

Rapport Annuel

sur le respect des Droits des Usagers en Bretagne



année
2018

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 10
3. Droit au respect de la dignité de la personne : promouvoir la bientraitance 20
4. Droit au respect de la dignité de la personne : prendre en compte la douleur 24
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 28
6. Droit à l'information : permettre l'accès au dossier médical 31
7. Assurer la scolarisation des enfants handicapés en milieu ordinaire ou adapté 37
8. Droit des personnes détenues : assurer la confidentialité des données médicales et l'accès des personnes à leur dossier médical 40
9. Santé mentale : veiller au bon fonctionnement des commissions départementales de soins psychiatriques 42

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

10. Assurer l'accès aux professionnels de santé libéraux 44
11. Assurer financièrement l'accès aux soins 51
12. Assurer l'accès aux structures de prévention 52
13. Réduire les inégalités d'accès à la prévention, aux soins et à la prise en charge médico-sociale sur tous les territoires 54

III. CONFORTER LA REPRESENTATION DES USAGERS DU SYSTEME DE SANTE

14. Former les représentants des usagers siégeant dans les instances du système de santé 58

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 Conseils territoriaux de santé 60

V. SYNTHÈSE, PRECONISATIONS ET SUIVI DES RECOMMANDATIONS 63

ANNEXE : Glossaire 65

ÉDITO



Ce rapport annuel 2018 est établi avec les données de l'exercice 2017 et il respecte le cahier des charges d'Avril 2012 et du guide d'application de Janvier 2013.

Depuis quelques années, il était préconisé une évolution de ce cahier des charges permettant notamment selon les années de pouvoir faire des focus sur certains sujets, et de changer ainsi d'année en année.

Il semblerait que les diverses CRSA ayant émis ces propositions aient été entendues puisqu'un groupe de travail s'est mis en chantier au sein de la CNS pour faire évoluer ce cahier des charges. A ce jour, aucune nouvelle directive n'ayant été donnée, la Commission Spécialisée sur les Droits des Usagers, qui a en charge ce rapport, a décidé de s'en tenir au cahier des charges toujours en vigueur.

Nous formons une nouvelle fois le vœu que le cahier des charges évolue pour l'année prochaine, permettant ainsi d'aborder des points plus spécifiques chaque année.

Aussi ce rapport a beaucoup de points communs avec les précédents.

Quelques nouveautés toutefois :

Une collecte des données et une analyse par les services de l'ORSB (Observatoire régional de Santé de Bretagne). Du fait de la connaissance des différentes sources possibles de données, nous avons pu constater que des données que nous n'arrivions pas à obtenir, ont pu cette année être intégrées dans ce rapport. Aussi cette procédure est-elle à saluer et les services de l'ORSB doivent en être remerciés.

La CSDU de la CRSA a aussi, avec les services de la démocratie en santé de l'Agence, associé les divers membres de la CRSA pour les commentaires et propositions compte-tenu que les membres de la CRSA représentent de nombreux organismes ou instances qui peuvent aussi compléter les observations des membres de la CSDU (qui est une commission très réduite en nombre).

La CSDU a aussi, en 2018, engagé des travaux de concertation avec les divers CTS (Conseils Territoriaux de Santé) et notamment leurs représentations des usagers, pour les associer à ces réflexions et propositions. Cette année, cette concertation a notamment permis les retours d'observations et commentaires des CTS d'Armor et Cœur de Breizh, ainsi que du président de la commission des usagers du CTS St Malo /Dinan, et cela mérite d'être salué car c'est ainsi que l'on peut élaborer un document vivant.

Aussi un grand merci à ces divers contributeurs ou partenaires qui ont permis de réaliser et de finaliser ce rapport annuel.

Claude LAURENT,
Président de la CSDU de Bretagne

A handwritten signature in blue ink, appearing to read 'Claude Laurent', with a stylized flourish at the end.

I - PROMOUVOIR ET FAIRE RESPECTER LES DROITS DES USAGERS

1. FORMER LES PROFESSIONNELS DE SANTÉ 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 (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).

En 2018, l'Agence nationale du Développement Professionnel Continu (DPC) a décidé de ne pas communiquer aux Agences Régionales de Santé (ARS) d'informations concernant les formations réalisées en 2017 en lien avec le respect des droits des usagers, en raison de la charge trop importante de travail à y consacrer (travail fait manuellement en 2017).

L'Union Régionale des Professionnels de Santé, Médecins Libéraux de Bretagne (URPS-ML) ne dispose pas de ce type de données.

Observations – Préconisations :

En 2017, nous avons pu obtenir des données : 1222 actions de formation avaient eu lieu en Bretagne dont 28 portaient sur les droits des usagers. Il ressort de la réponse de cette année que cela avait donné lieu à un trop grand travail interne de collecte, ce qui n'avait d'ailleurs pas permis de dresser un réel bilan qualitatif.

Nous pouvons certes comprendre cette difficulté.

Il est donc nécessaire de revoir dans le cahier des charges comment de telles données pourraient être collectées sans avoir besoin de mettre en chantier de nouveaux outils.

Il est aussi nécessaire qu'une telle collecte de données intègre le grand nombre de médecins libéraux sur un territoire.

Une telle donnée est-elle à maintenir dans le prochain cahier des charges ?

Il serait sans doute plus pertinent de bien intégrer les droits des usagers dans les formations initiales des professionnels de santé.

Il faut aussi prendre en considération les difficultés de gestion du temps des professionnels de santé qui obèrent souvent les possibilités de formation continue. Il serait intéressant d'associer les représentants des usagers lors de ces formations.

• 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 sur les droits des usagers.

I - PROMOUVOIR ET FAIRE RESPECTER LES DROITS DES USAGERS

Intitulés des formations financées par l'ANFH durant l'année 2017 en Bretagne :

Formation	Nb. Heures	Nb. Agents
Gestion des différentes situations d'accueil des usagers par le personnel administratif	235	17
Droit des usagers	210	15
Droits des patients usagers et devoirs professionnels	77	12
Le projet territorial de santé mentale : quel bénéfice pour le parcours des usagers ?	98	9
Les droits des usagers : la loi 2002-2	56	4
La place nouvelle des usagers à l'hôpital et dans le groupement hospitalier de territoire (GHT)	7	2
Formation à destination du responsable des relations avec les usagers et les associations	86	1
Mieux connaître le fonctionnement de la commission des usagers	7	1
Le projet territorial de santé mentale : quel bénéfice pour le parcours des usagers ?	18	1
La place nouvelle des usagers à l'hôpital et dans le groupement hospitalier de territoire (GHT)	7	1
Direction d'EHPAD et droits des usagers	42	1
Formation à destination du responsable des relations avec les usagers et les associations	7	1
Formation à destination du responsable des relations avec les usagers	7	1
Total (12 établissements)	857	66

Source : Données de l'ANFH

Une formation intitulée « Respect des droits des patients » a également été dispensée à 33 agents en Bretagne par l'ANFH en 2017.

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, depuis 2016, 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.

I - PROMOUVOIR ET FAIRE RESPECTER LES DROITS DES USAGERS

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.

Données issues du rapport des CDU :

Les données présentées ci-après sont issues de la synthèse des rapports annuels des CDU. En 2017, 109 établissements ont répondu au questionnaire sur les 114 établissements sollicités, soit 96 % de répondants.

Parmi les établissements répondants, 17 sont situés dans les Côtes-d'Armor, 31 dans le Finistère, 36 en Ille-et-Vilaine et 25 dans le Morbihan. Parmi les établissements répondants, 43 sont des établissements publics (soit 39 %), 17 des établissements privés à but non lucratif (16 %), 27 des établissements privés (25 %) et 22 établissements des ESPIC (20 %).

L'enquête menée auprès des établissements de santé indique que le nombre de personnels formés sur le respect des droits des usagers atteint la moyenne de 49 personnes par établissement et une médiane¹ de 29 par établissement. Parmi les établissements répondants, 13 (soit 14 %) n'ont aucun membre formé sur le respect des droits des usagers.

Les thèmes des formations sont, par ordre décroissant :

- Promotion de la bientraitance (78 % des établissements répondants),
- Prise en charge de la douleur (74 %),
- Personne de confiance (58 %),
- Rédaction de directives anticipées (57 %),
- Accès au dossier médical (54 %),
- Respect des croyances et convictions (37 %),
- Organisation de la démocratie sanitaire (17 %).

¹ La médiane d'un ensemble de valeurs est la valeur qui permet de couper l'ensemble des valeurs en deux parties égales.

I - PROMOUVOIR ET FAIRE RESPECTER LES DROITS DES USAGERS

Observations - Préconisations :

Concernant les données ANFH, nous pouvons apprécier d'avoir eu cette année ce retour de données. Il en ressort toutefois que peu d'agents ont suivi des formations sur les droits des usagers (66 et 33). Cela ne témoigne pas d'un grand engouement pour ces thématiques, ce qui pose question. Les données issues des rapports annuels des CDU sur ce sujet sont du déclaratif et elles ne permettent pas de cibler les établissements où des actions seraient à mener.

• 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.

En 2017, l'Ecole des Hautes Etudes en Santé Publique (EHESP) a mis en place 7 formations dans le champ médico-social sur les droits des usagers :

1) Formation « La protection juridique des majeurs vulnérables »

Cette formation s'adresse aux professionnels des établissements et services sanitaires, sociaux et médico-sociaux accueillant des personnes âgées, des personnes en situation de handicap ou des patients en psychiatrie, directeurs, cadres, Inspecteurs de l'action sanitaire et sociale (IASS) et Médecins inspecteur de santé publique (MISP), infirmiers, mandataires judiciaires à la protection des majeurs (préposé d'établissements, associatifs et indépendants), professionnels de la Direction régionale de la jeunesse, des sports et de la cohésion sociale (DRJSCS), de la Direction départementale de la cohésion sociale (DDCS), de la Direction Départementale de la Cohésion Sociale et de la Protection des Populations (DDCSPP), conseils départementaux....

Elle a pour objectifs de faire connaître les grands principes du dispositif de protection juridique des majeurs (loi du 5 mars 2007 et ses décrets d'application ; point d'actualité au regard des derniers textes : loi sur l'adaptation de la société au vieillissement, loi créant de nouveaux droits pour les malades et les personnes en fin de vie et loi de modernisation de notre système de santé), de déterminer les enjeux en termes de partenariat pour une protection juridique optimum entre l'ensemble des acteurs de la protection et de comprendre les enjeux tenant au respect des droits des majeurs protégés en établissement ou à domicile.

→ 1 session de formation de 3 jours a réuni 18 participants.

2) Formation « La bientraitance des usagers et des personnels comme levier de prévention de la maltraitance »

Cette formation s'adresse aux directeurs d'établissement et aux soignants. Elle a pour objectif de développer une culture de la bientraitance fondée sur la connaissance des besoins des résidents et des enjeux organisationnels et managériaux.

→ 1 session de formation de 3 jours a réuni 15 participants.

3) Formation « Organiser la démocratie en santé en région et dans les territoires »

Cette formation s'adresse aux directeurs, cadres et chargés de mission des ARS, de la Direction régionale de la jeunesse, des sports et de la cohésion sociale (DRJSCS), de la Direction départementale de la cohésion sociale (DDCS) et des collectivités territoriales.

I - PROMOUVOIR ET FAIRE RESPECTER LES DROITS DES USAGERS

Elle a pour objectifs d'appréhender les enjeux liés à l'organisation de la démocratie en santé dans les dimensions sanitaire, sociale et médico-sociale, de comprendre les différentes formes de la démocratie en santé et son articulation avec la démocratie représentative et la démocratie sociale et enfin de connaître les outils mobilisables pour l'exercice de la démocratie en santé (consultation citoyenne, débat public, forum, jurys citoyens).

→ 2 sessions de formation de 2 jours ont réuni 15 participants.

4) Formation « Inspection et protection des personnes dans le champ des établissements ou service sociaux ou médico-sociaux (ESSMS) »

Cette formation est à destination des directeurs, cadres, ingénieurs, Inspecteurs de l'action sanitaire et sociale (IASS), Médecins inspecteurs de santé publique (MISP), Pharmaciens inspecteurs de santé publique (PHISP) des agences régionales de santé, des services centraux ou déconcentrés des ministères sociaux et des conseils départementaux.

Elle a pour objectifs de définir et faire connaître la maltraitance et la bientraitance, de repérer les facteurs de risques en établissements, d'utiliser les outils d'inspection relatifs à la maltraitance, d'être sensibilisé aux conséquences des inspections en matière de protection des personnes et à la complémentarité des procédures administratives et judiciaires.

→ 1 session de formation de 3 jours a réuni 11 participants.

5) Formation « Construire et rénover les outils de la loi du 02/01/2002 »

Cette formation s'adresse aux directeurs ou cadres d'établissements, responsables de service social ou médico-social public ou privé, inspecteurs ou cadres en agence ou service du ministère des affaires sociales ou de la santé, médecins, infirmiers. Les objectifs de cette formation sont d'apporter des réponses concrètes sur la validité juridique de certains dispositifs, de distinguer à partir de textes de loi et décrets, la nature, le contenu et la finalité de chacun des outils, et d'initier avec les stagiaires une réflexion sur le contenu et l'écriture des outils.

→ 1 session de formation de 3 jours a réuni 9 participants.

6) Formation « La participation des personnes hospitalisées et accueillies en établissement et service »

Cette formation s'adresse aux directeurs ou cadres d'établissements ou de services sanitaires ou médico-sociaux publics ou privés, médecins, inspecteurs ou cadres en agence ou services du ministère des affaires sociales ou de la santé, professionnels des conseils départementaux, gestionnaires associatifs.

Elle a pour objectifs de saisir les enjeux du droit à la participation des personnes hospitalisées et accueillies en établissement et service au regard des autres droits et libertés, de réfléchir sur ses déclinaisons pratiques dans le parcours personnalisé de l'utilisateur en santé et de contourner les écueils de la participation.

→ 1 session de formation de 3 jours a réuni 8 participants.

7) Formation « Prendre en compte les personnes atteintes de maladies neurodégénératives, Alzheimer et apparentées »

Cette formation s'adresse à toutes personnes travaillant dans un établissement médico-social. Les objectifs de cette formation sont de connaître ou de mettre à jour les connaissances sur les maladies neurodégénératives, dont la maladie d'Alzheimer, et leurs répercussions sur les malades et les soignants, de connaître les politiques publiques relatives à l'accompagnement des personnes malades et de leur entourage et d'être capable de piloter des projets actualisés.

