des réunions de l'équipe de direction sont régulièrement organisées dans 85 % des EHPAD. Par ailleurs, près de la moitié des EHPAD organisent au moins chaque trimestre une réunion visant à travailler sur des retours d'expérience des professionnels et développer une réflexion éthique. Cette pratique est plus fréquente qu'au niveau national (39 %). A noter tout de même que 16 % des EHPAD déclarent mettre en place de telles réunions moins d'une fois par an, voire jamais.

Existence de procédures concernant les situations suivantes :



Source : enquête bientraitance en EHPAD 2015, ANESM – Exploitation ARS Bretagne, données pondérées

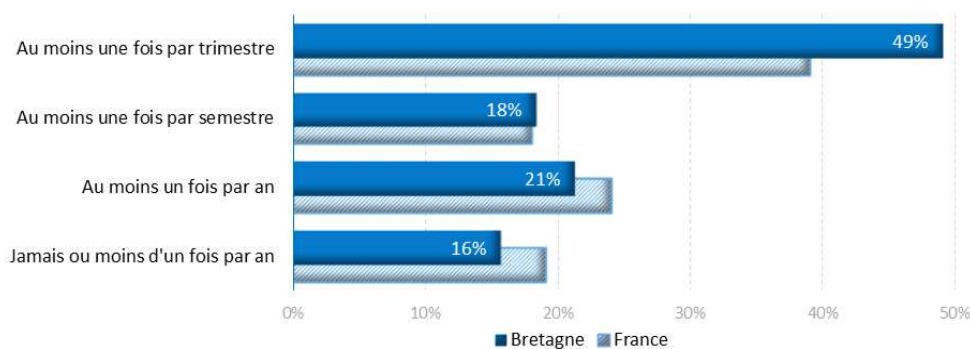
Proportion de professionnels formés au cours des 3 dernières années concernant les sujets suivants :



Source : enquête bientraitance en EHPAD 2015, ANESM – Exploitation ARS Bretagne, données pondérées

I - PROMOUVOIR ET FAIRE RESPECTER LES DROITS DES USAGERS

Organisation de réunions des équipes pour travailler sur des retours d'expérience et développer une réflexion éthique



Source : enquête bientraitance en EHPAD 2015, ANESM – Exploitation ARS Bretagne, données pondérées

Observations - Préconisations :

Les actions de formation des professionnels déjà engagées restent à poursuivre mais encore faut-il que les personnels puissent disposer de temps suffisant et puissent être remplacés dans leurs fonctions durant ces périodes.

Trop souvent, les budgets des établissements ne permettent pas la mise en place de ces actions, ni des remplacements. C'est pourtant grâce à de telles actions que les personnes accueillies en EHPAD seraient accompagnées dans de bonnes conditions.

Il est aussi dommage de ne pas disposer de telles données pour les établissements médico sociaux accueillant des personnes en situation de handicap.

De plus, pour les personnes âgées qui vivent à leur domicile et qui requièrent des interventions de services à la personne, il serait pertinent de mesurer la qualité des prestations.

Autres commentaires :

1-Les indicateurs retenus n'éclairent pas sur la situation au quotidien dans les EHPAD (toilettes, accompagnements, repas des résidents...).

Il serait intéressant de connaître le taux de dépendance des résidents, qui évolue en parallèle avec l'avancée en âge des résidents. Connaître également l'évolution de l'âge des résidents sur la dernière décennie dans chaque EHPAD.

Des enquêtes sur le terrain seraient pertinentes également pour mieux cerner les difficultés rencontrées par les résidents et leurs familles.

2-Faire la promotion de la bientraitance :

C'est une communication essentielle auprès des personnels, mais insuffisante si en parallèle les conditions de travail en EHPAD sont dégradées.

3-Développer la formation des personnels :

La formation est encore limitée, actuellement moins de 60 % sont formés à la bientraitance, 23 % seulement au repérage de la perte d'autonomie, et 29 % aux risques psychiques, 44% au traitement de la douleur.

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.

Formations proposées aux professionnels de santé libéraux et salariés des centres de santé conventionnés sur la prise en charge de la douleur (données 2016)

L'Agence nationale du Développement Professionnel Continu (DPC) nous a communiqué l'ensemble des formations proposées en Bretagne sur la prise en charge de la douleur. Parmi les 1 222 actions de formations initiées en Bretagne, 157 portaient spécifiquement sur la thématique de la prise en charge de la douleur avec 1269 participants. Le détail de ces formations est disponible en annexes (répartition sur le territoire, professionnels concernés, thématiques).

Observations - Préconisations :

Il est important de constater que cette thématique est bien prise en compte dans les formations même si le nombre de professionnels qui ont suivi ces formations reste faible.

Ces actions sont donc à poursuivre.

Selon l'Article L1110-5 du Code de la Santé Publique :

« Toute personne a le droit de recevoir des soins visant à soulager sa douleur. Celle-ci doit être en toute circonstance prévenue, évaluée, prise en compte et traitée ».

Les indicateurs remontent les cotations par établissement de santé pour le critère prise en charge de la douleur. Le Plan 2008-2012 devait organiser la lutte contre la douleur en dehors des établissements de santé. Qu'en est-il donc pour les soins hors établissement ?

C'est donc un indicateur important à envisager.

• Champ sanitaire :

Rappel cahier des charges

Indicateurs/données à recueillir :

Nombre d'établissement ayant une cotation A, B, C, ... dans les rapports de certification HAS.

Tous les établissements sanitaires de Bretagne ont un CLUD (Comité de Lutte contre la Douleur) dans lequel de nombreuses formations sont dispensées. Cependant, nous ne disposons pas de données sur le nombre de formations réalisées ainsi que le nombre de personnels formés.

La cotation des établissements de santé réalisée par la HAS nous apporte des éléments d'informations sur la prise en charge de la douleur au sein des établissements de santé bretons.

I - PROMOUVOIR ET FAIRE RESPECTER LES DROITS DES USAGERS

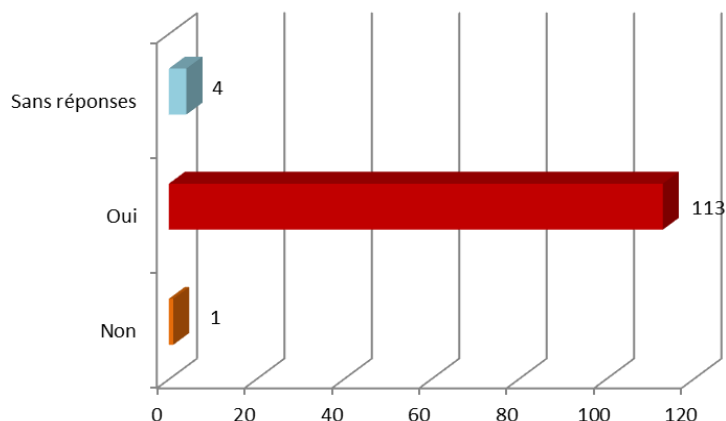
Proportion d'établissements ayant une cotation A, B, C, D par départements pour le critère 12.a : Prise en charge de la douleur

Ille et Vilaine 38 établissements de santé					
	Court séjour	Hospitalisation à domicile	Santé mentale	Soins de longue durée	Soins de suite et/ou de réadaptation
Cotation A	11	2	5	4	12
Cotation B	11	0	4	4	13
Cotation C	0	0	0	0	1
Cotation D	0	0	0	0	0
Total des établissements ayant une certification	22	2	9	8	26
Côtes d'Armor 21 établissements de santé					
	Court séjour	Hospitalisation à domicile	Santé mentale	Soins de longue durée	Soins de suite et/ou de réadaptation
Cotation A	7	0	3	2	9
Cotation B	5	2	2	4	3
Cotation C	1	0	0	0	0
Cotation D	0	0	0	0	0
Total des établissements ayant une certification	13	2	5	6	12
Morbihan 29 établissements de santé					
	Court séjour	Hospitalisation à domicile	Santé mentale	Soins de longue durée	Soins de suite et/ou de réadaptation
Cotation A	7	0	3	5	11
Cotation B	7	2	4	4	5
Cotation C	0	0	0	0	0
Cotation D	0	0	0	0	0
Total des établissements ayant une certification	14	2	7	9	16
Finistère 32 établissements de santé					
	Court séjour	Hospitalisation à domicile	Santé mentale	Soins de longue durée	Soins de suite et/ou de réadaptation
Cotation A	9	1	5	3	10
Cotation B	9	1	4	4	11
Cotation C	1	0	1	0	1
Cotation D	0	0	0	0	0
Total des établissements ayant une certification	19	2	10	7	22

Source : Données HAS, les indicateurs se basent sur les cotations prononcées avant le 31/12/2016

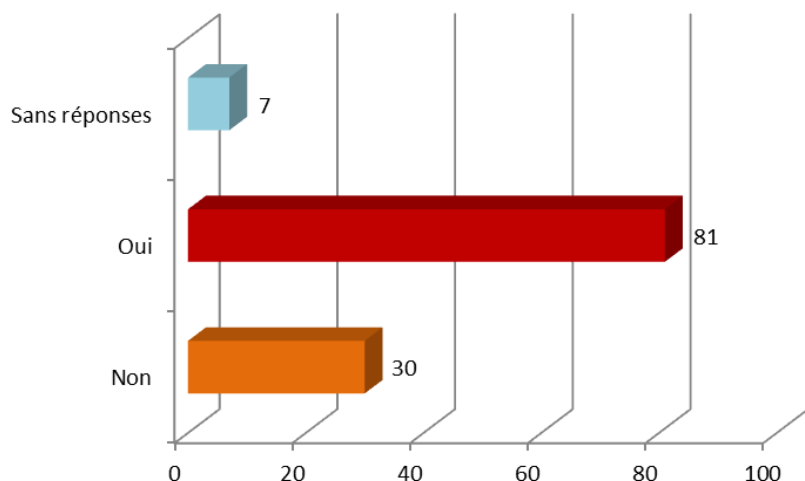
I - PROMOUVOIR ET FAIRE RESPECTER LES DROITS DES USAGERS

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



Source : Synthèse des rapports CDU 2016

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...) ?



