

# Rapport Annuel

sur le respect des Droits des Usagers en Bretagne



année  
2019



# SOMMAIRE

<b>ÉDITO</b>	<b>3</b>
<b>ORIENTATION I - PROMOUVOIR ET FAIRE RESPECTER LES DROITS DES USAGERS</b>	<b>4</b>
<b>Objectif 1 - Former les professionnels de santé sur le respect des droits des usagers</b>	<b>4</b>
<b>Objectif 2 - Rendre effectif le processus d'évaluation sur le respect des droits des usagers</b>	<b>8</b>
Focus « Les réclamations et les évènements indésirables »	14
<b>Objectif 3 - Droit au respect de la dignité de la personne : promouvoir la bientraitance</b>	<b>20</b>
Focus « Hospitalisation et retour à domicile »	23
<b>Objectif 4 - Droit au respect de la dignité de la personne : prendre en charge la douleur</b>	<b>25</b>
<b>Objectif 5 - Droit au respect de la dignité de la personne : encourager les usagers à rédiger des directives anticipées relatives aux conditions de leur fin de vie</b>	<b>26</b>
<b>Objectif 6 - Droit à l'information : permettre l'accès au dossier médical</b>	<b>27</b>
<b>Objectif 7 - Assurer la scolarisation des enfants handicapés en milieu ordinaire ou adapté</b>	<b>32</b>
<b>Objectif 8 - Droit des personnes détenues : assurer la confidentialité des données médicales et l'accès des personnes à leur dossier médical</b>	<b>37</b>
<b>Objectif 9 - Santé mentale : veiller au bon fonctionnement des commissions départementales de soins psychiatriques</b>	<b>38</b>
<b>ORIENTATION II - RENFORCER ET PRESERVER L'ACCES AUX SOINS POUR TOUS</b>	<b>40</b>
<b>Objectif 10 - Assurer l'accès aux professionnels de santé libéraux</b>	<b>40</b>
<b>Objectif 11 - Assurer financièrement l'accès aux soins</b>	<b>44</b>
<b>Objectif 12 - Assurer l'accès aux structures de prévention</b>	<b>45</b>
<b>Objectif 13 - Réduire les inégalités d'accès à la prévention, aux soins et à la prise en charge médico-sociale sur tous les territoires</b>	<b>47</b>
Focus « Les personnes handicapées »	50
Focus « Les besoins d'accompagnement et de soins à domicile »	55
<b>ORIENTATION III - CONFORTER LA REPRESENTATION DES USAGERS DU SYSTEME DE SANTE</b>	<b>62</b>
<b>Objectif 14 - Former les représentants des usagers siégeant dans les instances du système de sante</b>	<b>62</b>
<b>ORIENTATION IV - RENFORCER LA DEMOCRATIE SANITAIRE</b>	<b>64</b>
<b>Objectif 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</b>	<b>64</b>
<b>SYNTHESE</b>	<b>66</b>
<b>GLOSSAIRE</b>	<b>68</b>

## ÉDITO



Comme déjà évoqué l'année dernière, dans cet éditorial, nous aurions souhaité avoir enfin, car depuis deux ans nous le demandons, une nouvelle trame pour ce rapport d'activité sur les droits des usagers. En effet, le cahier des charges de 2013 ne répond plus réellement aux attentes et surtout n'est pas assez dynamique, il devait être refondu et la CNS avait d'ailleurs validé ce travail, et un nouveau cahier était validé, mais non officialisé.

La publication des textes n'en ayant pas été faite, nous avons donc à nouveau dû respecter ce cahier.

Toutefois il a paru à la Commission spécialisée sur les droits des usagers, nécessaire de rendre ce rapport plus dynamique en y ajoutant ainsi de nombreux focus, permettant ainsi de mieux faire vivre les diverses données.

Comme l'année dernière, déjà, le travail de collecte a été mené tant par les services de l'agence que par ceux de l'observatoire régional de la santé de Bretagne, et nous tenons tout particulièrement à les en remercier.

En effet la collecte des divers éléments tels que prévus au cahier des charges reste toujours complexe, et dispendieuse en temps. Certes, des organismes se mettent très volontiers à notre écoute et nous fournissent le maximum de données pour élaborer notre rapport, mais, d'autres ne daignent pas répondre à nos diverses demandes.

Il en ressort un document qui, dans sa trame répond au cahier des charges, mais avec des points non abordés faute de données ou d'éléments.

Pour finaliser ce rapport, notamment quant aux commentaires, observations et suggestions, nous avons comme depuis deux ans, voulu associer tant les membres de la CRSA en raison de leurs origines très diverses, que les membres des CTS ainsi que différents acteurs.

Toutefois, la période de cette finalisation de notre rapport, du fait de la crise du COVID 19, n'a pas rendu les choses aisées pour ces concertations et ces échanges.