→ Une session de formation de 3 jours a réuni 6 participants.

I - PROMOUVOIR ET FAIRE RESPECTER LES DROITS DES USAGERS

Nous n'avons pas reçu de données de la part de ces organismes : Unifaf, Organisme Paritaire Collecteur Agréé des Professions Libérales (OPCAPL), Uniformation. Les données envoyées par le Fongecif n'ont pas permis d'isoler la thématique du respect des droits des usagers.

Observations - Préconisations :

Comme les autres années, nous n'avons pas obtenu d'informations des organismes collecteurs des fonds formation OPCA, et c'est très regrettable.

Toutefois cette année nous avons pu avoir un point sur les diverses formations organisées par l'EHESP qui permet de constater que la thématique des droits des usagers et des personnes est prise en compte. Certes le nombre de personnes ayant suivi ces formations reste faible si on prend en considération qu'en Bretagne le secteur médico-social représente presque 1000 ESMS.

Nous pouvons aussi nous interroger sur le fait que des actions de formation sur la loi 2002/02 sont toujours à mettre en œuvre alors que cela devrait être intégré dans les formations initiales et pour les plus anciens professionnels mis en application depuis.

Il faut aussi souligner que les résultats de la semaine sécurité des patients mettent en évidence que cette sensibilisation est souvent réalisée en interne.

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 (cette formule s'applique aux soins de Ville)

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).

Tout patient en désaccord avec un professionnel de santé peut se rapprocher des Ordres des professions de santé.

A titre d'exemple, l'ordre régional des médecins dispose d'un processus de traitement des plaintes au niveau départemental et régional. Le processus est le suivant : le patient, après avoir échangé avec le médecin avec qui, lui, ou sa famille est en conflit, à la possibilité de prendre contact avec le président de l'Ordre des médecins du département où exerce le praticien. Un courrier doit être transmis en formulant les doléances à l'encontre du praticien concerné. C'est ensuite le conseil départemental de l'Ordre qui prend directement contact avec le médecin concerné en l'invitant à répondre.

Si le patient ou sa famille souhaitent porter plainte, alors, le conseil départemental de l'Ordre organisera dans un premier temps une procédure de conciliation qui peut permettre de trouver une solution à l'amiable. En cas d'échec de la conciliation, la plainte sera transmise aux instances disciplinaires de l'Ordre.

D'éventuelles sanctions peuvent être mises en place. C'est la juridiction ordinaire qui juge les manquements à la déontologie médicale. Les sanctions qu'elle inflige sont des peines professionnelles (avertissement, blâme, suspension temporaire du droit d'exercer avec ou sans sursis, radiation du tableau de l'Ordre). Elle ne remplace pas la juridiction civile ou pénale. Le plaignant peut donc saisir, en parallèle les tribunaux de droit commun, au civil et/ou pénal.

(Source : <https://www.conseil-national.medecin.fr/en-cas-de-litige-1216>)

Observations - Préconisations :

Nous n'avons pas cette année, comme l'année dernière, de bilan des plaintes et doléances alors même que les conseils départementaux de l'ordre les recensent.

La procédure est certes rappelée mais comment peut-on agir sans avoir de données chiffrées ou qualitatives ?

On peut aussi regretter qu'il n'existe pas de conciliateur ou de médiateur sur le champ ambulatoire et cela peut rendre plus délicate la saisine en cas de plainte.

Il est aussi à souligner le fait que les conseils départementaux détiennent de telle liste de doléances.

• 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 ;

I - PROMOUVOIR ET FAIRE RESPECTER LES DROITS DES USAGERS

- 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

1. 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.

2. Le processus de certification d'un établissement

La 4^{ème} itération de la démarche de certification des établissements de santé, dite V2014, introduit le compte qualité et de nouvelles méthodes de visite. Le processus de certification ainsi que le calendrier sont modifiés alors que le manuel de certification n'évolue qu'à la marge par rapport à la V2010.

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

Le compte qualité devient la pierre angulaire du nouveau dispositif et le nouvel outil national de pilotage de la certification, c'est un outil de suivi longitudinal de la démarche qualité et de gestion des risques des établissements. Il synthétise les engagements de l'établissement concernant son système de management de la qualité et des risques et sa démarche d'amélioration.

3. La 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.

4. Les enjeux de la V2014

- 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

5. Liste des thématiques HAS V2014 en lien avec les droits des patients

- 1- Droits des patients
- 2- Prise en charge de la douleur
- 3- Prise en charge et droits des patients en fin de vie

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 certifié 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	Si choix d'une visite non programmée Et décision A	B A	4 ans 6 ans
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 HAS déclenche une visite de suivi sous 6 mois	A ou B A ou B ou E (si OA)	4 ans 4 ans
D Sursis à statuer	Présence de réserve(s) (R) Ou si Avis défavorable à l'exploitation des locaux	4 mois	Visite de suivi sur la réserve Si C , obligation d'amélioration avec visite ciblée à 3 mois	A ou B ou E A ou B ou E (si Reco)	Selon le résultat 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

*ES : Etablissement de santé

I - PROMOUVOIR ET FAIRE RESPECTER LES DROITS DES USAGERS

5. 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, qui étaient octroyées au regard de chacun des critères du référentiel HAS 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 31 décembre 2017 de 131 établissements.

Critères concernant les droits des patients	Nb ES*	Résultats
01c. Démarche éthique	1	Recommandations 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

*ES : Etablissement de santé

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.

I - PROMOUVOIR ET FAIRE RESPECTER LES DROITS DES USAGERS

La HAS publie sur son site Internet les rapports de certification de l'ensemble des établissements de santé : https://www.has-sante.fr/portail/jcms/c_978697/fr/les-resultats-de-certification.

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. 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.

I - PROMOUVOIR ET FAIRE RESPECTER LES DROITS DES USAGERS

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 de l'HAS, les indicateurs se basent
Sur les cotations prononcées avant le 31/12/2017

I - PROMOUVOIR ET FAIRE RESPECTER LES DROITS DES USAGERS

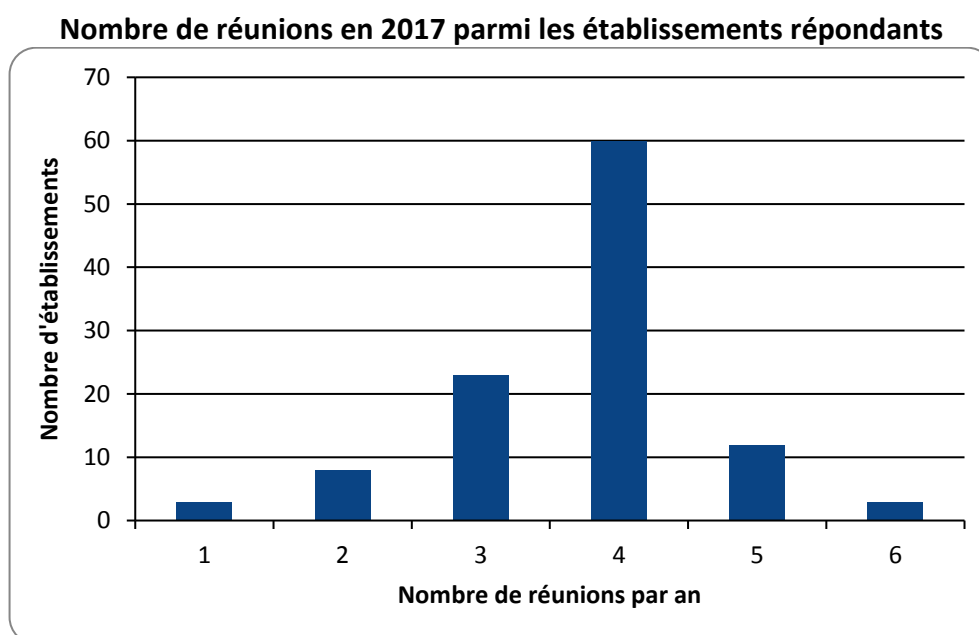
Données issues du rapport des CDU :

Les données présentées ci-après sont issues de la synthèse de ces rapports annuels.

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

Sur les 218 RU attendus pour les 109 établissements répondants, 215 titulaires et 183 suppléants ont été nommés. Sept CDU sur dix (69,7 %) présentent un taux de participation des RU supérieur ou égal à 90 %. Aucun établissement ne présente un taux de participation inférieur à 50 %.

Les données fournies dans les rapports des CDU nous indiquent que tous les établissements réunissent leur CDU.



Source : Synthèse des rapports CDU 2017

En 2017, les établissements ont réuni leur commission des usagers en moyenne 3,7 fois par an, comme en 2016. Près d'un tiers des établissements (31 %) l'ont réuni moins de 4 fois, la moitié (55 %) 4 fois et 14 % plus de 4 fois.

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

	2016	2017
Nombre d'établissements concernés	118	114
Nombre de rapports établis et validés	113	109
Réponses partielles	5	5
Existence d'un règlement intérieur	109	106

Source : Synthèse des rapports CDU 2017

Le rapport annuel d'activité a été transmis à d'autres instances dans 77,6 % des établissements (82 sur 107 répondants à la question).

I - PROMOUVOIR ET FAIRE RESPECTER LES DROITS DES USAGERS

Formation spécifique des représentants des usagers

Selon les déclarations des établissements de santé, on note qu'en 2017, 43,2 %² des représentants des usagers nommés au sein des CDU ont reçu une formation sur le fonctionnement de la CDU, soit environ 172 personnes, ce qui représente en moyenne 1,8 RU formés, chiffre variant de 0 à 4 selon les établissements. Cette formation est proposée aux personnes nouvellement désignées afin de leur apporter un socle commun de connaissances pour assurer au mieux leurs fonctions de représentants des usagers (rôle et fonctionnement de la CDU, rôle des membres de la CDU, le positionnement du RU...). Parmi les autres membres de la CDU, 1,5 sont formés en moyenne, ce chiffre variant de 0 à 9 selon les établissements. D'après les données de France assos santé, entre 96 et 124 RU ont été formés en 2017 en Bretagne (cf. infra, item 14).

Processus de traitement des plaintes :

La synthèse annuelle des rapports des CDU nous apporte également des données régionales sur les plaintes traitées.

Les 106 établissements répondants ont fait état de 3 390 plaintes écrites, soit 31 par établissement en moyenne, et de 335 plaintes orales, soit 4 par établissement en moyenne. Les établissements ont reçu 3 637 éloges, soit 33,4 par établissement en moyenne.

Le délai minimum de traitement de ces réclamations par les établissements variait de 0 à 28 jours, soit une moyenne de 3 jours.

Le délai maximum variait de 0 à 365 jours, soit une moyenne de 56 jours.

Concernant les médiations, 57 établissements ont proposé au moins une médiation, représentant ainsi au total 770 propositions de médiations. Parmi elles, 333 ont été réalisées au cours de l'année 2017 (soit 43,2 %). Parmi les établissements, 96,3 % ont un dispositif d'information sur la procédure de réclamation à destination des usagers.

Observations - Préconisations :

Ces données issues tant des rapports de certification que des rapports annuels des CDU n'appellent pas de commentaires nouveaux par rapport à nos observations de 2017.

En effet, au niveau des certifications les établissements pour les items concernés se situent en A ou en B.

En ce qui concerne les CDU, on peut juste regretter qu'avec le renouvellement il reste quelques postes de suppléants de représentants des usagers non pourvus.

Il est important que les formations des RU soient du ressort en premier lieu des établissements où ces personnes siègent. D'autre part, France Assos Santé et les associations les composants mettent aussi en œuvre des formations pour leurs RU.

Il est aussi important de souligner que certains établissements proposent aux RU de participer à la préparation de l'ordre du jour des CDU et cela peut être un axe important d'évolution.

² La méthode de calcul de cette proportion est différente de 2016, où le dénominateur était le nombre de RU, hors suppléants. Pour l'année 2017, le numérateur est le nombre total de RU formés (suppléants inclus) et le dénominateur, le nombre total RU déclarés (suppléants inclus). Les résultats ne sont donc pas comparables.

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

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 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 celle de l'organisation gestionnaire.

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

En 2017, la proportion de rapports des CVS transmis sur la base du volontariat à l'ARS comme à la CRSA n'est pas disponible.

De même, le nombre de réunions par an de chaque CVS est inconnu de l'ARS ainsi que la composition et la qualité des membres des CVS, et la proportion d'établissements disposant de formations pour les membres des CVS.

L'étude de l'ANESM présente des informations concernant les CVS en EHPAD³ qui ont été présentées dans l'édition précédente du présent rapport. La prochaine enquête sur l'activité 2019 devrait être publiée en 2020.

³ ARS Bretagne - https://www.bretagne.ars.sante.fr/index.php/system/files/2017-12/ARS%20Bretagne%20-%202017%20-%20Bientraitance_0.pdf

I - PROMOUVOIR ET FAIRE RESPECTER LES DROITS DES USAGERS

Proportion d'établissements disposant d'un CVS par type d'établissement en Bretagne en 2017 :

Type de structure	Nombre total	Nb ayant un CVS	% csv
EHPAD	383	382	99%
Services de soins à domicile (SSIAD/SPASAD)	104	72	69%
ESAT	78	78	100%
SESSAD	71	52	73%
FAM	70	69	99%
IME	48	48	100%
MAS	25	25	100%
Centre d'action médico-sociale précoce (CAMSP)	16	15	94%
Centres Médico Psycho Pédagogiques (CMPP)	16	13	81%
Service d'accompagnement médico-social pour adultes handicapés (SAMSAH)	15	14	93%
Institut thérapeutique éducatif et pédagogique (ITEP)	14	13	93%
Enfants Ados	12	12	100%
Etablissements pour déficient visuel (DM)	5	5	100%
Etablissements pour déficients auditifs (DA)	5	5	100%
Centre de rééducation professionnelle (CRP)	3	3	100%
Etablissements pour déficients visuels (DV)	3	3	100%

Source : données de l'ARS

Observations - Préconisations :

Les seules données existantes portent sur l'existence ou non de CVS mais pas sur leur fonctionnement.

Nous souhaitons rappeler nos commentaires des années précédentes :

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.

Il ressort toutefois qu'en règle générale les CVS existent bien et que les représentants des usagers peuvent s'y exprimer. Il est nécessaire pour cela que les directions des établissements soient aidantes pour favoriser ces prises de parole et d'expression.