Source : Synthèse des rapports CDU 2016

Observations - Préconisations :

Ces données confirment que des efforts doivent se poursuivre pour des actions relatives à cette prise en charge de la douleur.

Les données relatives à la certification avec les annexes fournies permettent de mieux cerner les établissements concernés. En effet, les données issues des rapports des CDU étant trop brutes, ne permettent pas de cerner les établissements où des efforts sont à faire.

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 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.

Nous ne disposons pas de données sur cet item.

Observations - Préconisations :

Il est dommage de ne pas pouvoir se servir des données issues des rapports d'évaluation externe, voire, le questionnaire que nous préconisons pour une bonne collecte de données du médico- social sur ces items.

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.

Formations proposées aux professionnels de santé libéraux et salariés des centres de santé conventionnés sur les soins palliatifs et la fin de vie (données 2016)

Les données fournies par l'Agence du DPC nous indiquent qu'en 2016, **46 actions de formations** sur les soins palliatifs ont été proposées en Bretagne. **Elles ont formé 160 professionnels.**

Observations - Préconisations :

Nous ne pouvons qu'être satisfaits de constater que des actions de formations sur les soins palliatifs sont bien mises en place et suivies ; certes, il peut encore y avoir des progrès.

• Champ sanitaire

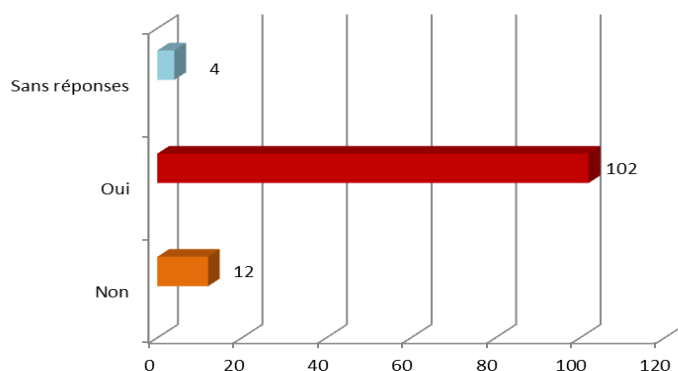
Rappel cahier des charges

Indicateurs/données à recueillir :

Proportion d'établissements ayant organisé une information sur les directives anticipées à partir des données des rapports des CDU.

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 ?



Source : Synthèse des rapports CDU 2016

La cotation des établissements de santé réalisée par la HAS nous apporte des éléments d'informations sur la prise en charge et les droits des patients en fin de vie au sein des établissements de santé bretons.

I - PROMOUVOIR ET FAIRE RESPECTER LES DROITS DES USAGERS

Proportion d'établissements ayant une cotation A, B, C, D par départements pour le critère

13.a : Prise en charge et droits des patients en fin de vie (NB : les indicateurs, se basent sur les cotations prononcées avant le 31/12/2016)

Ille et Vilaine					
38 établissements de santé					
	Court séjour	Hospitalisation à domicile	Santé mentale	Soins de longue durée	Soins de suite et/ou de réadaptation
Cotation A	11	2	1	5	8
Cotation B	9	0	2	2	13
Cotation C	2	0	0	1	2
Cotation D	0	0	0	0	0
Total des établissements ayant une certification	22	2	3	8	23
Côtes d'Armor					
21 établissements de santé					
	Court séjour	Hospitalisation à domicile	Santé mentale	Soins de longue durée	Soins de suite et/ou de réadaptation
Cotation A	8	2	0	4	7
Cotation B	5	0	4	2	4
Cotation C	0	0	0	0	0
Cotation D	0	0	0	0	0
Total des établissements ayant une certification	13	2	4	6	11
Morbihan					
29 établissements de santé					
	Court séjour	Hospitalisation à domicile	Santé mentale	Soins de longue durée	Soins de suite et/ou de réadaptation
Cotation A	4	2	0	5	9
Cotation B	8	0	4	3	4
Cotation C	2	0	0	1	2
Cotation D	0	0	0	0	0
Total des établissements ayant une certification	14	2	4	9	15
Finistère					
32 établissements de santé					
	Court séjour	Hospitalisation à domicile	Santé mentale	Soins de longue durée	Soins de suite et/ou de réadaptation
Cotation A	13	1	2	5	14
Cotation B	6	1	1	2	6
Cotation C	0	0	0	0	0
Cotation D	0	0	0	0	0
Total des établissements ayant une certification	19	2	3	7	20

Source : Données HAS, les indicateurs se basent sur les cotations prononcées avant le 31/12/2016

Observations - Préconisations :

Les établissements sanitaires sont quasiment tous cotés sur cet item en A ou B. Des progrès restent à faire pour qu'un maximum d'établissements puisse être classé en A.

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.

L'enquête auprès des établissements d'hébergement pour personnes âgées (EHPA) 2015 recueille des informations sur l'activité des établissements médico-sociaux accueillant les personnes âgées, sur le personnel qui y travaille, ainsi que les personnes âgées qui y résident. Cette enquête quadriennale couvre l'ensemble des établissements médico-sociaux qui hébergent des personnes âgées en Bretagne.

Le questionnaire de l'enquête EHPA 2015 est structuré en sept fiches : établissement, activité de l'établissement, données agrégées sur le personnel de l'établissement, personnes accueillies, sorties de l'année, bâti, pathologies et la partie médicale (diagnostics et morbidité).

Parmi les **661 EHPA interrogés à l'échelle nationale**, en 2015, par cette enquête de la DREES, 420 ont répondu spécifiquement à l'item relatif à la prise en charge des personnes en fin de vie.

On observe que 94,4% des répondants ne disposent pas d'une chambre spécifiquement aménagée pour l'accueil des personnes âgées en fin de vie.

L'établissement dispose de chambres pour les PA en fin de vie ?					
		2015		2011	
ACCFV		Fréquence	%	Fréquence	%
Non		385	94,4	448	93,9
Oui		23	5,6	29	6,1
		<i>Frequency Missing = 12</i>		<i>Frequency Missing = 21</i>	

Source : Enquête EHPA 2015, DREES

L'enquête indique également que 64,6% des EHPA intègrent un volet soins palliatifs dans leur projet d'établissement.

Volet soins palliatifs dans le projet d'établissement					
		2015		2011	
PRÔETSOINSP		Fréquence	%	Fréquence	%
Non		142	35,4	218	47,4
Oui		259	64,6	242	52,6
		<i>Frequency Missing = 19</i>		<i>Frequency Missing = 38</i>	

Source : Enquête EHPA 2015, DREES

I - PROMOUVOIR ET FAIRE RESPECTER LES DROITS DES USAGERS

Plus de 2/3 des EHPA affirment que des protocoles, procédures et/ou référentiel liés à la fin de vie sont formalisés et mis en œuvre en 2015.

Protocoles, procédures et/ou référentiels liés à la fin de vie formalisés et mis en œuvre				
2015			2011	
FVIE	Fréquence	%	Fréquence	%
Non	85	21,3	181	39,4
Oui	314	78,7	278	60,6
Frequency Missing = 21			Frequency Missing = 39	

Source : Enquête EHPA 2015, DREESS

L'étude « Regard sur la bientraitance dans les EHPAD bretons³ » révèle que les directives anticipées sont recueillies auprès de 19 % des résidents (contre 28 % au niveau national). Cette pratique est un peu moins fréquente en EHPAD hospitaliers (14 %) mais plus fréquente en EHPAD privés à but non lucratif (24 %).

La quasi-totalité (97 %) des EHPAD offre systématiquement aux familles la possibilité d'être présentes jour et nuit pour l'accompagnement de la fin de vie d'un résident.

En 2015, 79% des établissements n'ont pas de personnel possédant un Diplôme Universitaire (DU) ou Diplôme Interuniversitaire (DIU) en soins palliatifs, 17% en ont un dans leur équipe.

L'enquête de 2011 indiquait que 88% des établissements n'avaient pas de personnel possédant un DU ou DIU en soins palliatifs, 10% en avaient un dans leur équipe, il est relativement rare que l'effectif soit supérieur à 1.

Par ailleurs, les résultats de l'enquête EHPA 2015 indiquent que l'accompagnement des malades et des familles en soins palliatifs en lien avec une association de bénévoles restent une pratique peu courante à laquelle a recours environ 1/4 des EHPA.

Convention avec une association de bénévoles				
2015			2011	
CONVSOINSP	Fréquence	%	Fréquence	%
Non	297	73,7	321	68,4
Oui	106	26,3	148	31,6
Frequency Missing = 17			Frequency Missing = 29	

Source : Enquête EHPA 2015, DREESS

Observations - Préconisations :

Les données nationales sont certes intéressantes mais il faudrait pouvoir les comparer à des données régionales.

Des efforts restent à faire pour les EPHAD sur ce volet. Mais les moyens dont les établissements disposent sont-ils suffisants ?

Il serait aussi pertinent de connaître la situation pour les personnes qui restent à leur domicile et l'implication des aidants pour travailler sur cet item.

³ L'étude « Regard sur la bientraitance dans les EHPAD bretons » est téléchargeable sur le site internet de l'ARS Bretagne dans la rubrique Etudes et publications.

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.

Nombre de plaintes et réclamations relatives à l'accès au dossier médical.

Taux de réponse apportée aux réclamations et plaintes.

Nombre de plaintes et réclamations relatives à l'accès au dossier médical et taux de réponse apporté

En 2016, sur le champ ambulatoire, **les plaintes et réclamations sont au nombre de 18**. Elles portent sur la démographie des professionnels de santé et la difficulté d'accès aux soins, **et non pas sur l'accès au dossier médical**.