Un grand merci aux personnes qui se sont mobilisées pour ce rapport dont l'ORSB et les membres de l'ARS (démocratie en santé), et bien entendu les membres de la CSDU de la CRSA

**Claude LAURENT**  
**Président de la CSDU / CRSA de Bretagne**



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

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

### • Champ ambulatoire

Nous n'avons aucune donnée sur ce champ. Ce point a été signalé l'année dernière avec la position de l'OG DPC de ne plus communiquer sur ce point faute de temps

### • 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.*

Nous n'avons reçu aucune donnée de la part de l'ANFH Bretagne.

#### 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.

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 ;
- Être 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 ;
- Être informée des événements indésirables graves (EIG) et des actions menées par l'établissement pour y remédier ;
- Recueillir les observations des associations de bénévoles dans l'établissement ;
- Proposer un projet des usagers exprimant leurs attentes et leurs propositions après consultation des représentants et des associations bénévoles.

Chaque établissement de santé transmet annuellement à l'ARS le rapport d'activité de sa commission des usagers. Les données recueillies nous permettent d'effectuer un état des lieux global de l'activité des CDU.

En novembre 2019, l'ensemble des CDU ont été renouvelées.

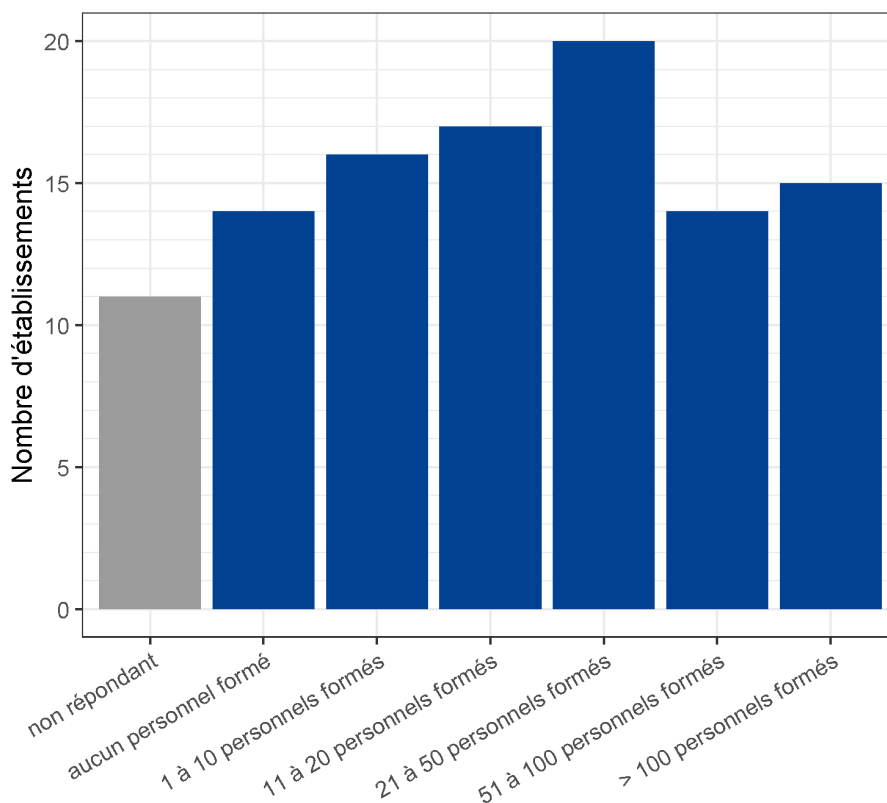
### **Données issues du rapport des CDU :**

Les données présentées ci-après sont issues de la synthèse des rapports annuels des CDU. En 2018, 107 établissements ont répondu au questionnaire sur les 112 établissements sollicités, soit 96 % de répondants.

Parmi les établissements répondants, 35 sont situés en Ile-et-Vilaine, 29 dans le Finistère, 26 dans le Morbihan et 18 dans les Côtes-d'Armor.

Parmi ces 107 établissements, 39 (36%) sont des établissements publics, 28 (26%) des établissements privés, 26 (24 %) établissements dits ESPIC, 14 (13%) des établissements privés à but non lucratif.

**Nombre de personnels formés par établissement en 2018 (n=107)**



Les thèmes des formations reçues par le personnel sont, par ordre décroissant :

- Prise en charge de la douleur (79% des établissements répondants),
- Promotion de la bientraitance (77%),
- Personne de confiance (68%),
- Rédaction de directives anticipées (67%),
- Accès au dossier médical (55%),
- Respect des croyances et convictions (39%),
- Organisation de la démocratie sanitaire (18%).

Les opérateurs de ces formations ne sont pas renseignés dans le rapport des CDU.



## Observations - Préconisations :

Nous ne pouvons que nous réjouir du taux de retour des rapports des CDU. Toutefois, bien que le cadre soit formalisé il reste des établissements pour lesquels certaines données ne sont pas renseignées dans ces bilans annuels.