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

I - PROMOUVOIR ET FAIRE RESPECTER LES DROITS DES USAGERS

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

• Champ ambulatoire

Rappel cahier des charges

Indicateurs/données à recueillir : 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.

D'après l'ordre régional des médecins, 25 plaintes et réclamations pour maltraitance ont été déposées dans le Finistère et 5 dans les Côtes-d'Armor, avec à chaque fois une réponse apportée. Aucune plainte n'a été recensée en Ille-et-Vilaine et dans le Morbihan.

L'ARS dispose d'un système de traitement des plaintes. Si la totalité des plaintes sont traitées, le nombre précis de plaintes spécifiquement en rapport avec la maltraitance n'est pas connu.

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 :

Les données du conseil de l'ordre n'appellent pas de commentaires.

Quant à celles de l'Agence régionale de la santé, il est dommage de ne pas pouvoir extraire le nombre de plaintes ou réclamations portant sur la maltraitance.

Il faut aussi s'interroger sur le réflexe des usagers victimes d'actes de maltraitance de penser à une saisine du conseil de l'ordre ou de l'ARS.

Il faut souligner que les victimes ou leurs familles ont des difficultés à formuler des plaintes ou réclamations faute d'accompagnement.

• Champ sanitaire :

Rappel cahier des charges

Indicateurs/données à recueillir :

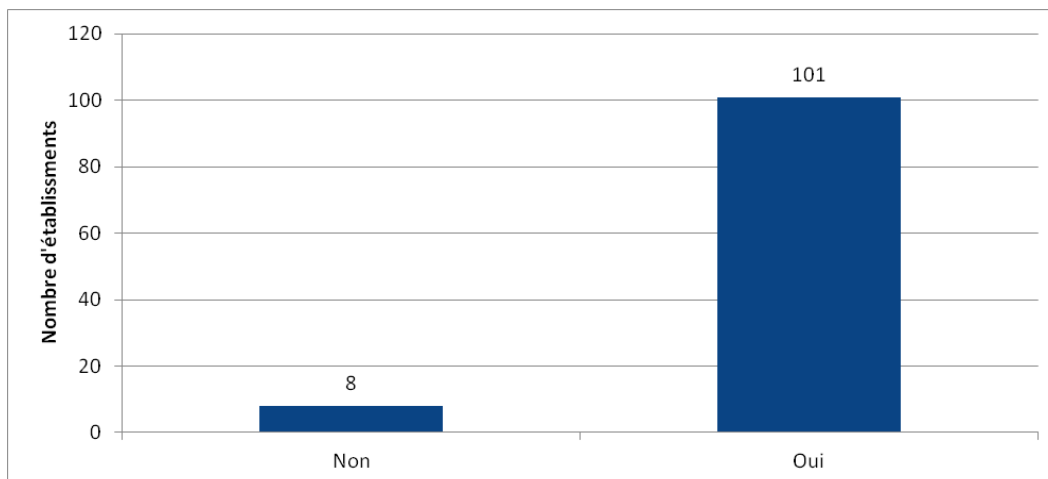
Proportion d'établissements où un dispositif ou des procédures de promotion de la bientraitance existent.

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

Les informations fournies par la synthèse des rapports des CDU indiquent que 92,7% des établissements affirment avoir mis en place des actions de promotion de la bientraitance et 83,5% des formations de sensibilisation à la bientraitance.

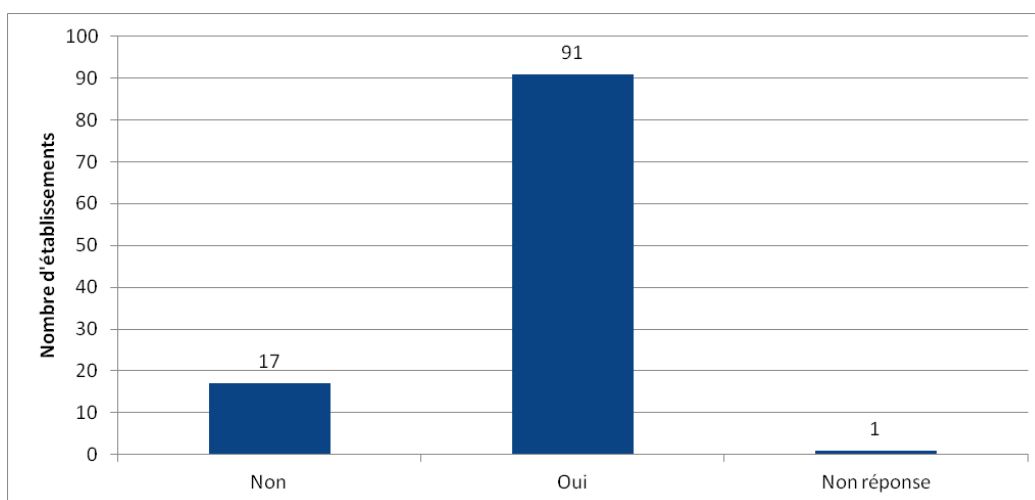
I - PROMOUVOIR ET FAIRE RESPECTER LES DROITS DES USAGERS

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



Source : Synthèse du rapport des CDU 2017

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



Source : Synthèse du rapport des CDU 2017

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.

I - PROMOUVOIR ET FAIRE RESPECTER LES DROITS DES USAGERS

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 31/12/2017)

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 de l'HAS, les indicateurs se basent sur les cotations prononcées avant le 31/12/2017

I - PROMOUVOIR ET FAIRE RESPECTER LES DROITS DES USAGERS

Observations - Préconisations :

Selon les données des rapports des CDU, le nombre d'établissements indiquant mettre en place des actions de promotion de la bientraitance est plus important qu'en 2017 (91,5 % d'affirmations en 2017, et 92,7 % en 2018), c'est donc une amélioration. Il faut poursuivre.

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'étude réalisée à partir des données de l'enquête de l'ANESM sur la bientraitance en EHPAD en Bretagne a été publiée en 2017⁴ et ses résultats ont été présentés dans le précédent rapport annuel sur le droit des usagers. Ils ne seront donc pas présentés ici. Cette enquête est réalisée tous les quatre ans et sera en principe réitérée en 2019.

Données des tableaux de bord départementaux des réclamations en 2017 de l'ARS :

La catégorie relative à la maltraitance n'existe pas en tant que telle dans les items des tableaux de bord. Les réclamations prises en compte ci-dessous sont celles dont la description fait ressortir les termes "maltraitance" ou "maltraitant(e)". Ces données sont donc sous-estimées. Il convient de les utiliser avec les précautions d'usage nécessaires.

Les motifs principaux et secondaires suivant sont pris en compte, ce qui peut doubler le nombre de réclamations.

Des réponses ont été apportées à l'ensemble des réclamations, à l'exclusion de celles dont le réclamant était anonyme (aucune coordonnée communiquée afin de le contacter).

⁴ 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

Reclamations concernant la maltraitance transmises à l'ARS en 2017 :

	Côtes-d'Armor	Finistère	Ille-et-Vilaine	Morbihan	TOTAL
Nb total de réclamations dans le champ médico-social	59	37	77	47	220
Les réclamations concernant la maltraitance :					
<i>Attitude des professionnels</i>	1				1
<i>Attitude des usagers</i>					
<i>Conditions de prise en charge</i>	1				1
<i>Respect du droit des usagers</i>					
<i>Qualité des soins médicaux</i>			1		1
<i>Organisation et/ou fonctionnement du service</i>			1		1
TOTAL	2	0	2	0	4

Source : Données de l'ARS

Observations - Préconisations :

Les données de l'ANESM ayant été reprises dans le précédent rapport, elles ne sont pas reprises dans ce rapport 2018.

Toutefois le nombre de réclamations transmises à l'ARS relatives à la maltraitance est très faible au regard du nombre d'établissements et services concernés (plus de 800) et du nombre de personnes accompagnées très important. Ces données interpellent d'ailleurs des membres des CTS.

Certes, cela ne justifie pas ce nombre, même réduit, mais ce suivi permet de mettre en place des mesures de prévention ainsi que des poursuites éventuelles.

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.

En 2018, l'Agence nationale du Développement Professionnel Continu (DPC) a décidé de ne pas communiquer aux Agences Régionales de Santé (ARS) d'informations concernant les formations en lien avec le respect des droits des usagers, en raison de la charge trop importante de travail à y consacrer (travail fait manuellement les années précédentes).

Nous n'avons pas reçu de données de la part de l'Union Régionale des Professionnels de Santé, Médecins Libéraux de Bretagne (URPS-ML).

I - PROMOUVOIR ET FAIRE RESPECTER LES DROITS DES USAGERS

Observations - Préconisations :

Nous ne pouvons que regretter ce manque de données.

Les données obtenues en 2017 étaient certes faibles sur le nombre de professionnels ayant suivi des actions de formation sur cette thématique : cf. notre rapport 2017 : *« 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.

Dans le cadre des certifications par l'HAS et parmi les 120 établissements de santé concernés, un seul établissement a reçu une recommandation d'amélioration concernant sa prise en charge de la douleur.

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

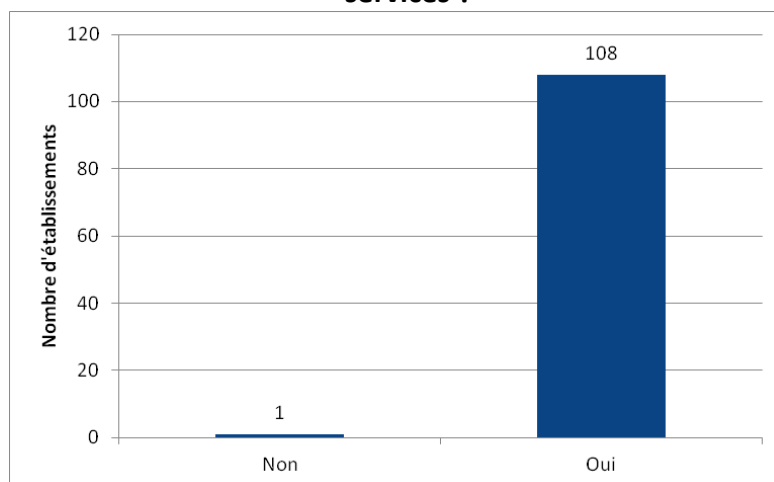
Proportion d'établissements ayant une cotation A, B, C, D par départements pour le critère 12.a : Prise en charge de la douleur

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 de l'HAS, les indicateurs se basent sur les cotations prononcées avant le 31/12/2017

I - PROMOUVOIR ET FAIRE RESPECTER LES DROITS DES USAGERS

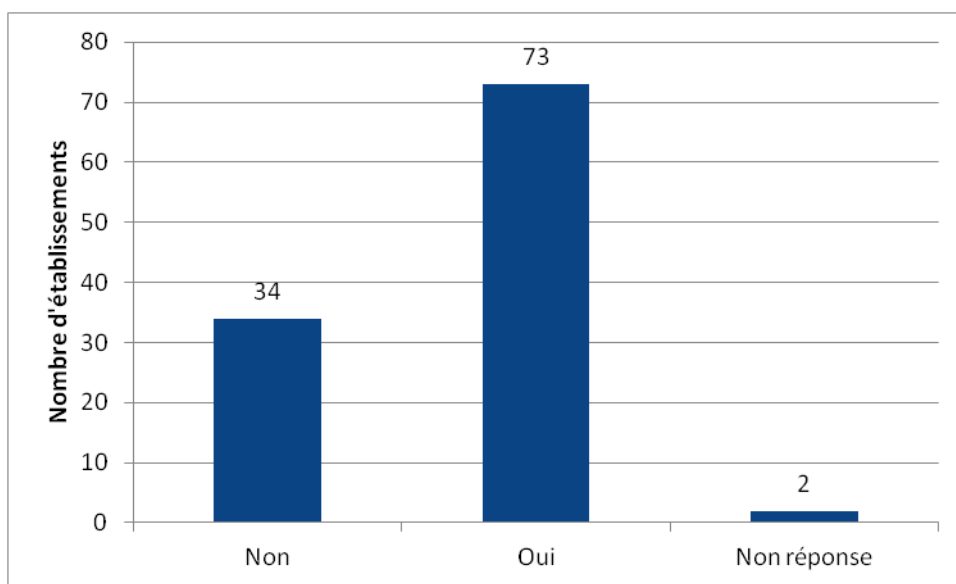
Existe-t-il une procédure systématique d'évaluation et de prise en charge de la douleur dans les services ?



Source : Synthèse du rapport des CDU 2017

Dans la synthèse des CDU, 99,1 % des établissements affirment avoir une procédure systématique d'évaluation et de prise en charge de la douleur dans les services.

Existe-t-il des Evaluations des Pratiques Professionnelles (EPP) ayant pour thématique le respect des droits des usagers (dont prise en charge de la douleur) ?



Source : Synthèse du rapport des CDU 2017

Par ailleurs, 67 % des établissements indiquent que des Evaluations des Pratiques Professionnelles (EPP) ont été réalisées sur la thématique du respect des droits des usagers.

I - PROMOUVOIR ET FAIRE RESPECTER LES DROITS DES USAGERS

Observations - Préconisations :

De ces données, nous pouvons constater que cette thématique est bien prise en compte depuis quelques années. Certes, il reste des efforts à faire. Mais les données des rapports des CDU étant trop brutes, il n'est pas permis de connaître les établissements où des actions seraient à mener (Cotation C)

Il est mentionné que 67% des établissements indiquent que des évaluations sur les pratiques professionnelles ont été réalisées sur les droits des usagers, mais ce n'est pas spécifique à la prise en charge de la douleur.

De plus, les patients notamment avec des maladies chroniques ont-ils connaissance de l'existence des CLUD et des possibilités de saisine ? Une action de communication serait sans doute à envisager.

• 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.

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 est actuellement inconnu.

Observations - Préconisations :

Il serait pertinent, comme déjà indiqué, de pouvoir disposer d'un mini questionnaire reprenant ces divers items. Comme les ESMS vont tous être sous CPOM, cela pourrait être un élément pertinent d'analyse des situations.

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.

En 2018, l'Agence nationale du Développement Professionnel Continu (DPC) a décidé de ne pas communiquer aux Agences Régionales de Santé (ARS) d'informations concernant les formations en lien avec le respect des droits des usagers, en raison de la charge trop importante de travail à y consacrer (travail fait manuellement les années précédentes).

Nous n'avons pas reçu de données de la part de l'Union Régionale des Professionnels de Santé, Médecins Libéraux de Bretagne (URPS-ML).