Le taux de réponse apportée par l'ARS aux réclamations est de 100%, à l'exclusion de celles dont le réclamant est anonyme.

Observations - Préconisations :

Au travers de ces données, nous percevons que la démographie médicale et les difficultés d'accès aux soins ainsi qu'à des spécialistes est bien une préoccupation de la population surtout selon certains territoires.

Toutefois il faudrait disposer de données quant à des plaintes et réclamations relatives à l'accès au dossier médical.

Pourrait-on interroger le Défenseur des Droits sur les réclamations qu'il a reçues sur ce sujet. Quelles sont ses recommandations ?

• 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 CDU.

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 CDU nous apporte des informations sur l'accès au dossier médical :

Parmi les 118 répondants, **114 établissements affirment disposer d'une procédure d'accès au dossier médical** (4 non réponses). Pour la majorité des établissements, cette information est diffusée via le livret d'accueil ou par le biais d'un affichage. La synthèse nous apprend également que les demandes portent aussi bien sur des dossiers datant de moins de 5 ans que sur des dossiers plus anciens.

110 établissements affirment rendre possible l'accès au dossier médical sur place. Pour 4 autres établissements cette requête n'est pas possible. 4 établissements n'ont pas répondu à cette question.

99 établissements indiquent que le coût de la photocopie est facturé aux usagers, ce qui n'est pas le cas pour 15 établissements (4 sans réponses).

Parmi le nombre de recommandations formulées sur l'amélioration de la qualité de prise en charge (année 2016), 13 concernent l'accès au dossier médical du patient.

I - PROMOUVOIR ET FAIRE RESPECTER LES DROITS DES USAGERS

La cotation des établissements de santé réalisée par la HAS nous apporte des éléments d'informations sur l'accès du dossier du patient à son dossier médical.

Proportion d'établissements ayant une cotation A, B, C, D par départements pour le critère 14.b : Accès du patient à son dossier (NB : les indicateurs, se basent sur les cotations prononcées avant le 31/12/2016)

Ille et Vilaine 38 établissements de santé					
	Court séjour	Hospitalisation à domicile	Santé mentale	Soins de longue durée	Soins de suite et/ou de réadaptation
Cotation A	16	2	8	6	21
Cotation B	5	0	1	2	4
Cotation C	1	0	0	0	1
Cotation D	0	0	0	0	0
Total des établissements ayant une certification	22	2	9	8	26
Côtes d'Armor 21 établissements de santé					
	Court séjour	Hospitalisation à domicile	Santé mentale	Soins de longue durée	Soins de suite et/ou de réadaptation
Cotation A	11	2	4	6	10
Cotation B	1	0	1	0	1
Cotation C	1	0	0	0	1
Cotation D	0	0	0	0	0
Total des établissements ayant une certification	13	2	5	6	12
Morbihan 29 établissements de santé					
	Court séjour	Hospitalisation à domicile	Santé mentale	Soins de longue durée	Soins de suite et/ou de réadaptation
Cotation A	14	2	5	7	15
Cotation B	0	0	1	2	1
Cotation C	0	0	1	0	0
Cotation D	0	0	0	0	0
Total des établissements ayant une certification	14	2	7	9	16
Finistère 32 établissements de santé					
	Court séjour	Hospitalisation à domicile	Santé mentale	Soins de longue durée	Soins de suite et/ou de réadaptation
Cotation A	13	0	6	3	16
Cotation B	6	2	4	4	6
Cotation C	0	0	0	0	0
Cotation D	0	0	0	0	0
Total des établissements ayant une certification	19	2	10	7	22

Source : Données HAS, les indicateurs se basent sur les cotations prononcées avant le 31/12/2016

I - PROMOUVOIR ET FAIRE RESPECTER LES DROITS DES USAGERS

Observations - Préconisations :

Sur ce volet, nous constatons que le nombre d'établissements classés en A est majoritaire ; ce qui témoigne que les dispositions de la loi de 2002 sont maintenant bien intégrées.

Toutefois il est surprenant de trouver sur cet item classé en C le CHU de RENNES ? Et le CH Guingamp ?

• 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.).

Personnes qualifiées

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 peuvent 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.

I - PROMOUVOIR ET FAIRE RESPECTER LES DROITS DES USAGERS

Etat des lieux des personnes qualifiées (PQ) en 2016

	Nomination des PQ	Modes de désignations	Formations	Actions menées pour faire connaître le rôle des PQ	Autres informations
Côtes d'Armor	Nomination par arrêté signé du directeur général de l'ARS, du Président du Conseil Départemental et par le Préfet			Le dispositif a fait l'objet d'une publicité sur le site du Département (Côtes d'Armor.fr rubrique solidarités)	4 saisines ont été réalisées en 2016
Finistère	Nomination par arrêté signé du directeur général de l'ARS, de la Présidente du Conseil Départemental et par le Préfet	Lors de la dernière mise à jour de la liste (2016), les personnes qualifiées ont été proposées par les fédérations et unions représentantes des établissements de santé et médico-sociaux accueillant le public des personnes âgées et des personnes handicapées. Le choix des nominations a été réalisé conjointement avec le CD 29 (secteur PA-PH) et la DDCS (secteur public vulnérable)	Définition d'une procédure avec une grille type d'entretien et un rapport type pour faciliter le travail de la personne qualifiée	Le Conseil départemental du Finistère a publié et diffusé une plaquette d'information sur le rôle et les missions des personnes qualifiées (distribuée dans les établissements, dans les Centre locaux d'information et de coordination (CLIC), les CCAS, lors de forums sur des thématiques en lien avec ces publics...). Sur le site internet du CD29, la liste des PQ et la procédure sont mises en ligne pour chaque type d'établissement. Les directeurs des établissements concernés ont obligation d'afficher la procédure et la liste des personnes qualifiées désignées. Ils doivent également en faire état dans leur livret d'accueil	4 saisines ont été réalisées en 2016 : 3 sur le champ des personnes handicapées et 1 sur le secteur des personnes âgées
Ille et Vilaine	Nomination par arrêté signé du directeur général de l'ARS, de la Présidente du Conseil Départemental et par le Préfet			Envoi d'un courrier aux directeurs d'établissements de santé et médico-sociaux.	
Morbihan	Nomination par arrêté signé du directeur général de l'ARS, de la Présidente du Conseil Départemental et par le Préfet	La délégation départementale de l'ARS, la DRJSCS et la DGISS sont sollicités pour chercher dans leur entourage professionnel des personnalités qui seraient susceptibles d'accepter cette mission	Information individuelle au moment du contact	Information auprès des établissements sur les désignations des personnes qualifiées.	

I - PROMOUVOIR ET FAIRE RESPECTER LES DROITS DES USAGERS

Observations - Préconisations :

Il serait pertinent de pouvoir disposer des bilans de l'action de ces personnes qualifiées. En effet, ces personnes chaque année doivent bien dresser un bilan de leurs actions et interventions et des suites données.

Les indicateurs font état de peu de saisies sur le département 22 (4 en 2016). Dispositif encore peu opérationnel car méconnu.

La communication semble insuffisante sur le sujet, elle n'apparaît que sur le site du Conseil Départemental 22.

Prévoir une communication plus large pour faire connaître le rôle des personnes qualifiées et la procédure à suivre :

- Flyers à destination des usagers et à disposition dans les établissements de soins,*
- Flyers à disposition dans les CCAS.*

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.

La scolarisation des élèves en situation de handicap dans l'académie de Rennes :

A la rentrée 2016, l'académie de Rennes scolarise 15 756 élèves en situation de handicap (scolarisation individuelle, dispositifs d'inclusion collective, SEGPA et EREA), soit un accroissement de 9,2 %.

Le réseau public scolarise 65 % de ces élèves.

Répartition des élèves selon la modalité de scolarisation :

	Enfants scolarisés en classe ordinaire		Enfants scolarisés en classe ULIS		Total général	
1d	7 409	80%	1 874	20%	9 283	59%
2d	5 055	78%	1 418	22%	6 473	41%
Total général	12 464	79%	3 292	21%	15 756	100%

Source : Rectorat de Rennes

Tous réseaux confondus, sur les 15756 élèves accueillis en milieu ordinaire :

- 59% sont scolarisés dans le premier degré,
- la part des élèves accueillis en dispositif collectif est de 1 élève sur 5,
- la proportion d'élèves handicapés accueillis en SEGPA est de l'ordre de 10,7% des effectifs scolarisés dans le second degré.

Modalité de scolarisation	22	29	35	56	Total général
Ecole	1 580	2 224	2 023	1 582	7 409
ULIS-Ecole	385	568	494	427	1 874
Total premier degré	1 965	2 792	2 517	2 009	9 283
Collège	700	1 155	778	566	3 199
SEGPA	108	199	218	166	691
LGT	110	240	149	102	601
LP	110	187	156	111	564
Ulis collège ou LP	219	391	453	355	1 418
Total second degré	1 247	2 172	1 754	1 300	6 473
Total général	3 212	4 964	4 271	3 309	15 756

Source : Rectorat de Rennes

Remarque : que la scolarisation soit exclusive ou partagée, les élèves en situation de handicap sont plus souvent scolarisés à temps complet :

- dans le 1^{er} degré : 88% des élèves sont scolarisés au moins 8 demi-journées ;
- dans le 2nd degré : 97% des élèves sont scolarisés au moins 8 demi-journées.

I - PROMOUVOIR ET FAIRE RESPECTER LES DROITS DES USAGERS

Répartition des élèves par types de troubles :

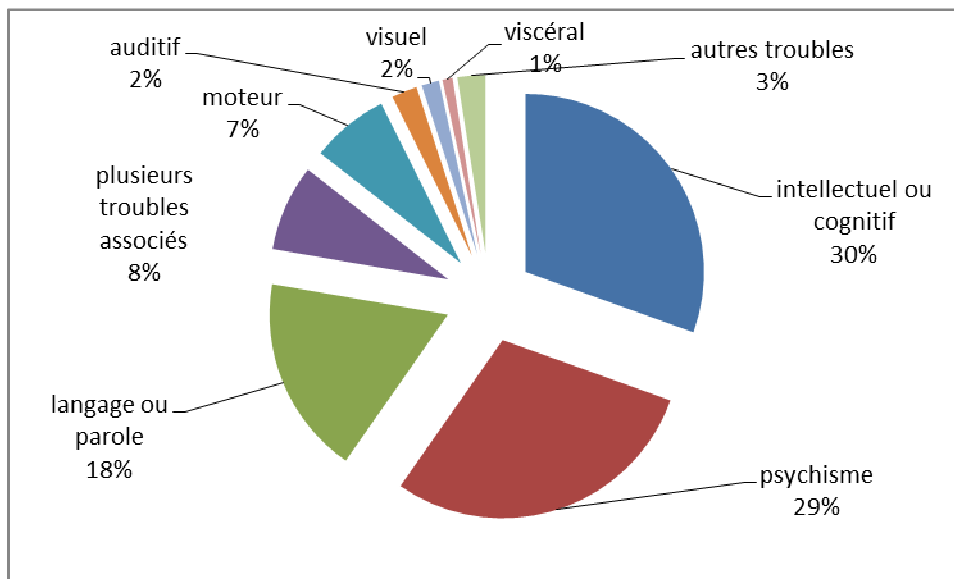
On note que 82% des élèves scolarisés dans les dispositifs collectifs ont des troubles intellectuels et cognitifs.

Tous modes de scolarisation confondus, on observe une prégnance des troubles intellectuels et cognitifs (37%), des troubles du psychisme (23%) ainsi que des troubles du langage et de la parole (20%).

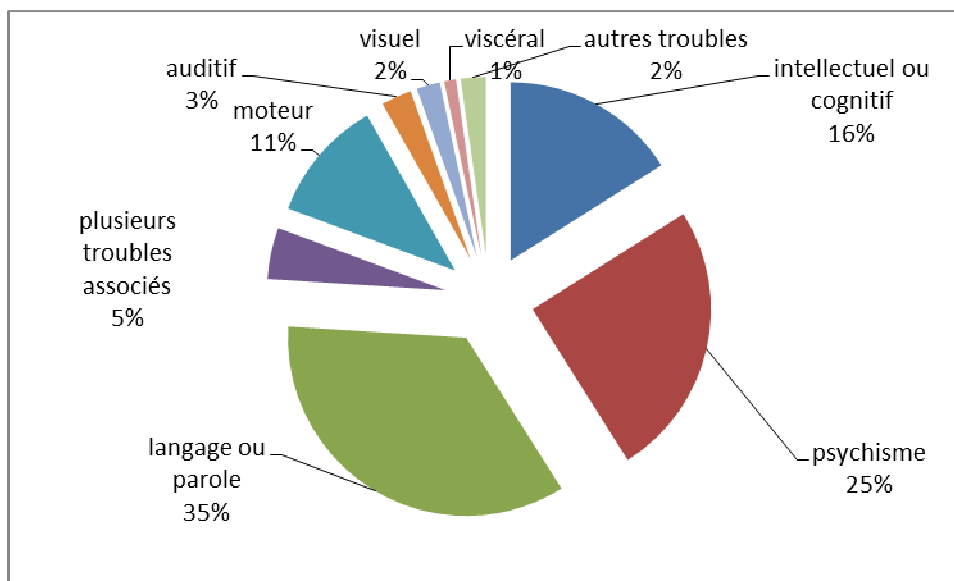
Hors dispositifs (Ulis/ SEGPA), le premier degré se distingue par une proportion plus importante d'élèves présentant des troubles intellectuels et troubles du psychisme (30%), alors que le second degré est impacté par davantage d'élèves présentant des troubles du langage et de la parole (35%) et troubles du psychisme (25%).

Répartition par types de troubles (hors ULIS)

Dans le premier degré



Dans le second degré



Source : Rectorat de Rennes

I - PROMOUVOIR ET FAIRE RESPECTER LES DROITS DES USAGERS

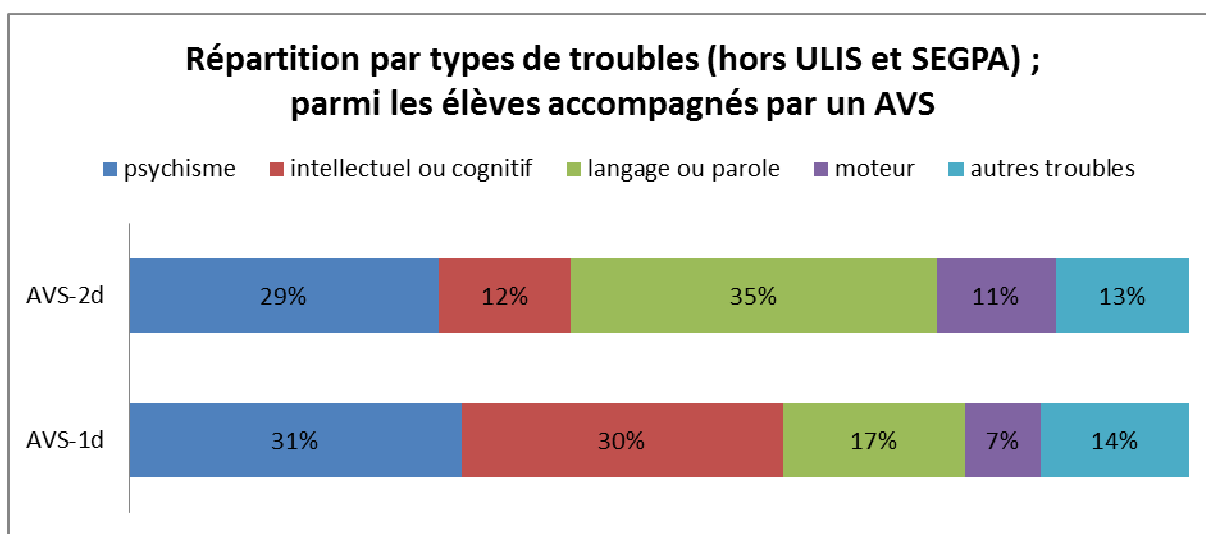
Libellé du trouble en rapport avec un trouble du spectre de l'autisme

	Classe ordinaire		Ulis		Total général	
	Nb	%	Nb	%	Nb	%
Dans le premier degré	800	11%	163	9%	963	10%
Dans le second degré	513	10%	112	8%	625	10%

Source : Rectorat de Rennes

Accompagnement des élèves par des aides humaines

L'augmentation régulière des dossiers instruits par les MDPH entraîne une augmentation significative du nombre d'élèves accompagnés par une aide humaine. Pour 100 élèves en situation de handicap (hors ULIS), 77 dans le premier degré et 54 dans le second degré bénéficient d'un accompagnement par une aide humaine, individuelle ou mutualisée.



Source : Rectorat de Rennes

Les dispositifs collectifs : ULIS

L'académie comptait 321 divisions ULIS à la rentrée 2016 soit un accroissement de 9 % par rapport à la rentrée 2015.

NB de divisions ULIS	PR	PU	Total général
ULIS-Ecole	50	125	175
ULIS-Collège	42	71	113
ULIS-Lycée	14	19	33
Total général	106	215	321

Observations - Préconisations :

Ces données très complètes témoignent d'une excellente prise en compte par l'éducation nationale des besoins des enfants en situation de handicap pour leur scolarité.

Les données relatives aux enfants accompagnés dans les établissements médico sociaux dits d'enseignement adapté ne sont pas communiquées.

On peut toutefois citer les travaux engagés pour la mise en place des unités externalisées d'éducation.

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.

Nous n'avons pas reçu de données de la part de l'organisme sollicité : Observatoire International des Prisons.

Observations - Préconisations :

C'est pourtant une population qui devrait aussi bénéficier des droits élémentaires dont les droits à la santé, et ne pas pouvoir avoir connaissance depuis des années des modalités de mise en œuvre de ces droits interroge.

Il serait pertinent que la CNS puisse faire une interpellation du ministère sur ces non réponses.

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) 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.

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

I - PROMOUVOIR ET FAIRE RESPECTER LES DROITS DES USAGERS

Les CDSP en Bretagne

Point sur les travaux des CDSP	Nombre de réunions en 2016	Nombre de dossiers examinés en 2015	Nombre de dossiers examinés en 2016
Côtes d'Armor	2 réunions	130	125
Finistère	Information non disponible	Information non disponible	192
Ille et Vilaine	Information non disponible	Information non disponible	237
Morbihan	3 réunions	113	193

Source : Données ARS Bretagne

Les rapports annuels établis par les CDSP font état d'une difficulté quant à la composition des CDSP :

- dans les Côtes d'Armor, la CDSP s'est vue renouvelée en partie en 2016 ;
- dans le Finistère, la CDSP a fonctionné avec 3 membres sur 6 prévus par les textes, et deux sur une partie de l'année ;
- en Ille et Vilaine, la CDSP a fonctionné avec 4 membres sur 6 (jusqu'au 2 novembre 2016) prévus par les textes ;
- dans le Morbihan, la CDSP a fonctionné avec cinq membres sur 6 prévus par les textes.

Observations - Préconisations :

Il est important que ces commissions fonctionnent dans les conditions réglementaires et donc soient composées comme les textes le prévoient.

La CSDU est heureuse de constater que des données ont pu être communiquées contrairement à 2016 (données de 2015). Compte tenu du nombre important de dossiers examinés en 2016, l'existence de ces commissions et de leur bonne composition reste importante.

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.