I - PROMOUVOIR ET FAIRE RESPECTER LES DROITS DES USAGERS

Observations - Préconisations :

Sans données, nous ne pouvons pas donner de commentaires.

Toutefois en 2017, l'OGDPC nous avait indiqué que des formations avaient eu lieu et avaient pu former 160 praticiens sur cette thématique ce qui était déjà positif.

• Champ sanitaire

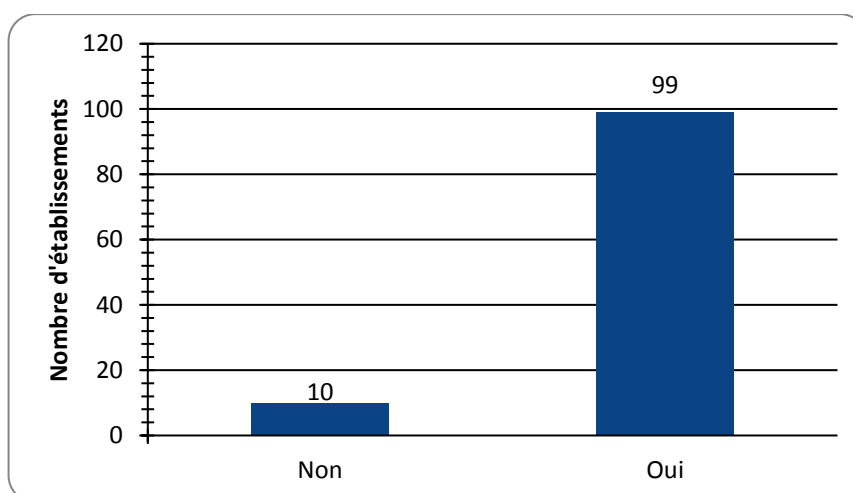
Rappel cahier des charges

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 du rapport des CDU 2017

Parmi les établissements ayant répondu au questionnaire portant sur les CDU, 90,8 % ont affirmé disposer de procédures d'information des usagers sur la possibilité de rédiger des directives anticipées relatives à la fin de vie. De plus, 75,2% des établissements affirment avoir une procédure de recueil des directives anticipées relative à la fin de vie.

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 31/12/2017)

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 de l'HAS, les indicateurs se basent sur les cotations prononcées avant le 31/12/2017

I - PROMOUVOIR ET FAIRE RESPECTER LES DROITS DES USAGERS

Observations – Préconisations :

Pour les données des rapports CDU, il faut tenir compte du fait que ce sont des données déclaratives. Il est donc important que les représentants des usagers siégeant au sein des CDU sollicitent des explications ou des commentaires lorsque ces rapports leurs sont présentés.

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.

Il est cependant regrettable qu'en 2017, des établissements fussent cotés en C et soient toujours à priori sur le même classement cette année.

• 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) a été réalisée en 2015⁵. Ses résultats ont été présentés dans le rapport sur le respect des droits des usagers rédigé en 2017. Cette enquête sera renouvelée en 2019.

Observations - Préconisations :

La CSDU regrette de ne pas pouvoir obtenir de données.

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.

D'après l'ordre régional des médecins, 9 plaintes et réclamations ont été déposées en Bretagne concernant l'accès au dossier médical (6 dans le Finistère, 2 dans les Côtes-d'Armor et 1 en Ille-et-Vilaine). L'ensemble des plaintes a reçu une réponse.

Observations - Préconisations :

Cette année, nous avons eu une information quant au nombre de plaintes relatives à l'accès au dossier médical.

C'est un nombre très faible et nous pouvons donc être satisfaits de constater que ce droit semble donc bien être effectif. Toutefois peut-on être sûr de ces données ?

⁵ <https://drees.solidarites-sante.gouv.fr/etudes-et-statistiques/open-data/etablissements-de-sante-sociaux-et-medico-sociaux/article/l-enquete-aupres-des-etablissements-d-hebergement-pour-personnes-agees-ehpa>

I - PROMOUVOIR ET FAIRE RESPECTER LES DROITS DES USAGERS

• 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 indique que :

- L'ensemble des 109 établissements répondants ont une procédure d'information sur l'accès au dossier médical, 98,8 % à travers un livret d'accueil ou un affichage pouvant être accompagné par d'autres méthodes.
- En 2017, les établissements ont déclaré qu'en moyenne, 100 dossiers de moins de 5 ans avaient été demandés. Sur les 10 889 demandes de dossiers de moins de 5 ans, 65 ont fait l'objet d'un refus.
- Les établissements ont également déclaré qu'en moyenne 28,3 dossiers de plus de 5 ans ont été demandés. Parmi les 2 756 demandes de dossiers de plus de 5 ans, 39 ont fait l'objet d'un refus.

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.

I - PROMOUVOIR ET FAIRE RESPECTER LES DROITS DES USAGERS

**Proportion d'établissements ayant une cotation A, B, C ou D par département pour le critère 14.b :
Accès du patient à son dossier** (NB : Les indicateurs se basent sur les cotations prononcées avant le 31/12/2017)

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 de l'HAS, les indicateurs se basent sur les cotations prononcées avant le 31/12/2017

I - PROMOUVOIR ET FAIRE RESPECTER LES DROITS DES USAGERS

Observations - Préconisations :

Il ressort que ce droit est maintenant bien pris en considération. Toutefois les données collectées mentionnent un certain nombre de refus. Il serait pertinent de connaître les causes de ces refus. Sur cet item, la très grande majorité des établissements est classée en A, ce qui nous satisfait.

• 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 (rappel des textes)

L'article L.311-5 du Code de l'action sociale et des familles dispose que « toute personne prise en charge par un établissement ou un service social ou médico-social ou son représentant légal peut faire appel, en vue de l'aider à faire valoir ses droits, à une personne qualifiée qu'elle choisit sur une liste établie conjointement par le représentant de l'Etat dans le département, le Président du Conseil général et le Directeur général de l'Agence régionale de Santé. La personne qualifiée rend compte de ses interventions aux autorités chargées du contrôle des établissements ou services concernés, à l'intéressé ou à son représentant légal dans des conditions fixées par décret en Conseil d'Etat. »

Les personnes qualifiées ont pour mission :

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

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

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

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 Direction de l'autonomie du Conseil Départemental (CD).

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

Une page internet sur le site de l'ARS Bretagne est en cours de création afin de faire connaître diverses informations :

- Les missions de la personne qualifiée ;
- Qui peut faire appel à une personne qualifiée ?
- Dans quels établissements peut intervenir la personne qualifiée ?
- Comment est désignée la personne qualifiée ?
- Comment peut-on saisir une personne qualifiée ?

L'ARS Bretagne a également pour projet de créer en 2019 un guide à destination des personnes qualifiées et des usagers afin de mieux faire connaître ce dispositif.

I - PROMOUVOIR ET FAIRE RESPECTER LES DROITS DES USAGERS

	Nomination des personnes qualifiées	Modes de désignations	Formations	Actions menées pour faire connaître le rôle des personnes qualifiées	Autres informations
Côtes-d'Armor	En 2017, il n'y a eu aucune nouvelle nomination de personnes qualifiées. Date de l'arrêté de nomination : 04/09/2015	Il n'y a aucun changement en 2017.	Il n'y a pas eu de nouvelle formation des personnes qualifiées en 2017.	Une information sur les personnes qualifiées figurait sur le site internet du Département des Côtes d'Armor. Sur demande, un Établissement ou Service Social ou Médico-Social (ESSMS) a transmission d'une copie de l'arrêté de désignation.	Il y a eu huit sollicitations en 2017 ayant donné lieu à trois saisines avec des rapports réalisés.
Finistère	Nomination par arrêté signé du directeur général de l'ARS, de la Présidente du Conseil départemental et par le Préfet. Date de l'arrêté de nomination : 12/09/2016	Lors de la dernière mise à jour de la liste, 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 et la Direction Départementale de la Cohésion Sociale (DDCS)	Lors de la nomination des personnes qualifiées, une information leur est réalisée et des outils de méthodologie leur sont apportés. Une procédure avec une grille type d'entretien et un rapport type a été définie pour faciliter le travail de la personne qualifiée.	En matière de communication, le Conseil départemental du Finistère a publié et diffusé une plaquette d'information sur le rôle et les missions des personnes qualifiées dans les endroits stratégiques (les établissements, dans les Centre locaux d'information et de coordination (CLIC), les Centres Communaux d'Action Sociale, lors de forums sur des thématiques en lien avec ces publics...). Sur le site internet du CD29, la liste des personnes qualifiées 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.	Il y a eu en 2017 trois interventions concernant le champ personnes âgées
Ille-et-Vilaine	Nomination par arrêté signé du directeur général de l'ARS, du président du Conseil Départemental et par le Préfet. Date de l'arrêté de nomination : 15/09/2016			Info Sociale en Ligne, service social du Département d'Ille-et-Vilaine, est chargé de mettre en relation les usagers avec les personnes qualifiées. L'utilisateur, ou son représentant, doit contacter Info Sociale en Ligne au 0 810 20 35 35 (prix d'un appel local). La personne qualifiée doit intervenir à la demande des usagers des établissements et services pour une demande ayant fait l'objet de faire valoir leurs droits, pour tout problème qui a trait à la vie des personnes dans l'établissement. La personne qualifiée a un rôle d'information, de médiation entre l'utilisateur et l'établissement, de sollicitation des autorités compétentes et de signalement.	Dans le Département 35, une réunion annuelle est organisée avec l'ensemble des personnes qualifiées. Bilan 2017 : huit sollicitations.
Morbihan	Nominations par arrêté conjoint de l'ARS, du DDCS et du département Date de l'arrêté de nomination : 16/07/2018	Mise en contact avec des personnes susceptibles d'être des personnes qualifiées.	Aucune à ce jour	Transmission de l'arrêté dans les établissements pour personnes âgées et personnes handicapées.	

I - PROMOUVOIR ET FAIRE RESPECTER LES DROITS DES USAGERS

Observations - Préconisations :

Il ressort de ces données que des personnes qualifiées ont été installées dans l'ensemble des départements. Toutefois, le nombre de sollicitations et d'interventions semble très faible compte-tenu du nombre d'établissements et services médico sociaux et du nombre de personnes handicapées et de personnes âgées qui y sont accueillies et accompagnées.

Les actions de communication sur l'existence de personnes qualifiées et aussi sur les modes de saisine sont-elles suffisantes ?

Nous pouvons donc saluer le projet de l'ARS de mettre sur le site de l'agence cette procédure.

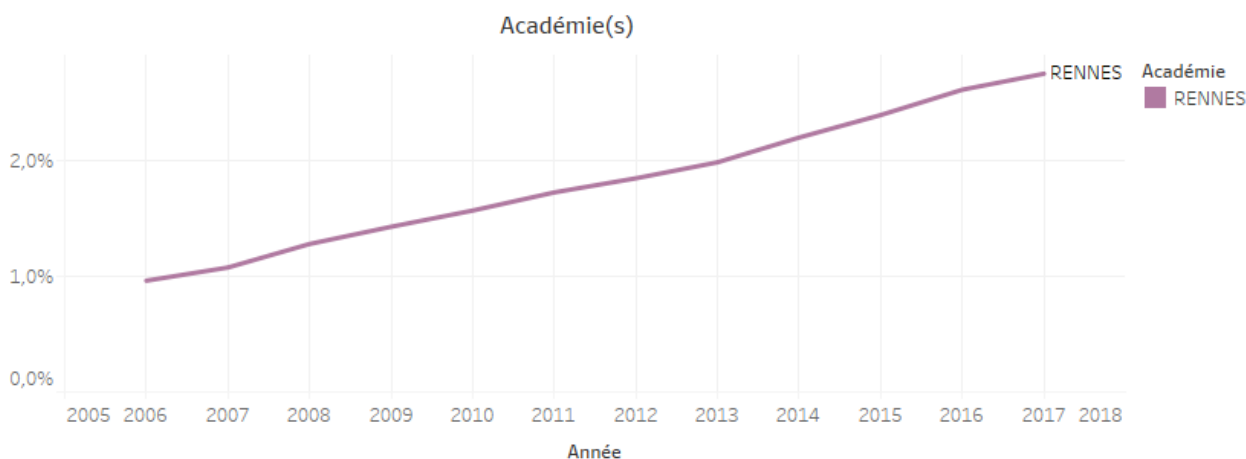
7. ASSURER LA SCOLARISATION DES ENFANTS HANDICAPÉS EN MILIEU ORDINAIRE OU ADAPTÉ

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 loi du 11 février 2005 pour l'égalité des droits et des chances, la participation de la citoyenneté des personnes handicapées a permis des avancées majeures dans la politique de scolarisation des élèves en situation de handicap. Le service public d'éducation doit veiller à l'inclusion scolaire de tous les enfants, sans aucune distinction.

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



Source : Données du rectorat

Depuis 2006, le nombre d'élèves en situation de handicap scolarisés en milieu ordinaire a plus que doublé. Les différents dispositifs de scolarisation, les parcours de formation individualisés et les aménagements personnalisés en fonction des besoins des élèves participent à l'inclusion scolaire.

A la rentrée 2017, la part des élèves en situation de handicap parmi l'ensemble des élèves scolarisés en milieu ordinaire est de 2,8 %.