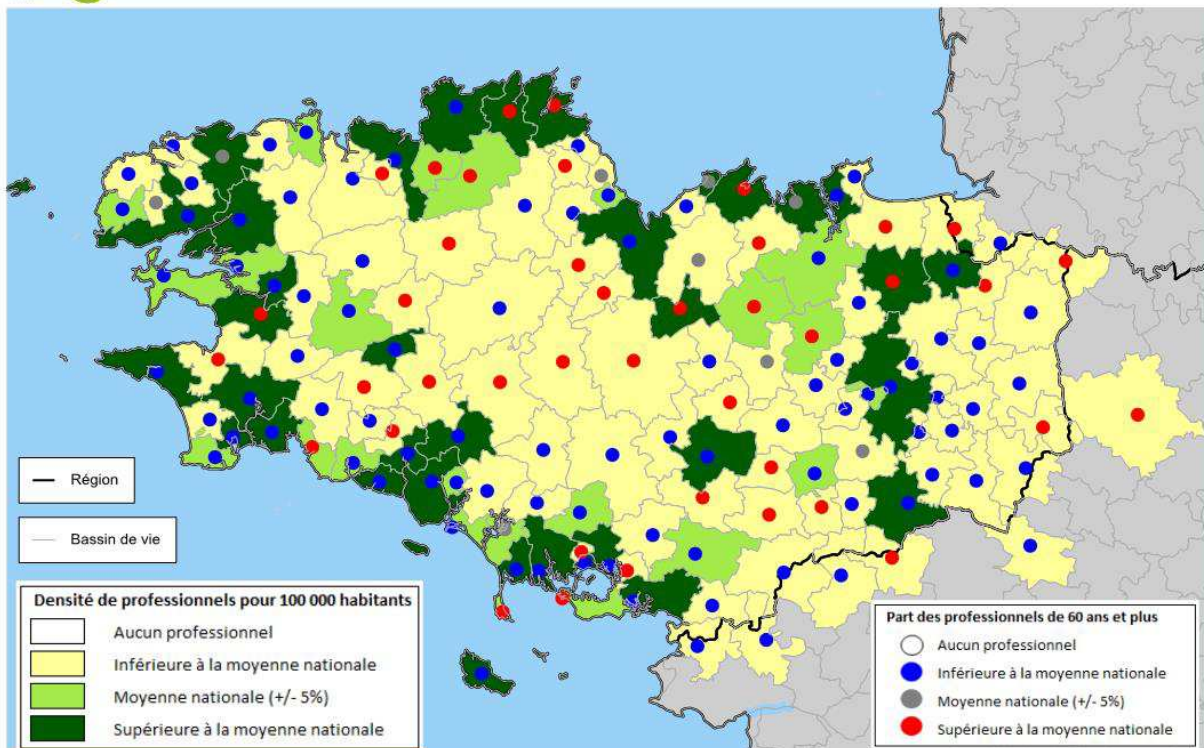
La couverture du territoire breton en médecine générale :

En 2017, 6,5% 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. En 2016, on comptait 7% de la population bretonne.

La moyenne nationale des bassins de vie est de 85,9 médecins généralistes libéraux pour 100 000 habitants au 1^{er} janvier 2017.



Densité et part de professionnels de 60 ans et plus par bassin de vie - 01/01/2017



Source : ARS Bretagne, DémoPS 2017, population INSEE 2014
Réalisation ARS Bretagne, Octobre 2017
Carte réalisée avec Cartes & Données - © Artique

0 33 65 km

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

Répartition des médecins généralistes au 1^{er} janvier 2017 en Bretagne

Médecine Générale								Par nature d'activité de l'activité (1)							
Territoire observé	Effectif global							Salariée				Libérale			
	Nb d'activités en cours	Effectif	Solde 2015(3)	Densité (4)	% Hommes	% moins de 40 ans	% 60 ans et plus	Effectif	Solde 2015(3)	Densité (4)	% 60 ans et plus	Effectif	Solde 2015(3)	Densité (4)	% 60 ans et plus
France métropolitaine.		99 209		154,9	54%	20%	29%								
PS installés	109 727	91 868	-1 078	143,5	55%	17%	30%	39 677	753	62	25%	58 226	-1 573	90,9	33%
PS non installés(5)		7 341		11,5	45%	53%	22%								
Bretagne		5 244		160	51%	26%	24%								
PS installés	5 465	4 731	22	144,4	52%	22%	24%	1 923	31	58,7	21%	3 035	-17	92,6	26%
PS non installés(5)		513		15,7	44%	60%	20%								
Détail des PS installés par département :															
- Côtes d'Armor	913	797	-14	133,4	57%	16%	30%	329	-1	55,1	29%	501	-13	83,9	32%
- Finistère	1 631	1 402	11	154,8	51%	26%	21%	587	8	64,8	18%	877	-4	96,8	24%
- Ille-et-Vilaine	1 661	1 485	17	143,9	49%	24%	23%	573	4	55,5	21%	972	2	94,2	25%
- Morbihan	1 260	1 074	15	144,9	52%	18%	25%	452	25	61	21%	688	-2	92,8	28%
Par territoire de démocratie en santé:															
Brest / Carhaix / Morlaix / Quimper / Douarnenez / Pont-l'Abbé	1 539	1 317	1	154,3	51%	26%	21%	545	3	63,9	19%	831	-8	97,4	24%
Pontivy / Loudéac	155	143	-2	102,1	60%	17%	34%	56	0	40	25%	92	-3	65,7	39%
Lorient / Quimperlé	505	459	6	155,4	52%	20%	23%	196	9	66,3	19%	281	-4	95,1	26%
Vannes / Ploërmel / Malestroit	731	601	11	153,1	50%	18%	24%	261	17	66,5	21%	383	2	97,6	26%
Rennes / Fougères / Vitré / Redon	1 408	1 262	22	138	47%	24%	23%	488	3	53,3	21%	826	11	90,3	24%
St-Malo / Dinan	438	393	-2	149,9	60%	21%	27%	138	1	52,6	19%	267	-4	101,8	33%
St-Brieuc / Guingamp / Lannion	689	598	-13	143	57%	14%	30%	261	0	62,4	30%	364	-11	87	30%

Source : Observatoire DEMOPS de l'ARS Bretagne

Notes : Les informations présentées dans ce tableau (nature d'activité, lieu d'activité) s'appuient sur les déclarations des professionnels auprès de leur ordre (répertoire RPPS).

La somme du nombre de professionnels de santé actifs exerçant sur chaque département ou territoire de démocratie en santé n'est pas égale au nombre de professionnels exerçant en Bretagne : un professionnel pouvant exercer sur plusieurs sites localisés dans différents départements / territoires de démocratie en santé. De même, la somme du nombre de professionnels actifs exerçant sur chaque région n'est pas égale au nombre de professionnels exerçant en France.

(1) Par nature d'activité : un professionnel ayant un mode d'exercice mixte sera comptabilisé dans les effectifs 'Salariée' et 'Libérale'.

(2) Exercice mixte : ne sont prises en compte que les activités installées libérales et salariés (exclusion des activités de remplacement).

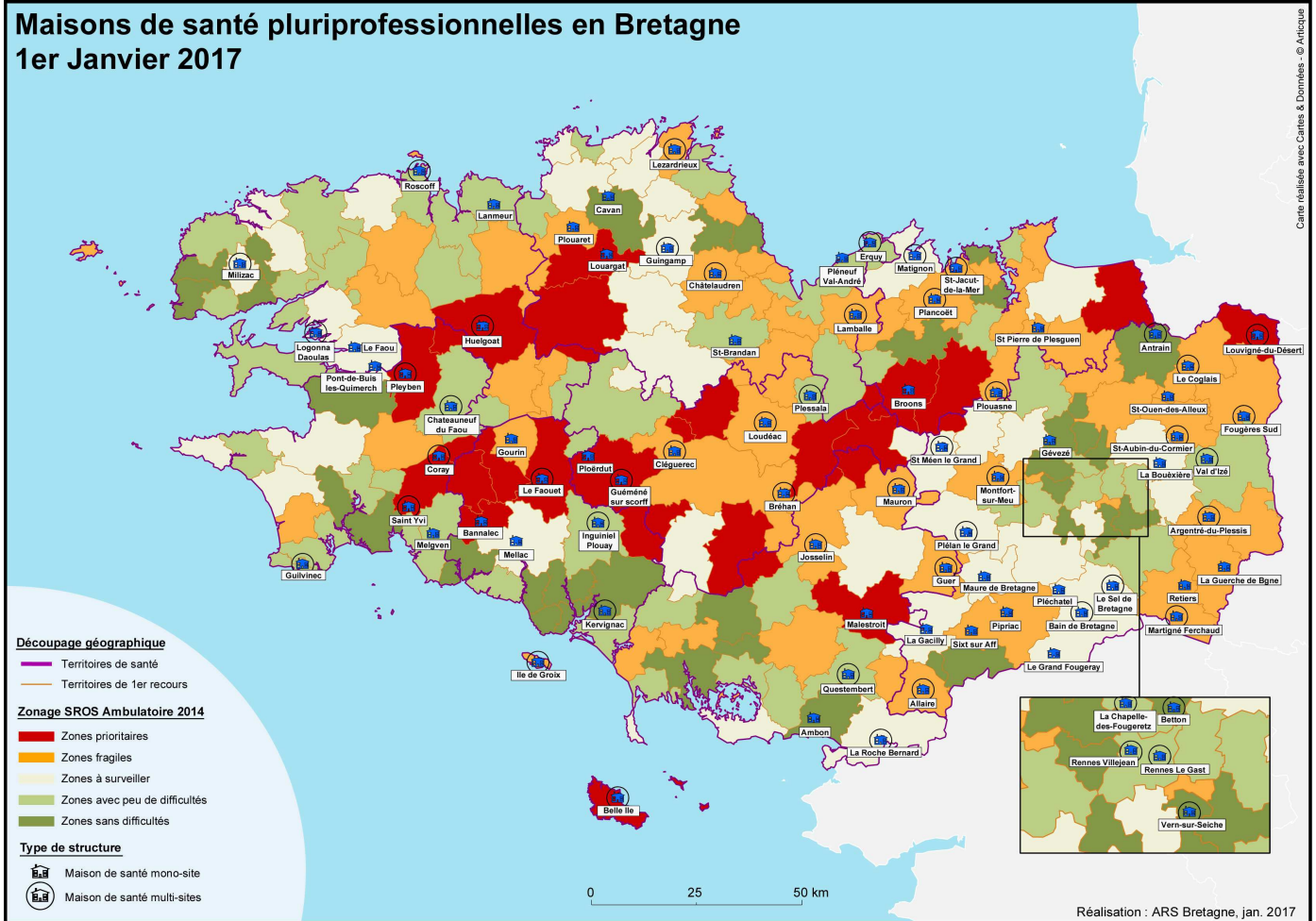
(3) Solde 2015 : le différentiel entre le nombre d'installations et le nombre de départs de professionnels sur la zone géographique, entre janvier 2015 et janvier 2017.

(4) Densité : nombre de professionnels de santé pour 100 000 habitants (population municipale 2014).

(5) PS non installés : Professionnels n'exerçant qu'en qualité de remplaçant exclusivement et n'ayant aucune activité installée (salariée ou libérale).

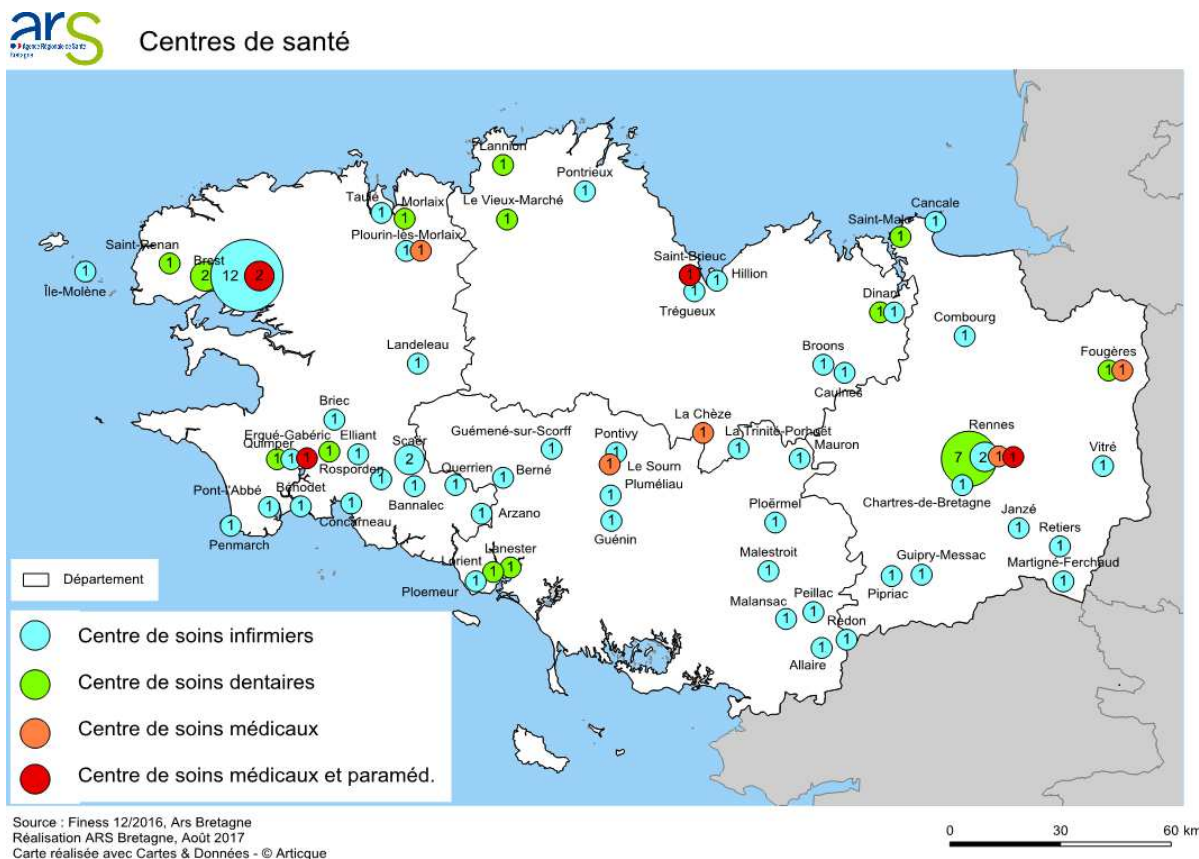
II. RENFORCER ET PRESERVER L'ACCES AUX SOINS POUR TOUS

Répartition des Maisons de Santé Pluriprofessionnelles (MSP) de Bretagne



Au 31/12/2016, la Bretagne comptait **80 MSP réparties sur les 4 départements** ainsi que **5 centres de santé polyvalents** : 3 centres de santé universitaires répartis sur Quimper, Brest et Saint-Brieuc, le centre de santé « Point H » à Brest et le centre de santé « réseau Louis Guilloux » à Rennes

Répartition des Centres de santé de Bretagne



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

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 1er 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.

Il est chaque année évalué 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.

Le suivi de ces indicateurs a démontré l'implication des médecins libéraux bretons qui ont couvert les tableaux de garde à hauteur de 96 % en 2016, en constante augmentation depuis la mise en œuvre du cahier des charges régional (CCR) : plus cinq points depuis 2012 (91 % en 2012 - 94.5 % en 2013, et 95.6 % en 2014 et 95.8 % en 2015) et avec un taux de participation régional à la garde de 57,3 %.

La mise en place de l'outil PGARDE⁴ entraîne progressivement la consommation complète du budget régional théorique dédié aux forfaits d'astreintes et de régulation libérale. Pour une enveloppe théorique de 7 802 370 euros en 2016, le budget engagé est de 7 548 995 euros et le réel consommé de 7 186 275 euros. La simplification des démarches d'indemnisation occasionnée par l'outil reflète l'expression d'une consommation plus conforme à la réalité. Il s'agit d'une évolution positive pour les médecins.

La permanence des soins en établissement de santé (PDES), 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 PDES et la permanence des soins ambulatoires (PDSA) sont les structures de médecine d'urgence (SAMU, SMUR essentiellement).

Ainsi, en 2016, l'ARS Bretagne a consacré 43,6 millions d'euros à la PDS, au titre du Fonds d'intervention régional (FIR), dont 36,6 millions d'euros à la permanence des soins en établissements de santé (PDES) et 7 millions d'euros à la permanence des soins ambulatoires (PDSA).

D'un point de vue opérationnel, cette dernière somme se décompose comme suit :

Actions de PDS en 2016	Budget consacré
Rémunérations forfaitaires versées aux médecins qui participent à la PDSA	7 259 475€
L'accompagnement des maisons médicales de garde (MMG) existantes et l'encouragement à la création de nouvelles MMG	619 000€
Poursuite de l'accompagnement des centres de régulation	388 000€
Poursuite de l'accompagnement de deux dispositifs en Bretagne : une astreinte d'infirmière sur l'île de Molène et une astreinte de kinésithérapeute à Brest	107 000€
Total	8 373 475 €

⁴ Il s'agit d'un outil du Conseil de l'Ordre des Médecins qui permet de faciliter la demande d'indemnisation des gardes.

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

L'accès aux soins non programmés urgents en moins de 30 minutes

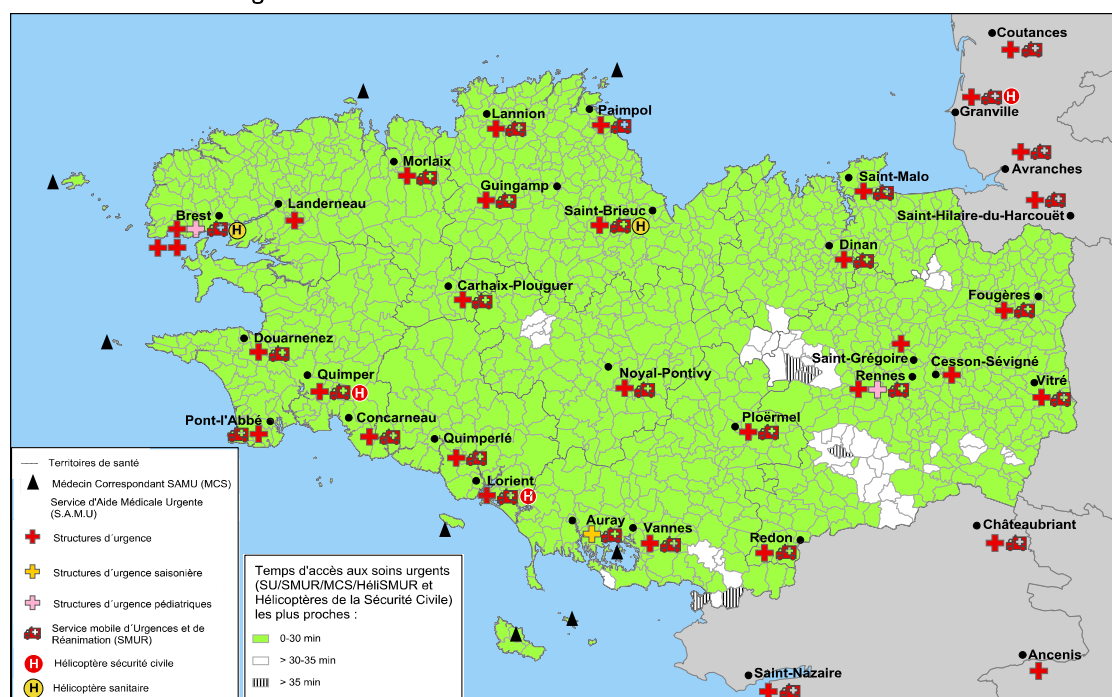
L'accès aux soins d'urgence en moins de trente minutes constitue un engagement du Président de la République. Afin de le concrétiser, l'ARS Bretagne a lancé le dispositif médecin correspondant SAMU. Il repose sur la mobilisation d'un médecin, formé à l'urgence, qui intervient en avant-coureur du Service Mobile d'Urgence et de Réanimation, 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 (MCS) repose en Bretagne sur le volontariat de 14 médecins généralistes exerçant sur les 11 îles bretonnes. Il va par ailleurs être étendu aux zones blanches du continent par la formation prochaine de nouveaux médecins généralistes à la fonction de MCS.