I - PROMOUVOIR ET FAIRE RESPECTER LES DROITS DES USAGERS

Effectifs des élèves en situation de handicap scolarisés en milieu ordinaire ou en unité d'enseignement (UE) à la rentrée scolaire 2017

Lieu de scolarisation		Total général	
1er degré	Maternelle	1 309	
	Elémentaire	7 855	
Total milieu ordinaire 1d		9 164	46 %
2nd degré	Collège	5 007	
	SEGPA	850	
	Lycée Professionnel	861	
	Lycée	698	
	Post-bac	85	
Total milieu ordinaire 2d		7 501	37 %
Total milieu ordinaire		16 665	83 %
UE exclusif		3 533	17 %
Total général		20 198	

Source : Données du rectorat

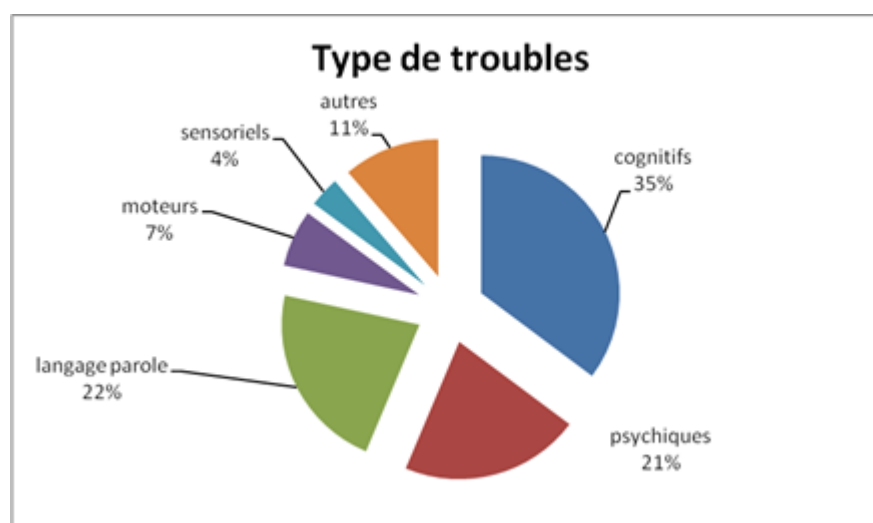
A la rentrée 2017, 16 665 élèves en situation de handicap sont scolarisés en milieu ordinaire (scolarisation individuelle, dispositifs d'inclusion collective, sections d'enseignement général et professionnel adapté (SEGPA) et établissements régionaux d'enseignement adapté (EREA)), soit 83 % des élèves en situation de handicap.

Le réseau public scolarise 66 % de ces élèves.

A la rentrée 2017, l'effectif d'élèves scolarisés en unités d'enseignement accueillis en établissements médico-sociaux et hospitaliers (UE) est de 3 533 (soit 17 % des élèves en situation de handicap dans l'académie).

En 2012, les élèves scolarisés en UE étaient de 3 797 (25 % des élèves en situation de handicap).

Répartition des élèves en situation de handicap selon le type de troubles à la rentrée scolaire 2017



Source : Données du rectorat

I - PROMOUVOIR ET FAIRE RESPECTER LES DROITS DES USAGERS

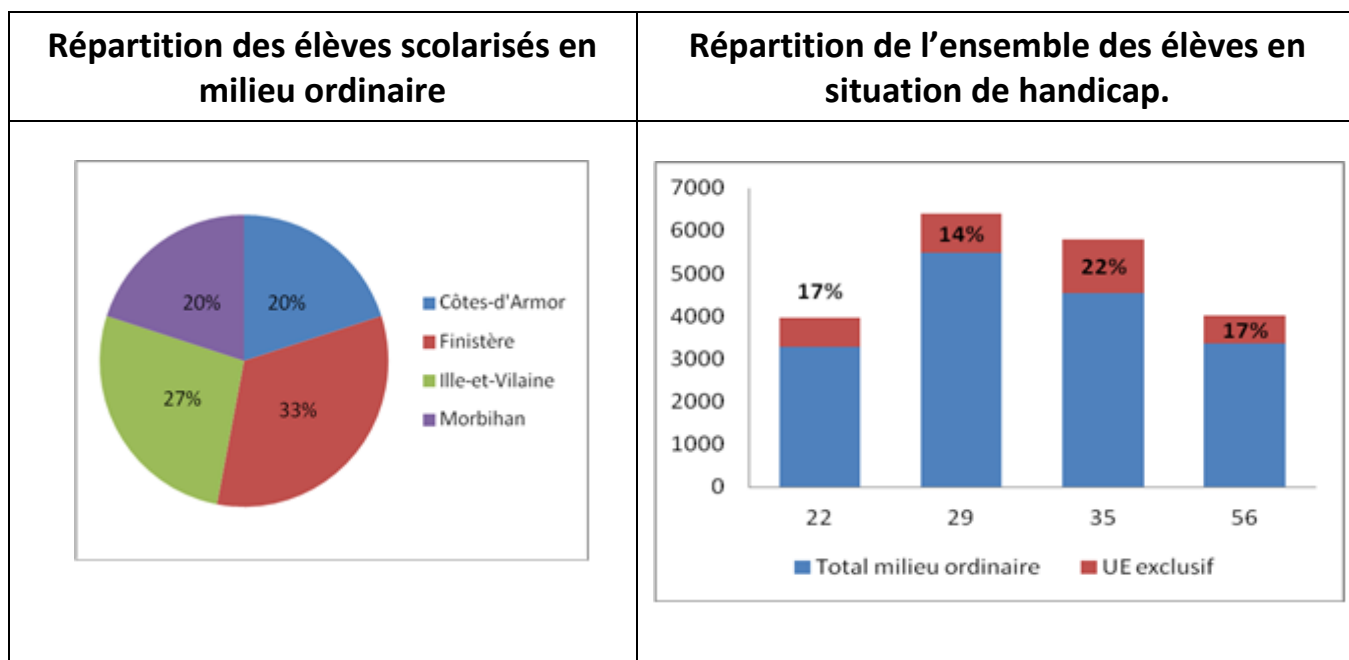
Tous réseaux confondus, parmi les élèves en situation de handicap scolarisé en milieu ordinaire :

- 55 % sont scolarisés dans le premier degré,
- 21 % sont scolarisés avec l'appui d'un dispositif d'unités localisées pour l'inclusion scolaire (ULIS),
- La proportion d'élèves en SEGPA est de l'ordre de 15% des effectifs scolarisés en collège,
- La part des élèves avec autisme représente 9,8 % des élèves.

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

- dans le 1er 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.

Répartition des élèves dans les départements à la rentrée scolaire 2017



Source : Données du rectorat

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. A la rentrée 2017, 3 421 accompagnants assuraient une mission d'accompagnement individuel ou mutualisé (18 %). 5,6 % des accompagnants assurent une mission au sein des dispositifs collectifs de scolarisation (ULIS).

Pour 100 élèves en situation de handicap (hors ULIS), 73 bénéficient d'un accompagnement par une aide humaine, individuelle ou mutualisée. Par ailleurs, 17 % de ces élèves bénéficient d'un matériel pédagogique adapté.

I - PROMOUVOIR ET FAIRE RESPECTER LES DROITS DES USAGERS

Nombre d'élèves en situation d'handicap scolarisés en milieu ordinaire bénéficiant d'aide à l'apprentissage à la rentrée scolaire 2017

	Nb	%
Elèves en situation de handicap scolarisés en milieu ordinaire (Hors ULIS)	13 224	100 %
Aide individuelle - Elèves accompagnés	6 990	53 %
Aide mutualisée - Elèves accompagnés	2 617	20 %
Aide humaine (individuelle + mutualisée) - Elèves accompagnés	9 607	73 %

Source : Rectorat de Rennes

Les dispositifs collectifs : ULIS

L'académie comptait 338 divisions ULIS à la rentrée 2017, soit un accroissement de 9 % par rapport à la rentrée 2016. Ce nombre offre une couverture moyenne de 20 dispositifs pour 1 000 scolarisés.

Effectifs des élèves en situation d'handicap scolarisés dans les ULIS à la rentrée scolaire 2017

NB de divisions ULIS	PR	PU	Total
ULIS-Ecole	51	129	180
ULIS-Collège	44	78	122
ULIS-Lycée	16	20	36
Total	111	227	338

Source : données du rectorat

Observations - Préconisations :

Cette année encore le rectorat nous a répondu de façon complète sur cette thématique.

Cela témoigne d'une certaine prise en compte par l'éducation nationale des besoins des enfants en situation de handicap pour leur scolarité.

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

Ces données s'inscrivent bien dans la démarche de société inclusive.

Les formations de ces auxiliaires de vie scolaire ne sont toutefois pas précisées, et souvent cela interroge quant à leur capacité à pouvoir assurer complètement la mission qui leur est confiée.

8. DROIT DES PERSONNES DÉTENUES : ASSURER LA CONFIDENTIALITÉ DES DONNÉES MÉDICALES ET L'ACCÈS DES PERSONNES À LEUR DOSSIER MÉDICAL

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.

I - PROMOUVOIR ET FAIRE RESPECTER LES DROITS DES USAGERS

En 2017, les demandes d'informations avaient été réalisées auprès des établissements pénitentiaires, et aucune donnée n'avait été communiquée. En 2018, les unités sanitaires ont été directement contactées et la totalité (7 sur 7) a répondu aux sollicitations de demandes de données.

Etablissements pénitentiaires	Rennes (hommes)	Rennes (femmes)	St Malo	St Brieuc	Vannes	Ploemeur-Lorient	Brest
Nombre d'extractions							
Programmées	796	ND*	54	411	114	ND*	ND*
Réalisées	673	ND*	53	388	104	ND*	ND*
Annulées	123	ND*	1	23	10	ND*	ND*
Nombre de consultations							
Programmées	749	606	ND*	388	ND*	ND*	646
Réalisées	634	480	ND*	355	ND*	215	331
Nombre d'hospitalisations							
Programmées	47	36	ND*	57	ND*	ND*	ND*
Réalisées	40	20	ND*	54	ND*	19	26
Causes de non réalisation des extractions							
Personne détenue**	56	48		10	2	61	48
Administration	38	5		23	7	81	130
Etablissement de santé	28	3				27	40
Autres	10					5	42

Source : Centre Pénitentiaire de Rennes (hommes), Centre Pénitentiaire des femmes (Rennes), Maison d'Arrêt de St Brieuc, Maison d'Arrêt de St Malo, Maison d'Arrêt de Vannes, Maison d'arrêt de Brest.

* Données non disponibles

** Par exemple : refus du détenu, libération, transfert...

Observations - Préconisations :

Cette année, les données relatives à la santé des personnes détenues, à partir des chiffres des extractions ont pu être obtenues.

Ces données relatives aux extractions et aux consultations semblent assez faibles compte-tenu du nombre de personnes détenues.

La réalisation des soins directement au sein des établissements de plus en plus peut expliquer ce faible nombre.

Par ailleurs, il est possible que certains détenus soient confrontés à des difficultés linguistiques complexifiant leur accès aux soins.

I - PROMOUVOIR ET FAIRE RESPECTER LES DROITS DES USAGERS

9. SANTÉ MENTALE : VEILLER AU BON FONCTIONNEMENT DES COMMISSIONS DÉPARTEMENTALES DE SOINS PSYCHIATRIQUES

Rappel cahier des charges

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

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

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

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

Composition de la CDSP

La CDSP est composée de :

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

Les médecins membres de la CDSP ont accès à toutes les données médicales relatives aux personnes dont la situation est examinée. En cas d'impossibilité de désigner un ou plusieurs membres de la commission, des personnalités d'autres départements peuvent être nommées.

I - PROMOUVOIR ET FAIRE RESPECTER LES DROITS DES USAGERS

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

Les CDSP en Bretagne

Points sur les travaux des CDSP	Nombre de réunions en 2017	Nombre de dossiers examinés en 2017	Nombre de dossiers examinés en 2016
Côtes-d'Armor	2	96	125
Finistère	10	183	192
Ille-et-Vilaine	4	42	78
Morbihan	3	215	188

Source : Données ARS Bretagne

En 2015 et 2016, la CDSP d'Ille-et-Vilaine a connu quelques difficultés de fonctionnement. Par conséquent, lors de la 1ère séance de 2016, un certain nombre de dossiers de 2015 ont été examinés en 2016, ce qui explique le nombre élevé de dossiers. A noter que des nouveaux membres de la CDSP ont été nommés par arrêté préfectoral en date du 02/11/2016.

En 2017, le rapport annuel établi par le CDSP en Ille-et-Vilaine fait également état de difficultés pour réunir la CDSP faute de quorum (ou manque de présence médicale). Quatre membres y participaient principalement.

Observations - Préconisations :

Ces données témoignent du bon fonctionnement de ces instances. Toutefois la CDSP d'Ille et vilaine a un nombre de dossiers examinés qui semble très faible compte-tenu de la population brétilienne.

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).

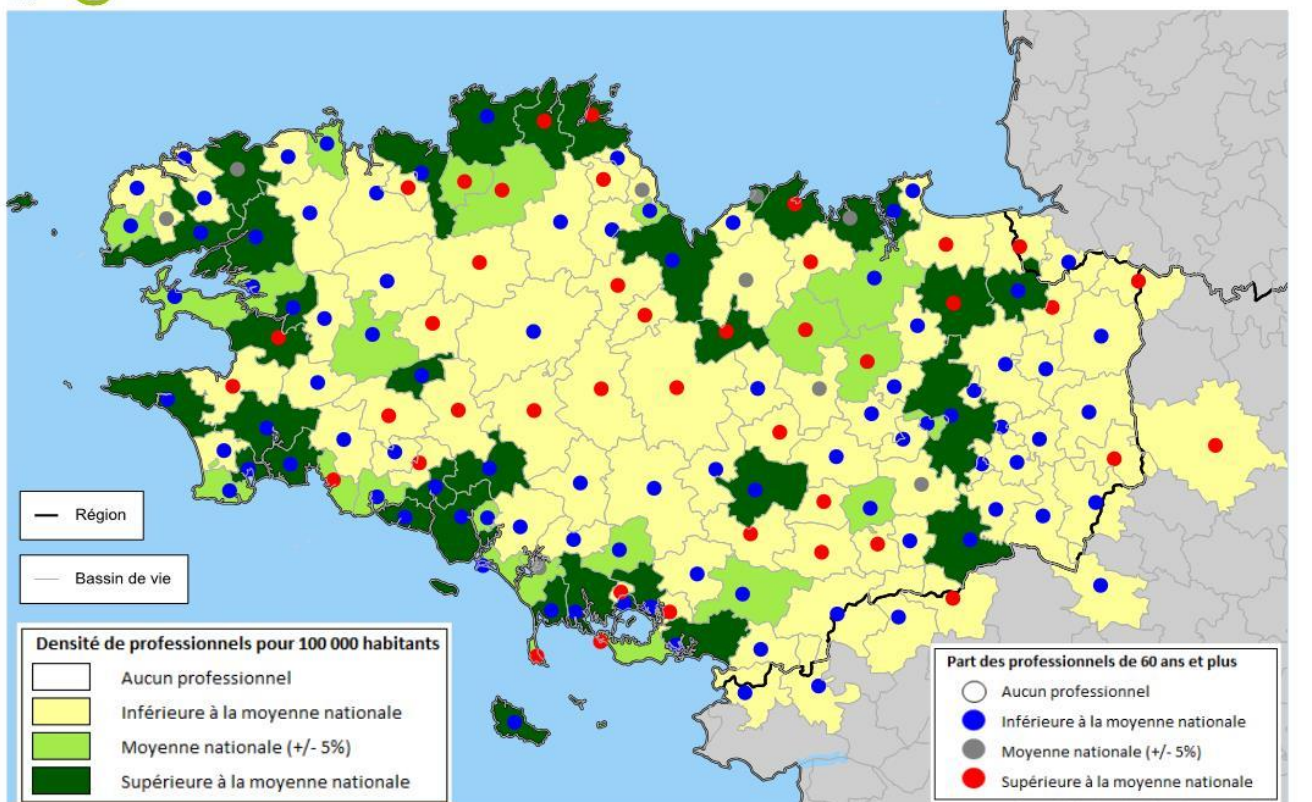
Le nombre de structures d'exercice collectif en milieu ambulatoire (maisons de santé, centres de santé) est aussi un indicateur disponible dans le contrat pluriannuel d'objectifs et de moyens Etat-ARS.

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.

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 (contre 7 % en 2016).



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



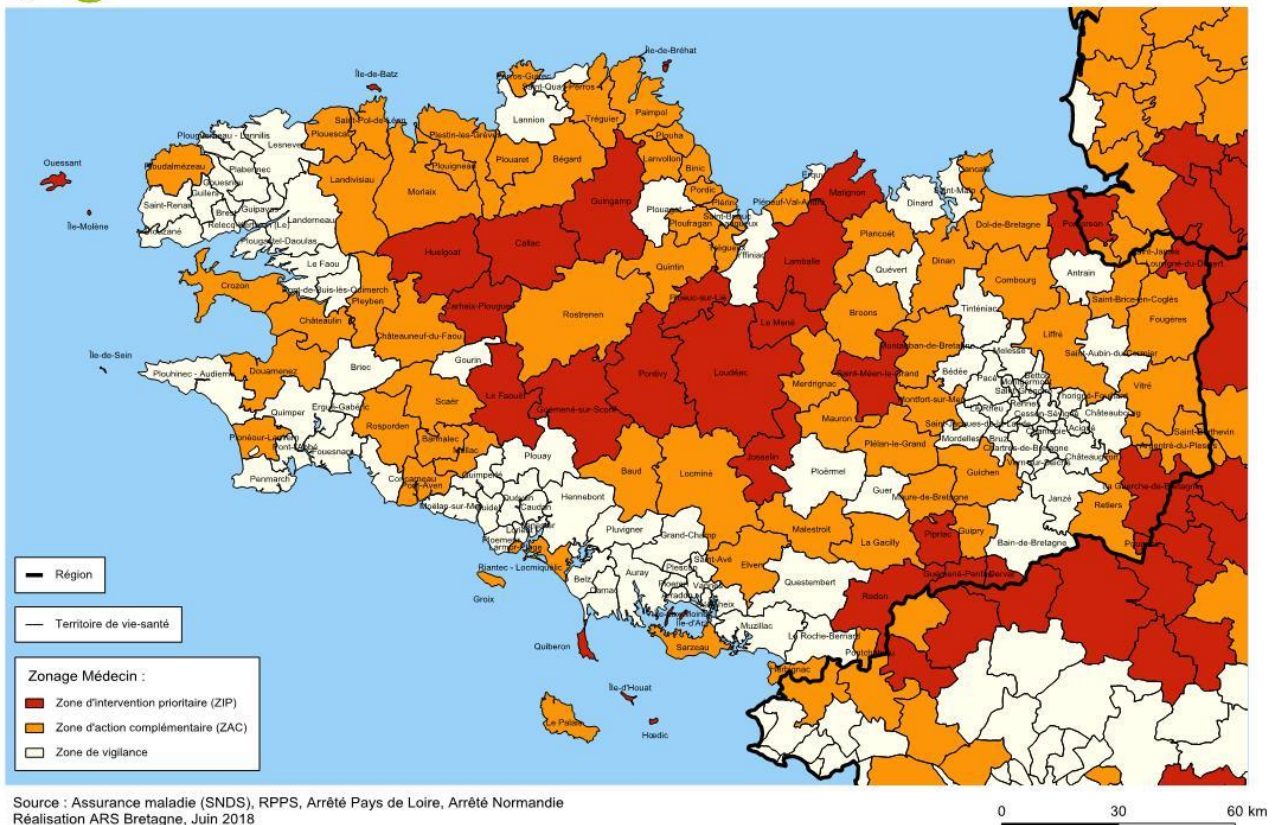
Source : ARS Bretagne, DémoPS 2017, population INSEE 2014
Réalisation ARS Bretagne, Octobre 2017
Carte réalisée avec Cartes & Données - © Articque

0 33 65 km

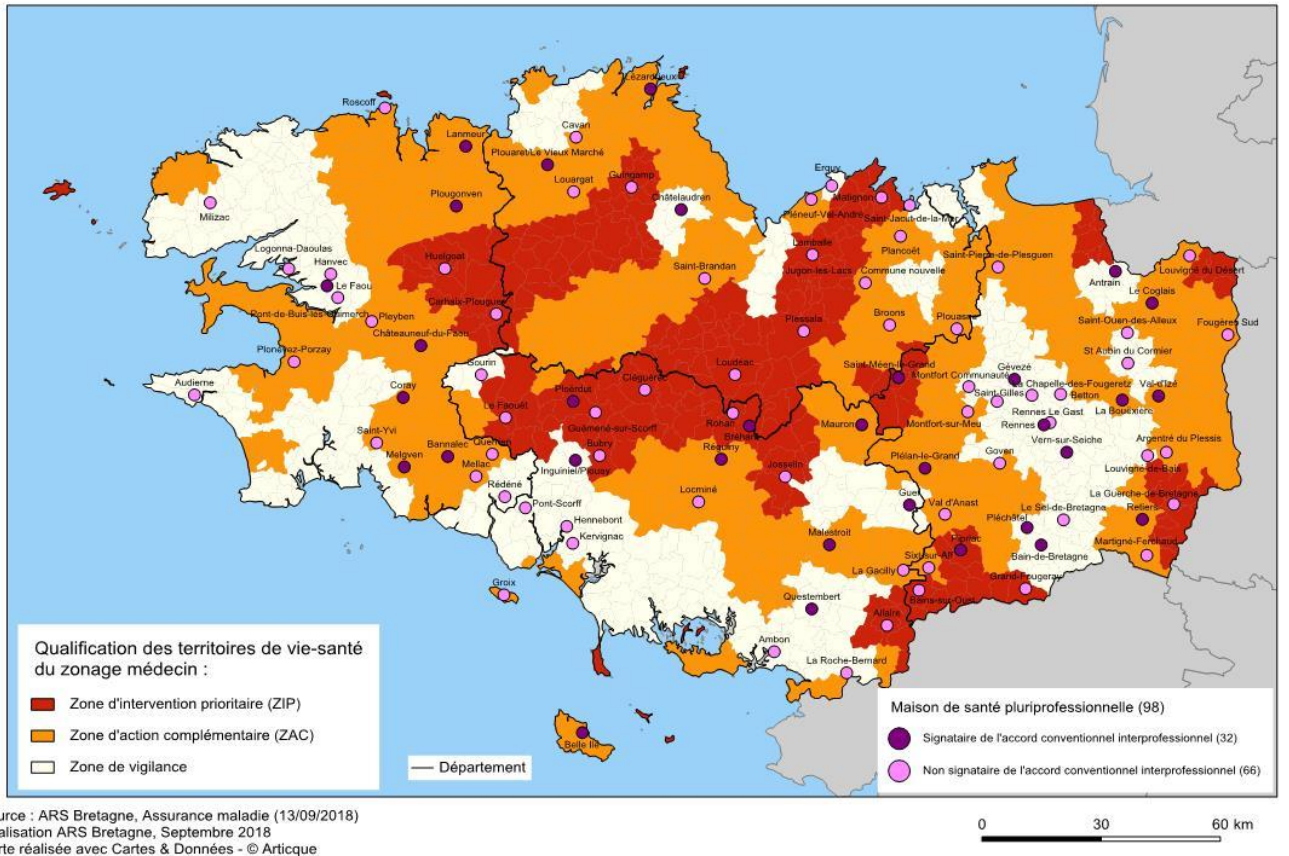
II. RENFORCER ET PRESERVER L'ACCES AUX SOINS POUR TOUS



Zonage Médecin - Juin 2018



Maisons de santé pluriprofessionnelles au 13 septembre 2018



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

La permanence des soins en Bretagne

Grâce à la mobilisation de plus de 1 500 médecins généralistes, 1 400 chirurgiens-dentistes, plus de 1 060 pharmacies et plus de 200 entreprises de transports sanitaires qui participent aux dispositifs organisés de garde, la population présente en région Bretagne bénéficie d'une réponse aux besoins de soins non programmés non urgents sur les horaires de permanence des soins.

La permanence des soins ambulatoires (PDSA) est une organisation de l'offre de soins, qui permet de maintenir la continuité et l'égalité de l'accès aux soins aux heures habituelles de fermeture des cabinets médicaux, cabinets dentaires et pharmacies. Elle apporte une réponse aux demandes de soins non programmés par des moyens structurés, adaptés, financés et régulés.

La Loi Hôpital Patients Santé Territoires du 21 juillet 2009 confie à l'Agence Régionale de Santé l'organisation de la mission de service public de permanence des soins ambulatoires en s'appuyant notamment sur l'élaboration d'un Cahier des Charges Régional (CCR).

Conforter la prise en charge des soins non programmés non urgents aux horaires de la permanence des soins est un des objectifs opérationnels prioritaires inscrit au Schéma Régional de Santé du Projet Régional de Santé de Bretagne 2018 – 2022, feuille de route de l'action collective au service de la santé des Bretons pendant les cinq prochaines années.

L'Agence Régionale de Santé souhaite ainsi garantir sur chaque territoire une offre de soins permettant à la régulation médicale, pivot du dispositif, d'orienter si besoin les patients vers des dispositifs de permanence des soins ambulatoires adaptés et, en conséquence, limiter les passages aux urgences aux situations qui le justifient. A ce titre, l'activité des professionnels de santé libéraux participant à ces dispositifs se doit d'être confortée et le cas échéant renforcée.

La permanence des soins, obligation collective fondée sur le volontariat individuel des médecins, a pour objet de répondre aux besoins de soins non programmés des patients ne nécessitant pas de moyens lourds d'intervention :

- tous les jours de 20 heures à 8 heures,
- les samedis à partir de 12 heures,
- les dimanches et jours fériés de 8 heures à 20 heures,
- le lundi lorsqu'il précède un jour férié, le vendredi et le samedi lorsqu'ils suivent un jour férié.

Les principes sur lesquels reposait le dispositif de PDSA en médecine générale dans le précédent CCR sont maintenus :

- Volontariat des médecins participant à la PDSA,
- Couverture totale des horaires de PDSA
- Accès au médecin de permanence avec régulation préalable,
- Territorialisation et rémunération forfaitaire

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

L'organisation de la PDSA durant les heures de fermeture des cabinets médicaux a reposé sur :

- 1 512 médecins généralistes libéraux participant au dispositif en 2017, soit 53,1 %⁶ du nombre de médecins généralistes installés en région ; 69 % de participation en dehors des grandes villes
- Une régulation libérale préalable au sein des 4 SAMU Centre 15 réalisée en 2017 par 116 médecins libéraux sur la région;
- 55 territoires de PDSA en 2018 (56 en été) pour 60 en 2012 ;
- 4 associations départementales de la permanence des soins gérant pour deux d'entre elles les Maisons Médicales de Garde (MMG) de leur département ;
- 28 Maisons Médicales de Garde implantées sur les 4 départements bretons en 2018 financées par l'ARS à hauteur de 675 650 € en 2017 ;
- 6 associations SOS Médecins comptant 8 points de consultation sur 3 départements bretons (exception des Côtes d'Armor) en 2018.

Le dispositif a été financé au titre :

- des forfaits d'effectif et de régulation des médecins généralistes bretons à hauteur de 7 373 565 € pour 2017 au titre du FIR ARS
- de subvention de fonctionnement des maisons médicales de garde, des associations départementales de permanence des soins et des deux dispositifs sur l'île Molène et Brest à hauteur de 1 214 100 €
- des 247 339 actes majorés remboursés par l'Assurance Maladie à hauteur de 11 107 019 € en 2017

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).

En 2017, au titre du Fonds d'intervention régional (FIR), l'ARS Bretagne a consacré 44,4 millions d'euros à la PDS, dont 36,6 millions d'euros à la permanence des soins en établissements de santé (PDES) et 7,8 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 2017	BUDGET CONSACRE
Rémunérations forfaitaires versées aux médecins qui participent à la PDSA	7 373 565 €
L'accompagnement des maisons médicales de garde (MMG) existantes et l'encouragement à la création de nouvelles MMG	675 650 €
Poursuite de l'accompagnement des associations départementales de permanence des soins	388 000 euros
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 euros

Source : Données ARS Bretagne

⁶ Source : Données issues des Conseils départementaux de l'Ordre des Médecins : nombre de médecins généralistes ayant eu au moins une inscription effective au tableau de garde (y compris médecin remplaçant).