Grâce à la mise en place du dispositif MCS, seuls 2,2 % de la population bretonne (73 240 habitants) reste située à plus de 30 minutes d'un soin urgent dont le temps d'accès moyen est de 32,7 minutes.

En 2016, le dispositif a été financé via le FIR à hauteur de 24 123 € couvrant l'indemnisation des interventions des médecins, leurs formations et l'équipement en sac d'urgence.

Accès aux soins d'urgence



Observations - Préconisations :

L'ensemble des données ci-dessus témoigne de la volonté des diverses collectivités territoriales, ainsi que de l'Etat mais aussi de l'Agence Régionale de la Santé pour contribuer à ce que les populations de Bretagne puissent bien avoir accès à la Santé.

Certes, il reste des zones mieux couvertes que d'autres comme le littoral et les métropoles, mais le centre Bretagne connaît des difficultés, et ce, malgré les actions engagées.

L'indicateur moyen de densité de médecins généralistes 160, masque de grandes disparités.

La carte met en évidence un déficit de médecins généralistes sur le Centre Bretagne et sur quelques secteurs côtiers du Nord de la Bretagne. Le problème est plus crucial pour les Côtes d'Armor avec une densité moyenne de 133 pour 100 000 habitants, soit nettement inférieure à l'indicateur national moyen de 155. Dans cette part de médecins généralistes, 30 % ont 60 ans et plus, ce qui signifie que le phénomène va s'accroître avec les départs à la retraite de ces médecins dans les années à venir. Pour le territoire de Guingamp, cette densité est de 143 et pour le secteur Pontivy-Loudéac de 102, dont 34% ont plus de 60 ans ! Cette densité rend extrêmement difficile l'accès aux soins de première nécessité des populations.

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.

Etats des lieux des saisines des conciliateurs bretons en lien avec les difficultés d'accès aux soins :

	CPAM 22			CPAM 29			CPAM 35			CPAM 56			
	2016												
Bénéficiaires	CMUc	ACS	AME	CMUc	ACS	AME	CMUc	ACS	AME	CMUc	ACS	AME	Total
Refus de tiers payant	3	25	1		2		4	10	1		2		48
Refus de prise en charge				1									1
Dépassements d'honoraires	3			1			4	5	1				14
Refus de soins non motivé													0
Rendez-vous abusivement tardif								1					1
Refus de carte Vitale													0
Refus de devis													0
refus de rendez-vous	3	1	1							1			6
TOTAL	9	29	2	2	2	0	8	16	2	1	2		73

Source : Données CPAM

NB : Les chiffres totaux représentent le nombre de motifs de saisine, une même saisine pouvant concerner plusieurs motifs

Observations - Préconisations :

Les données ci-dessus n'appellent pas de remarques particulières, si ce n'est le constat d'écart importants entre les données de la CPAM 22 et celles des autres départements.

Commentaire : CPAM 22

Les saisines du conciliateur sont plus nombreuses en CDA. Il est évident que les difficultés sont plus importantes sur ce département. Les 5 refus de rendez-vous sont liés à la démographie médicale. Les médecins en activité qui sont submergés de demandes de rendez-vous de personnes dont le médecin a cessé son activité, ne peuvent plus faire face à la demande.

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 dépistage organisé du cancer colorectal chez les personnes de 50 à 74 ans

Le taux de dépistage organisé du cancer colorectal chez les personnes de **50 à 74 ans est de 34,90% en 2016** (Source : Spice ARS, objectif 3.2).

Taux de participation au dépistage organisé du cancer du sein pour les femmes de 50 à 74 ans

Le taux de participation au dépistage organisé du **cancer du sein pour les femmes de 50 à 74 ans est de 58,30% en 2016** (Source : Spice ARS, objectif 3.2).

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

Les services de PMI ont été sollicités, cependant nous n'avons pu obtenir d'informations sur la prévalence de l'obésité et du surpoids parmi les enfants en grande section de maternelle.

Taux de couverture vaccinale des enfants de 24 mois contre la rougeole, les oreillons et la rubéole (données de 2015)

Couverture vaccinale des enfants de 24 mois contre la rougeole, oreillons, rubéole* (ROR)	1 Dose CS 24	2 Doses CS 24
Cotes d'Armor	89,6%	76,2%
Finistère	91,3%	78,7%
Ille et Vilaine	89,7%	80,7%
Morbihan	92,5%	73,3%
Objectif	95,0%	80,0%

Source : Données ARS Bretagne

*Rappel objectif : 1 dose 95%, 2 doses 80%

Il n'existe pas de chiffres officiels publiés pour 2016 à ce jour, seules les données 2015 sont actuellement disponibles.

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

A noter que pour ce vaccin les 2 doses ont du sens car la 2^{ème} dose n'est pas vraiment un rappel, elle est faite car 5 à 10% des vaccinés ne répondent pas à la 1^{ère} dose et 90% de ces non répondants à la 1^{ère} dose, répondent à la 2^{ème} dose.

Les départements bretons, comme tous les départements français restent (à 24 mois) inférieur aux 95% de l'objectif pour la 1^{ère} dose, mais il y a un « rattrapage » (des vaccinations plus tardives).

La moyenne nationale est de 90,5%.

Observations - Préconisations :

Les actions menées en faveur des dépistages tant du cancer colorectal que du sein permettent d'atteindre les objectifs fixés. Toutefois des progrès sont encore réalisables.

Pour l'obésité des enfants des actions de collecte des données seront encore à prévoir.

Il est dommage de ne pouvoir disposer de données relatives aux publics vivant dans la précarité. Ces publics sont en effet trop souvent ignorés pour les actions de prévention.

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 signés au titre de l'article L. 1434-17(CSP) :

Depuis 2011, 17 CLS ont été signés en Bretagne. Parmi ceux-ci, 7 sont terminées et 10 sont en cours.

Les CLS en cours :

- Pays de Fougères
- Pays de Centre Bretagne
- Pays de Redon – Bretagne Sud
- Pays du Trégor-Goëlo
- Quimperlé Communauté
- Iles du Ponant
- Pays de Guingamp
- Concarneau Cornouaille agglomération
- Centre – Ouest Bretagne
- Pays de Brocéliande

Les 2 CLS qui ont été signés en 2016 :

- Guingamp le 5/12/2016
- Quimperlé le 8/06/2016

Les CLS qui ont pris fin en 2016 :

- Pays de Vitré – Porte de Bretagne
- Centre Ouest Bretagne
- Communauté de communes de Belle-Île en mer
- Morlaix Communauté
- Rennes
- Pontivy-Communauté
- Pays de Ploërmel Cœur de Bretagne

Ecarts intra régionaux en établissements et services médico sociaux :

Les écarts intra régionaux d'équipements en établissements et services médicosociaux à partir de la dépense d'assurance maladie rapportée à la population cible des personnes handicapées de 0 à 59 ans et personnes âgées de 75 ans sont de :

- 26% en 2016 pour la part des services de l'offre des personnes handicapées,
- 16,9% en 2016 pour la part des services de l'offre des personnes âgées.

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

Personnes handicapées : taux d'équipement au 31.12.2016 en nombre de places pour 1 000 habitants de 75 ans et plus

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

Sources : DREES, FINESS ; INSEE, estimations de population

Personnes âgées : Taux d'équipement au 31.12.2016 en nombre de places pour 1 000 habitants de 75 ans et plus

Equipement	Bretagne	Côtes d'Armor	Finistère	Ille-et-Vilaine	Morbihan	France métropolitaine
Taux d'équipement en établissements pour personnes âgées						
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	15,4	10,3	19,8	26,7	25
Taux d'équipement en places dans les EHPAD pour 1000 personnes âgées de 75 ans et plus	117,2	125,1	119,4	123,3	100,8	100
Taux d'équipement en places dans les services de soins à domicile pour 1000 personnes âgées de 75 ans et plus (SSIAD + SPASAD)	19,2	24,1	18,5	18,9	16,1	20,5

Sources : DREES, FINESS ; INSEE, estimations de population

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

Nombre de logements ayant fait l'objet d'une évaluation sanitaire ayant conduit à une procédure d'insalubrité au titre du CSP :

Département 22	Remédiable	Irrémédiable	Impropre	Urgence	Total	Nombre de logements concernés	Nombre de personnes concernées	Nombre d'arrêtés de main levée
ARS	2	3	1	0	6			
Services Communaux d'Hygiène et de santé du département (SCHS)	0	0	0	0	0			
Total	2	3	1	0	6	6	8	4

Département 29	Remédiable	Irrémédiable	Impropre	Urgence	Total	Nombre de logements concernés	Nombre de personnes concernées	Nombre d'arrêtés de main levée
ARS	0	2	0	3	5			
Services Communaux d'Hygiène et de santé du département (SCHS)	0	1	0	4	5			
Total	0	3	0	7	10	23	16	0

Département 35	Remédiable	Irrémédiable	Impropre	Urgence	Total	Nombre de logements concernés	Nombre de personnes concernées	Nombre d'arrêtés de main levée
ARS	0	0	1	2	3			
Services Communaux d'Hygiène et de santé du département (SCHS)	0	0	1	0	1			
Total	0	0	2	2	4	4	4	2

Département 56	Remédiable	Irrémédiable	Impropre	Urgence	Total	Nombre de logements concernés	Nombre de personnes concernées	Nombre d'arrêtés de main levée
ARS	0	0	1	3	4			
Services Communaux d'Hygiène et de santé du département (SCHS)	0	0	0	0	0			
Total	0	0	1	3	4	4	5	0

BRETAGNE	Remédiable	Irrémédiable	Impropre	Urgence	Total	Nombre de logements concernés	Nombre de personnes concernées	Nombre d'arrêtés de main levée
ARS	2	5	3	8	18			
Services Communaux d'Hygiène et de santé du département (SCHS)	0	1	1	4	6			
Total	2	6	4	12	24	37	33	6

Source : Données ARS Bretagne

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

Nombre de signalements et de visites ARS

Départements	Signalements	Visites	RSD	Arrêtés
22	72	119	63	10
29	91	23	18	5
35	54	14	7	3
56	75	40	36	4
Total	292	196	124	22

Source : Données ARS Bretagne

Observations - Préconisations :

Ces données sont à analyser avec prudence en tenant compte aussi des populations de Bretagne (personnes âgées et personnes handicapées notamment).