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

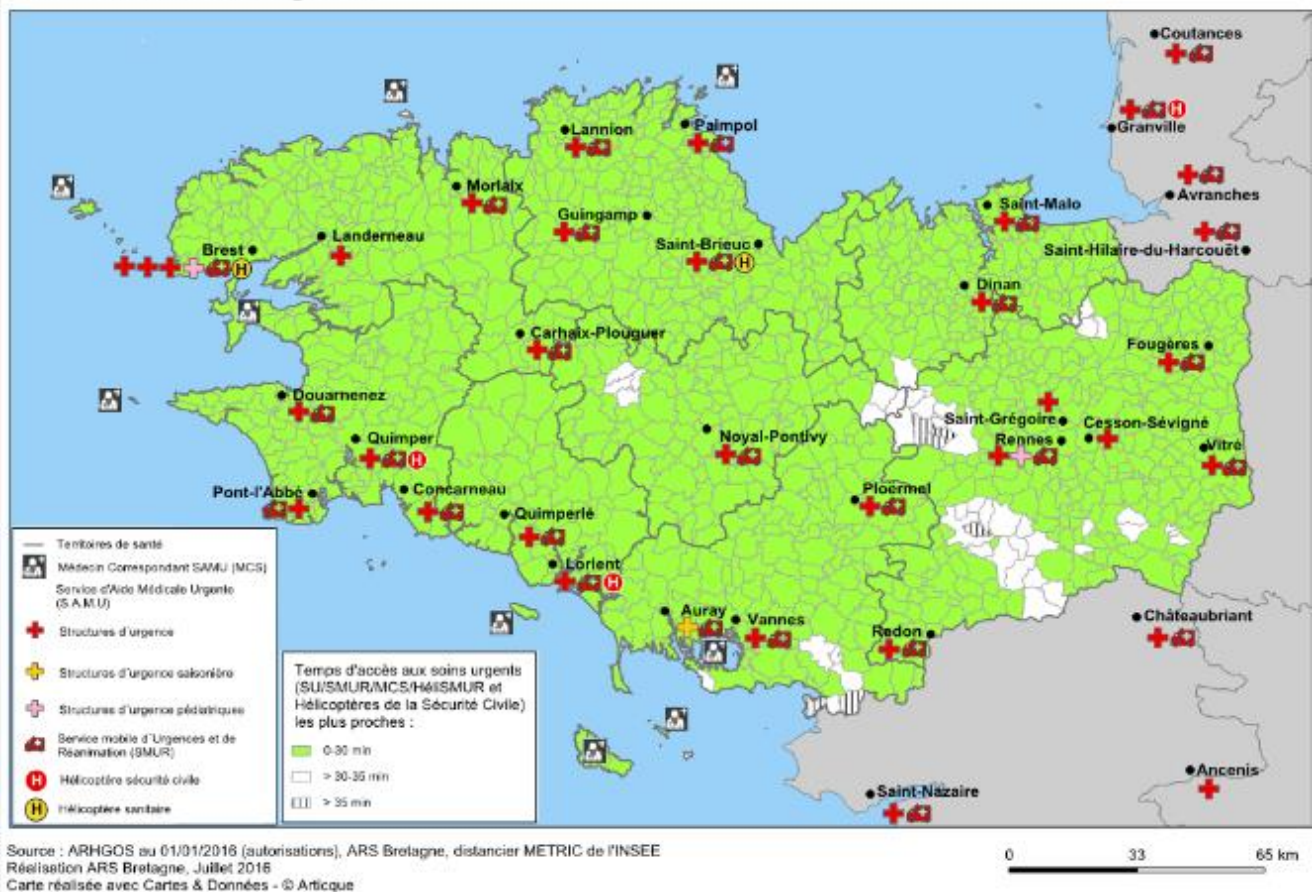
L'accès aux soins non programmés urgents en moins de 30 minutes

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 repose en Bretagne sur le volontariat de 14 médecins généralistes exerçant sur les 11 îles bretonnes.

En 2017, le dispositif a été financé via le Fonds d'Intervention Régional (FIR) à hauteur de 62 202 € couvrant l'indemnisation des médecins étant intervenus, leurs formations ainsi que le financement de l'équipement en sac d'urgence des médecins militaires.

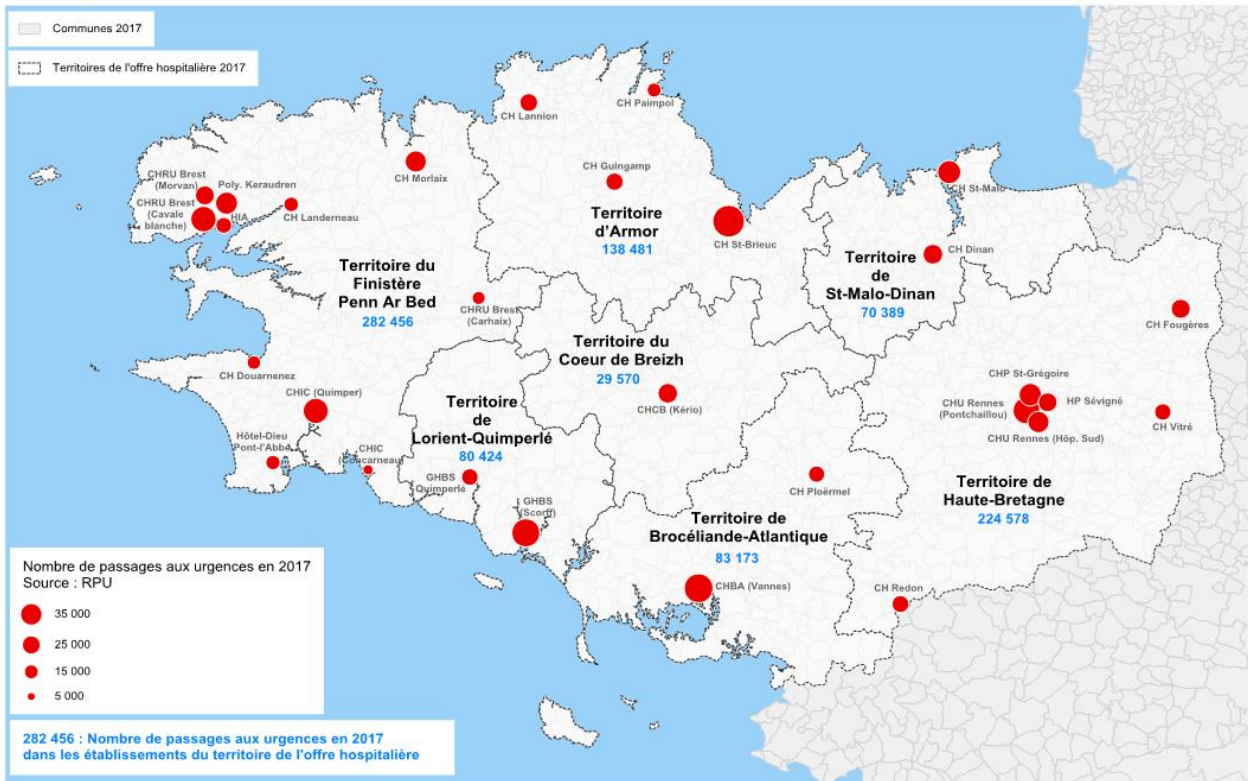
Accès aux soins d'urgence



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



Nombre de passages aux urgences en Bretagne en 2017



Source : Résumés des passages aux urgences (RPU) 2017
Réalisation ARS Bretagne, Octobre 2018
Carte réalisée avec Cartes & Données - © Artique

0 31 343 62 685 m

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

Répartition des médecins généralistes au 1er janvier 2018 en Bretagne

Territoire observé	Nb d'activités en cours	Effectif global						Par nature d'activité de l'activité (1)									
		Effectif	Solde 2016(3)	Densité (4)	% Hommes	% moins de 40 ans	% 60 ans et plus	Salariée				Libérale					
								Effectif	Solde 2016(3)	Densité (4)	% 60 ans et plus	Effectif	Solde 2016(3)	Densité (4)	% 60 ans et plus	Exercice Mixte (2) - Effectif	
France métropolitaine		99 127		154,2	53%	22%	30%										
PS installés	108 918	91 427	-865	142,2	54%	19%	30%	39 660	464	61,7	26%	57 725	-1 204	89,8	34%	5 958	
PS non installés(5)		7 700		12,0	45%	54%	22%										
Bretagne		5 273		160,1	50%	28%	23%										
PS installés	5 467	4 744	16	144,0	50%	24%	23%	1 927	20	58,5	20%	3 022	-27	91,7	26%	216	
PS non installés(5)		529		16,1	45%	62%	20%										
Détail des PS installés																	
par département :																	
- Côtes d'Armor	893	795	-9	132,9	56%	16%	29%	336	10	56,2	28%	486	-25	81,2	31%	30	
- Finistère	1 597	1 393	-2	153,4	50%	27%	20%	578	-4	63,7	16%	865	-13	95,3	23%	53	
- Ille-et-Vilaine	1 675	1 489	8	142,8	48%	26%	22%	568	-9	54,5	20%	982	15	94,2	24%	68	
- Morbihan	1 302	1 095	21	147,0	51%	21%	25%	468	31	62,8	21%	692	-6	92,9	28%	70	
par territoire de démocratie en santé:																	
Brest / Carhaix / Morlaix / Quimper / Douarnenez / Pont-l'Abbé	1 503	1 304	-12	152,5	50%	27%	20%	534	-10	62,5	17%	818	-16	95,7	23%	52	
Pontivy / Loudéac	166	150	7	107,0	60%	19%	34%	66	12	47,1	33%	93	-2	66,3	35%	10	
Lorient / Quimperlé	546	486	34	164,1	50%	24%	23%	215	26	72,6	18%	290	6	97,9	27%	24	
Vannes / Ploërmel / Malestroît	735	612	10	154,8	48%	20%	25%	265	16	67,0	22%	384	-6	97,1	26%	46	
Rennes / Fougères / Vitré / Redon	1 433	1 273	19	137,6	46%	27%	22%	484	-9	52,3	20%	842	28	91,0	24%	60	
St-Malo / Dinan	421	385	-10	146,0	59%	20%	26%	139	2	52,7	19%	254	-16	96,3	31%	12	
St-Brieuc / Guingamp / Lannion	663	589	-18	140,7	55%	15%	30%	259	0	61,9	29%	351	-22	83,9	30%	26	

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 2016 : le différentiel entre le nombre d'installations et le nombre de départs de professionnels sur la zone géographique, entre janvier 2016 et janvier 2018.

(4) Densité : nombre de professionnels de santé pour 100 000 habitants (population municipale 2015).

(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

Observations - Préconisations :

Les données relatives à cet item sont très complètes et témoignent d'un effort important mené par les services tant de l'agence que des organisations professionnelles et des collectivités pour améliorer cet accès aux professionnels de santé libéraux sur l'ensemble du territoire breton.

Certes, il reste des zones plus délicates, mais les travaux de zonage se poursuivent pour continuer ces actions. Ces travaux sur le zonage sont à saluer.

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.

Etat des lieux des saisines des conciliateurs bretons en 2017 en lien avec les difficultés d'accès aux soins :

Bénéficiaires	CPAM 22			CPAM 29			CPAM 35			CPAM 56			Total
	CMUc	ACS	AME	CMUc	ACS	AME	CMUc	ACS	AME	CMUc	ACS	AME	
Refus de tiers payant	4	8			2	1	9	18	1	1	3		47
Refus de prise en charge	2		1	1			3	2					9
Dépassements d'honoraires	1	1		5			4	9		2			22
Refus de soins non motivé													0
Rendez-vous abusivement tardif													0
Refus de carte Vitale													0
Refus de devis				1									1
Refus de rendez-vous													0
TOTAL	7	9	1	7	2	1	16	29	1	3	3	0	79

Source : Données de la CPAM 35

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

D'après l'ordre régional des médecins, 5 plaintes et réclamations ont été déposées en Bretagne en 2017 concernant le refus de soins pour les personnes en CMU et AME (2 dans le Finistère et 3 en Ille et Vilaine).

II. RENFORCER ET PRESERVER L'ACCES AUX SOINS

Observations - Préconisations :

Ces données n'appellent pas de commentaires spécifiques.

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

En Bretagne, le taux de dépistage organisé du cancer colorectal chez les personnes de 50 à 74 ans est de 38,7 % (la cible est de 40,9 %).

(Source : Spice ARS, objectif 3.2)

Taux de dépistage organisé du cancer du sein chez les femmes de 50 à 74 ans

En Bretagne, le taux de dépistage organisé du cancer du sein chez les femmes de 50 à 74 ans est de 56,0 % (la cible est de 64,5 %).

(Source : Spice ARS, objectif 3.2)

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

D'après la dernière enquête de santé de la DREES en milieu scolaire, en 2012-2013, la prévalence de l'obésité chez les enfants en grande section de maternelle dans l'ouest de la France est de 2,1 %. En France, cette prévalence est de 3,5 %.

Prévalences du surpoids et de l'obésité chez les élèves scolarisés en grande section de maternelle en 2012-2013, selon la zone d'étude et d'aménagement du territoire (ZEAT)

ZEAT	Surpoids	Obésité
	(obésité incluse)	
Nord	11,1 %	3,9 %
Est	12,3 %	3,2 %
Région parisienne	13,4 %	4,6 %
Bassin parisien	12,6 %	3,5 %
Ouest	9,6 %	2,1 %
Sud-Ouest	10,2 %	2,9 %
Centre-Est	10 %	2,8 %
Méditerranée	14,1 %	4 %
Départements et Régions d'Outre Mer	12,7 %	4,8 %
France	11,9 %	3,5 %

Champ : France entière (hors Mayotte avant 2014), élèves scolarisés en grande section de maternelle

Sources : Enquêtes nationales de santé en milieu scolaire (DREES-DGESCO).

II. RENFORCER ET PRESERVER L'ACCES AUX SOINS

La couverture vaccinale des enfants de 24 mois contre la rougeole, les oreillons et la rubéole en 2016 en Bretagne (données les plus récentes) est présentée dans le tableau suivant :

Département	1 dose CS24	2 doses CS24
Côtes-d'Armor	91,7 %	79,0 %
Finistère	91,8 %	82,4 %
Ille-et-Vilaine	90,0 %	81,9 %
Morbihan	91,8 %	79,1 %

Source : Données de l'ARS Bretagne

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

La vaccination complète comprend deux doses. La seconde dose protège la quasi-totalité des vaccinés qui ne l'ont pas été avec la première dose.

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

La moyenne nationale est de 90,5 %.

Observations - Préconisations :

Ces données témoignent d'une progression d'année en année pour se rapprocher des objectifs fixés. Les campagnes doivent donc se poursuivre.

Il en ressort, selon les constats dressés, que les dépistages du cancer du sein gagneraient à être plus précoces (50 ans, c'est trop tardif, notamment en raison des modes de vie, de l'environnement, des modes d'alimentation...)

II. RENFORCER ET PRESERVER L'ACCES AUX SOINS

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

Les 3 CLS signés en 2017 sont :

- Centre-Ouest Bretagne (2^{ème} CLS)
- Concarneau Cornouaille Agglomération (CCA)
- Pays de Brocéliande

Les 6 CLS en cours en 2017 sont :

- Pays de Guingamp
- Quimperlé-communauté
- Pays de Redon-Bretagne Sud
- Iles du Ponant
- Lannion Pays de Trégor-Goëlo
- Loudéac Centre Bretagne

Le CLS qui a pris fin en 2017 est celui du Pays de Fougères.

Ecart 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 :

- 23,4 % en 2017 pour la part des services d'offre des personnes handicapés avec une cible de 25,5 %.
- 16,6 % en 2017 pour la part des services de l'offre des personnes âgées avec une cible de 17,4 %.

II. RENFORCER ET PRESERVER L'ACCES AUX SOINS

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 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 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 1 000 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 1 000 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

Nombre de logements ayant fait l'objet d'une évaluation sanitaire ayant conduit à une procédure d'insalubrité au titre du CSP en 2017 :

Département 22	Remédiable	Irrémédiable	Impropres	Urgence	Total	Nombre de logements concernés	Nombre de personnes concernées	Nombre d'arrêtés de main levée
ARS	2	4	3	0	9			
Services communaux d'Hygiène et de santé du département (SCHS)	1	0	0	0	1			
Total	3	4	3	0	10	10	18	16

Département 29	Remédiable	Irrémédiable	Impropres	Urgence	Total	Nombre de logements concernés	Nombre de personnes concernées	Nombre d'arrêtés de main levée
ARS	0	1	0	4	5			
Services communaux d'Hygiène et de santé du département (SCHS)	1	1	0	3	5			
Total	1	2	0	7	10	43	20	0

Département 35	Remédiable	Irrémédiable	Impropres	Urgence	Total	Nombre de logements concernés	Nombre de personnes concernées	Nombre d'arrêtés de main levée
ARS	0	0	0	1	1			
Services communaux d'Hygiène et de santé du département (SCHS)	0	1	0	0	1			
Total	0	1	0	1	2	0	7	5

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

Bretagne	Remédiable	Irrémédiable	Impropres	Urgence	Total	Nombre de logements concernés	Nombre de personnes concernées	Nombre d'arrêtés de main levée
ARS	2	5	3	6	16			
Services communaux d'Hygiène et de santé du département (SCHS)	2	2	0	3	7			
Total	4	7	3	9	23	63	32	21

Source : Données de l'ARS Bretagne

II. RENFORCER ET PRESERVER L'ACCES AUX SOINS

Nombre de signalements et de visites ARS

Départements	Signalements	Visites	Règlement Sanitaire Départemental (RSD)	Arrêtés	Constat de risque d'exposition au plomb (CREP) instruits
Côtes-d'Armor	110	137	0	26	12
Finistère	100	15	12	1	77
Ille-et-Vilaine	104	5	2	1	24
Morbihan	73	39	73	1	40
Total	387	59	87	29	153

Source : Données de l'ARS Bretagne

Observations - Préconisations :

Des données plus complètes que les années antérieures.

Les données relatives au taux de couverture de places en ESMS personnes âgées et personnes handicapées sont à relativiser en comparaison à la moyenne nationale. En effet, la Bretagne connaît un nombre de personnes âgées plus important du fait des retours en Bretagne au moment de la retraite et cela a aussi un impact quant au nombre de personnes en situation de handicap.

Pour le taux de couverture, il serait d'ailleurs plus pertinent de comparer le nombre de places disponibles aux nombres de décisions prises par les MDPH, et donc aux besoins de plans de compensation.

Compte-tenu des constats dressés sur les espérances de vie augmentées des Ouvriers d'ESAT, il ressort que des réalisations de réponses pour les accompagnements durant leurs retraites seront nécessaires en urgence.

III. CONFORTER LA REPRESENTATION DES USAGERS DU SYSTEME DE SANTE

14. FORMER LES REPRÉSENTANTS DES USAGERS SIÉGEANT DANS LES INSTANCES DU SYSTÈME 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 formation organisées par France Assos Santé en 2017 :

1) Formation « RU en avant »

Cette formation obligatoire est à destination des représentants des usagers nouvellement nommés dans les instances hospitalières ou de santé publique. Elle a pour but d'apprendre à se positionner comme représentant des usagers, mobiliser les fondamentaux de la démocratie en santé et élaborer et défendre une position d'usagers, dans une approche transversale.

→ 3 sessions de formation de 2 jours ont réuni 40 participants, tous issus d'associations agréées.

2) Formation « Commission des usagers, CDU »

Cette formation est à destination des représentants des usagers membres des associations adhérentes à France Assos Santé. Elle a pour objectifs de comprendre le fonctionnement de la commission des usagers : son rôle, son fonctionnement, la place de chacun de ses membres, identifier les évolutions législatives et réglementaires, identifier ce que défend le RU, agir méthodiquement sur les principaux sujets de la commission et se situer comme acteur de l'amélioration du système de santé.

→ 2 sessions de formation d'une journée ont réuni 30 participants, dont 28 issus d'associations agréées.

3) Formation « Droits des usagers »

Cette formation est à destination des représentants des usagers membres d'une association adhérente à France Assos Santé ou à ses délégations régionales ainsi qu'aux CISS en région, ayant de préférence suivi la formation « RU, en avant ». Elle a pour but d'apprendre à identifier et à définir les principaux droits des usagers, savoir se documenter et aller chercher de l'information sur les droits des usagers, utiliser le droit pour soutenir son argumentation et veiller au respect des différents droits dans le cadre de son mandat.

→ 2 sessions de formation d'une journée ont réuni 28 participants, tous issus d'associations agréées.

4) Formation « Education thérapeutique du patient »

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.

→ 1 session de formation certifiante de 6 jours a réuni 10 participants, issus d'associations agréées.

III. CONFORTER LA REPRESENTATION DES USAGERS DU SYSTEME DE SANTE

5) Formation « Analyser les plaintes et réclamations en CDU »

Cette formation est à destination des représentants des usagers. Elle a pour buts d'identifier le parcours d'une plainte ou réclamation dans un établissement de santé, analyser la plainte du point de vue du RU, connaître les différents niveaux de réponses à apporter, et utiliser la plainte pour améliorer la qualité.

→ 1 session de formation d'une journée a réuni 13 participants, dont 12 issus d'associations agréées.

6) Formation « Les représentants des usagers et la médiation »

Cette formation est à destination des RU en Commission des usagers intervenant dans le processus de médiation. Elle a pour objectif de connaître la spécificité et le cadre de la médiation en établissement de santé, saisir la dynamique rendant une médiation nécessaire, cerner le rôle du RU dans le processus de médiation, exploiter les résultats de la médiation en Commission des usagers.

→ 1 session de formation d'une journée a réuni 13 participants, tous issus d'associations agréées.

Les dispositifs d'information

France Assos Santé fait connaître ces formations par de nombreux biais : mailing, site internet, relances régulières. De plus, une information est diffusée par l'ARS aux établissements de santé sur les possibilités de formations.

Observations - préconisations :

Ces données témoignent de l'importance des actions de France Asso Santé Bretagne.

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 LA SANTÉ ET DE L'AUTONOMIE ET LES CONSEILS TERRITORIAUX DE SANTÉ

Rappel cahier des charges :

Indicateurs/données à recueillir :

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

Présences constatées en CRSA en 2017 :

Collège	Taux de participation
	2017
Collège des représentants des collectivités territoriales	35,3%
Collège des représentants des usagers de services de santé ou médico-sociaux	82,8%
Collège des représentants des conférences de territoire	58,3%
Collège des partenaires sociaux	60,5%
Collège des acteurs de la cohésion et de la protection sociale	50,0%
Collège des acteurs de la prévention et de l'éducation pour la santé	71,9%
Collège des offreurs des services de santé	51,6%
Collège des personnalités qualifiées	87,5%
TOTAL (CRSA dans sa globalité)	58,5%

Source : Données de l'ARS Bretagne

NB : Le mode de calcul a été modifié par rapport à 2016, où le nombre de présents était comptabilisé pour le dénominateur du calcul du taux de participation. En 2017, le dénominateur pris en compte est le nombre de votants, le titulaire et le suppléant n'ayant qu'un vote comptabilisé même s'ils sont tous les deux présents. Les résultats 2017 ne sont donc pas comparables à ceux de 2016.

Les membres avec voix consultatives sont également présents durant les réunions mais ils ne votent pas lors des décisions. Leur taux de participation était de 26,9 %.

En application de l'article 158 de la loi de modernisation de notre système de santé, le décret du 26 juillet 2016 relatif aux territoires de démocratie sanitaire, aux zones des schémas régionaux de santé et aux conseils territoriaux de santé (CTS) précisés dans l'arrêté du 3 août 2016 modifie les missions et la composition des conférences de territoire que nous connaissons jusqu'à présent.

Conformément à l'article L. 1434-10 du Code de la santé publique, le Directeur général de l'ARS a constitué les conseils territoriaux de santé (CTS) sur chacun des 7 territoires de démocratie sanitaire en Bretagne qui remplace les conférences de territoire (arrêté du 27 octobre 2016).

Les Conseils territoriaux de santé sont composés de 34 membres au moins et de 50 membres au plus ayant voix délibérative (50 titulaires et 48 suppléants), répartis au sein de 5 collèges.

IV. RENFORCER LA DEMOCRATIE SANITAIRE

Présences constatées dans les Conseils territoriaux de santé :

Collège	Taux de participation en 2017 (en %)								
	Nb maximum de sièges*	Armor	Cœur de Breizh	Finistère Penn Ar Bed	Haute Bretagne	St-Malo Dinan	Lorient-Quimperlé	Brocéliande Atlantique	TOTAL
Professionnels et offreurs des services de santé :									
- Etablissements de santé	6	63%	63%	71%	50%	72%	60%	60%	63%
- Etablissements sociaux et médico-sociaux	5	80%	70%	100%	93%	73%	80%	56%	79%
- Organismes de promotion de la santé, de prévention, ou en faveur de l'environnement et de la lutte contre la précarité	3	75%	58%	67%	89%	100%	67%	73%	76%
- Professionnels de santé libéraux, ordre des médecins et internes	8	29%	62%	52%	48%	33%	77%	63%	52%
- Modes d'exercice coordonné et coopération territoriale	5	88%	83%	67%	67%	100%	50%	71%	75%
- Etablissements HAD	1	25%	75%	75%	33%	100%	20%	60%	55%
Usagers et associations d'usagers du système de santé	10	91%	71%	83%	63%	75%	60%	83%	75%
Collectivités territoriales ou de leurs groupements du territoire de démocratie sanitaire	7	75%	64%	54%	43%	71%	53%	26%	55%
Représentants de l'Etat et des organismes de sécurité sociale	3	83%	33%	92%	67%	67%	60%	60%	66%
Personnalités qualifiées choisies en raison de leurs compétences ou de leur expérience au regard des prérogatives des CTS	2	75%	13%	38%	83%	50%	80%	60%	57%
TOTAL (CTS dans sa globalité)	50	69%	59%	70%	64%	74%	61%	61%	65%

Source : Données de l'ARS Bretagne

*Cf. site de l'ARS Bretagne, rubrique « Les Conseils territoriaux de santé en Bretagne » / « La composition des Conseils territoriaux de santé ».

NB : Dans le collège « Professionnels et offreurs des services de santé », les médecins, internes et représentants de l'ordre des médecins ont été regroupés

IV. RENFORCER LA DEMOCRATIE SANITAIRE

Observations - Préconisations :

Ces taux de participations globaux témoignent d'une bonne santé de la démocratie en santé en Bretagne ; toutefois chaque poste comprend un titulaire et deux suppléants, aussi devrions nous avoir des taux de participations encore plus importants.

Les collèges des RU, que ce soit en CRSA ou dans les CTS, témoignent d'un engagement des représentants des usagers et de leur volonté d'être clairement acteurs en santé.

V. SYNTHÈSE, PRECONISATIONS ET SUIVI DES RECOMMANDATIONS

Le choix effectué cette année de faire participer l'ORSB à la collecte et à l'élaboration de la trame du rapport a permis de collecter des données non obtenues certaines années.

Toutefois nous constatons une difficulté à renseigner un rapport à partir d'un cahier des charges qui se doit d'être revu et notamment quant aux sources des données sollicitées.

Comme mentionné les années passées, nous proposons que le rapport puisse varier d'une année sur l'autre permettant ainsi de faire des focus sur différents sujets, selon les productions possibles, comme par exemple, les rapports de certification ou les rapports d'évaluation externe pour les ESMS.

Il faudrait notamment que les rapports annuels des CDU des établissements sanitaires soient à nouveau accessibles aux CSDU et ne nous parviennent pas sous forme de tableaux synthétiques globaux ne permettant pas la mesure des réalités établissement par établissement.

Il faudrait aussi veiller à ce que ce rapport annuel puisse avoir une utilité et que des actions soient engagées :

1. De communication

- Améliorer la communication auprès des usagers pour une meilleure connaissance et une meilleure compréhension de leurs droits, que ce soit sur l'accès au dossier médical, les directives anticipées, la création du DMP ...
- Favoriser la représentation des usagers dans les instances et donc prévoir les renouvellements. Une action est déjà en projet en Bretagne en lien entre les RU des CTS, la CSDU et France Assos Santé Bretagne. Il est donc nécessaire de communiquer sur les missions des RU
- Mettre à disposition des usagers des supports d'information dans les établissements de santé notamment.

2. D'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. De réduction du déficit démographique des médecins généralistes, celui-ci étant au cœur du parcours de soins.

• Pour l'ambulatorie

On constate une volonté et une action des différents acteurs pour permettre l'égal accès aux soins. On peut notamment citer la politique d'installation des médecins, les critères des Maisons de Santé Pluridisciplinaires ou les services mis en place pour les urgences. Ces actions sont à poursuivre notamment pour l'accès à certains médecins spécialistes.

Comme en 2017, 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. Les échanges font ressortir que les droits de ces personnes sont souvent ignorés.

V. SYNTHÈSE, PRECONISATIONS ET SUIVI DES RECOMMANDATIONS

• Pour le sanitaire

Les rapports d'activité des établissements sont transmis chaque année par voie dématérialisée à l'ARS Bretagne. Cependant, afin d'alimenter les données du rapport des droits des usagers, nous nous appuyons sur une synthèse globale afin de faciliter l'analyse des données fournies par les 114 établissements. En revanche, cette synthèse, ne nous permet pas de cibler les établissements pour chaque item.

La CSDU regrette que la mise en place des GHT n'ait pas donné lieu à l'installation en parallèle de l'instance RU.

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 mieux cibler les établissements devant progresser sur cet item.

• 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.

ANNEXE

Glossaire

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

ANNEXE

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
2018

**Respect des droits des usagers
du système de santé**



Directeur de la publication : Bernard GAILLARD
Coordination : Clélia BASSINAT, David LE GOFF, Claude LAURENT,
Rédaction : ORS Bretagne, Claude LAURENT et la CSDU
Crédits photos : ARS Bretagne
Impression : Cloître
Réalisation : ARS Bretagne
Dépôt légal : à parution
N° ISSN : 2416-4674