En effet, comparer les taux d'équipement à la moyenne nationale c'est aussi faire fi des spécificités territoriales de la Bretagne qui est un territoire où des personnes viennent s'installer à la retraite.

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.
- 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 actions de formations organisées par le CISS Bretagne

Formation « Ethique »

Cette formation est 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.

Elle est 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.

→ 2 journées organisées en 2016 et réunissant 29 participants.

Formation « Conseil de vie sociale » (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.

Elle est animée par Hubert STEPHAN, Vice-Président du CISS Bretagne, référent formation, membre de l'Association des Paralysés de France et ancien Président de CVS.

→ 6 journées organisées en 2016 (3 sessions de 2 jours) et ont regroupé 45 représentants d'usagers en CVS. Cette action est poursuivie au cours de l'année 2017.

Formation « Education thérapeutique du patient » (ETP)

Cette formation est une formation certifiante qui 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. 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.

Elle est animée par Jean-François LEGER, coordinateur d'actions d'éducation thérapeutique; formateur en éducation thérapeutique.

→ 1 session de 6 jours a été proposée aux membres des associations adhérentes. Elle a regroupé 18 participants.

Formation « Commission des Usagers »

La formation répond à plusieurs 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 CDU dans la politique qualité de l'établissement.

Elle est animée par Jean-Yves LAUNAY, Coordinateur CISS Bretagne et représentant des usagers au sein d'une CDU.

→ 5 journées organisées en 2016 et réunissant 51 participants en 2015.

III. CONFORTER LA REPRESENTATION DES USAGERS DU SYSTEME DE SANTE

Formation Ecoute

Cette formation cible plusieurs objectifs : la maîtrise de l'écoute et de la communication interpersonnelle, l'apprentissage d'une écoute active en réunion, la capacité à avoir une communication flexible, et les outils qui permettent d'aborder de façon sereine une réunion.

Elle est animée par Pascal PIRON de la société Argonavis Consulting.

→ 1 journée organisée en 2016.

Formation Certification V2014

Une formation à la certification des établissements sanitaires a été réalisée le 26 mai 2016.

Formation spécifique à l'intention du personnel d'accueil du groupe Hospitalité St-Thomas de Villeneuve (HSTV) sur les droits des usagers

Cette formation met en avant le rôle du personnel d'accueil et leur donne toutes les informations utiles à leurs fonctions sur les droits des patients.

→ 2 sessions de 2 journées organisées en 2016 et réunissant 18 participants.

Nombre de personnes formées

En 2016, le CISS Bretagne a formé 155 personnes dont 113 membres d'une association agréée (au total on compte, 229 participations sur l'année car certains bénévoles assistent à plusieurs formations).

Actions d'informations

Le CISS Bretagne a organisé une réunion d'information sur « les évolutions des derniers textes en santé » dans les 4 départements bretons. Cette présentation expose les impacts de ces évolutions législatives dans les parcours de vie des usagers.

Le CISS Bretagne communique régulièrement (tous les 2 mois) auprès de ses adhérents via la lettre d'information qui est diffusée aux 700 représentants d'usagers sur l'actualité du secteur sanitaire et médico-social. Il communique également sur les formations par mail et par téléphone auprès des associations membres du collectif, des représentants des usagers et des partenaires.

Observations - préconisations :

Ces données témoignent d'un engagement important du CISS Bretagne.

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 :

Collège	Taux de participation	
	2015	2016
Collège des représentants des collectivités territoriales	19,4%	41,7%
Collège des représentants des usagers de services de santé ou médico-sociaux	97,9%	98,4%
Collège des représentants des conférences de territoire	66,7%	81,3%
Collège des partenaires sociaux	55,6%	75,6%
Collège des acteurs de la cohésion et de la protection sociale	83,3%	45,8%
Collège des acteurs de la prévention et de l'éducation pour la santé	93,3%	85,0%
Collège des offreurs des services de santé	84,8%	81,6%
Collège des personnalités qualifiées	100,0%	87,5%
TOTAL (CRSA dans sa globalité)	75,1%	74,6%

Source : Données ARS Bretagne

Présences constatées dans les Conférences de territoire :

Collège	Taux de participation								2016	2015
	CT 1	CT 2	CT 3	CT 4	CT 5	CT 6	CT 7	CT 8		
Etablissements de santé	45%	32%	65%	59%	48%	68%	63%	60%	55,0%	58%
Ets sociaux et médico-sociaux	47%	50%	44%	72%	43%	54%	54%	48%	51,5%	56%
Organismes de prévention	50%	33%	50%	50%	27%	6%	78%	67%	45,1%	58%
Professionnels santé libéraux	30%	8%	49%	38%	40%	38%	28%	60%	36,4%	24%
Interne en médecine	ND	ND	0%	0%	ND	0%	0%	0%	0,0%	0%
Centres de santé	0%	62%	25%	25%	80%	75%	33%	80%	47,5%	67%
Etablissements HAD	0%	ND	50%	25%	80%	33%	67%	0%	31,9%	23%
Services de santé au travail	0%	0%	0%	0%	20%	0%	83%	80%	22,9%	8%
Usagers du système de santé	69%	56%	78%	84%	54%	79%	62%	51%	66,6%	79%
Collectivités territoriales	25%	32%	53%	25%	26%	50%	100%	100%	51,4%	38%
Ordre des médecins	0%	100%	100%	100%	100%	67%	83%	33%	72,9%	53%
Personnalités qualifiées	17%	69%	75%	63%	20%	67%	63%	60%	54,3%	41%
TOTAL (dans sa globalité)	43%	39%	58%	55%	45%	56%	60%	58%	51,8%	52%

Source : Données ARS Bretagne

ND : Représentant non désigné

IV. RENFORCER LA DEMOCRATIE SANITAIRE

Observations - Préconisations :

*Ces taux de participation aux diverses instances de la démocratie en santé, que ce soit en CRSA ou dans les conseils territoriaux de santé témoignent de la vivacité de la démocratie en santé en Bretagne.
Les représentants des usagers y sont particulièrement présents.*

V. SYNTHÈSE, PRECONISATIONS ET SUIVI DES RECOMMANDATIONS

Observations et Préconisations générales :

Il est compliqué de dresser une synthèse des droits des usagers par secteur notamment du fait des indicateurs divers et variés : certains produits, d'autres non disponibles.

Il serait aussi pertinent de retravailler au niveau de la CNS sur les indicateurs devant servir de base à ces rapports annuels et aux modes de collecte de ces dits indicateurs

Pour le médico-social et le nombre d'établissements et services il est absolument nécessaire de pouvoir tirer les enseignements des rapports d'évaluation ou à défaut de prévoir un outil de collecte des quelques indicateurs nécessaires. Notre commission avait déjà fait cette proposition par le passé sans qu'une suite ou réponse soit donnée

Des actions générales sont à mener pour que les droits des usagers soient enfin une réalité dont

1. La Communication

- *Améliorer la communication auprès des usagers pour une meilleure connaissance et une meilleure compréhension de leurs droits,*
- *Favoriser la représentation des usagers dans les instances (mettre l'accent sur plus de formations),*
- *Mettre à disposition des usagers des supports d'information dans les établissements de santé notamment.*

2. L'information sur le parcours de soins :

- *Faire la promotion du parcours de soins auprès des usagers et préserver l'accès aux soins,*
- *Garantir la continuité des soins à la sortie d'établissement,*
- *Coordonner les soins de suite dans la continuité du parcours de soins.*

3. Réduire le déficit démographique des médecins généralistes, celui-ci étant au cœur du parcours de soins.

• **Pour l'ambulatorie**

- *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 sur 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.*

La CSDU regrette que ce rapport ne puisse apporter un regard sur les droits des personnes qui restent à leur domicile et qui font appel aux services d'aide à domicile : selon les échanges il ressort que les droits de ces personnes sont souvent ignorés.

V. SYNTHÈSE, PRECONISATIONS ET SUIVI DES RECOMMANDATIONS

• Pour le sanitaire

- *Les rapports des CDU sont établis mais leur synthèse est inexploitable dans le détail.*
- *Au travers de la synthèse du rapport des CDU, 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.*

• 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.*

GLOSSAIRE

AED : Assistant d'Éducation
AFR : Actions de Formations Régionales
AM : Assurance Maladie
AME : Aide Médicale d'État
ANESM : Agence Nationale d'Évaluation 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
CDU : Commission des Usagers
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 : Établissement Public de Santé Mentale
EREA : Etablissements Régionaux d'Enseignement Adapté
ESAT: Établissement 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
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, Obstétrique
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
2017

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 : Clélia BASSINAT, Claude LAURENT
Crédits photos : ARS BRETAGNE
Impression :
Réalisation : ARS BRETAGNE
Dépôt légal :
N° ISSN : 2416-4674