Sur cet item se sont près de 10 % des établissements qui n'ont pas apporté de réponse (est-ce par manque de données ou par défaut de formation des personnels ?), et près de 15% pour lesquels il est indiqué qu'aucun personnel n'est formé. Des actions seraient donc à envisager vers ces établissements, via leurs CDU.

## • Champ médico-social

### Rappel cahier des charges

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

Nous ne recevons pas de données des OPCA.

## • Formations dispensées par l'EHESP en 2018

L'École des Hautes Études en Santé Publique (EHESP) dispense des formations sur les droits des usagers dans le champ sanitaire et médico-social.

INTITULE	PUBLIC VISE	OBJECTIFS	EN PRATIQUE
<b>Les inégalités sociales et territoriales de santé dans un programme de promotion de la santé et de prévention</b>	Directeurs, cadres, médecins, pharmaciens, infirmiers, ARS, services centraux et déconcentrés de l'Etat, collectivités territoriales, chargés des questions de santé, de prévention et de promotion de la santé.	Intégrer les principales théories expliquant les inégalités sociales et territoriales de santé et leurs déterminants ; identifier les inégalités sociales de santé en France, les approches et stratégies les plus prometteuses pour les réduire.	1 session de formation de 3,5 jours : 30 participants.
<b>Mobiliser pour promouvoir la santé des populations : éduquer, plaider, partager</b>	Directeurs, cadres, médecins, pharmaciens, infirmiers, ARS, services centraux et déconcentrés de l'Etat, collectivités territoriales, chargés des questions de santé, de prévention et de promotion de la santé.	Connaître les approches éducatives pour la santé, la communication en santé, les modalités de transfert de connaissances, identifier les stratégies pertinentes, savoir viser leur intégration dans les politiques publiques.	1 session de formation de 3,5 jours : 28 participants.
<b>Promouvoir la santé des enfants, des adolescents et des jeunes : agir selon une approche par groupe populationnel</b>	Directeurs, cadres, médecins, pharmaciens, infirmiers, ARS, services centraux et déconcentrés de l'Etat, collectivités territoriales, chargés des questions de santé, de prévention et de promotion de la santé.	Connaître les préoccupations émergentes par rapport à la santé des enfants, adolescents et jeunes ; identifier les stratégies de promotion de la santé et de prévention dans les milieux de vie quotidiens.	1 session de formation de 3,5 jours : 28 participants
<b>Éthique et pratiques professionnelles : comment mener une réflexion éthique dans les établissements et services ?</b>	Professionnels ayant une expérience dans la prise en charge et l'accompagnement des personnes vulnérables (professionnel des établissements et services, cadre de santé, médecin, infirmier, IASS, MISP).	Comprendre les enjeux et la réflexion éthique au sein d'un établissement ou service, le cadre légal et réglementaire ; réfléchir sur les modalités de création d'un espace de réflexion éthique et ses missions au sein de l'établissement, du service ou du territoire.	2 sessions de formation de 3 jours : 16 participants
<b>Inspection et protection des personnes</b>	Professionnels ayant déjà participé à des inspections sur le thème de la lutte contre la maltraitance.	Définir la maltraitance et la bientraitance ; repérer les facteurs de risques ; savoir utiliser les outils d'inspection relatifs à la maltraitance.	1 session de formation de 3 jours : 14 participants.
<b>Construire et rénover les outils de la loi du 02/01/2002</b>	Directeurs, responsables ou cadres, inspecteurs, médecins, infirmiers.	Apporter des réponses concrètes sur la validité juridique de certains dispositifs.	1 session de formation de 3 jours : 12 participants

INTITULE	PUBLIC VISE	OBJECTIFS	EN PRATIQUE
<b>Fragilité, prévention et parcours de santé des personnes âgées en perte d'autonomie</b>	Directeurs, médecins, directeurs des soins, cadres, infirmiers MISP, IASS, cadres en ARS.	Connaître les actions de prévention destinées aux personnes âgées ; repérer les besoins d'accompagnement et de soins des personnes âgées fragiles en perte d'autonomie à domicile et en établissement ; évaluer l'offre existante et réfléchir au positionnement des différentes ressources territoriales ; et découvrir les expériences internationales sur la question.	1 session de formation de 3 jours : 12 participants.
<b>La bientraitance des usagers et des personnels comme levier de prévention de la maltraitance</b>	Directeurs d'établissement et soignants	Développer une culture de la bientraitance fondée sur la connaissance des besoins des résidents et des enjeux organisationnels et managériaux.	2 sessions de formation de 3 jours : 11 participants
<b>Prendre en compte les personnes atteintes de maladies neurodégénératives, Alzheimer et apparentées</b>	Directeurs, médecins, directeurs des soins, cadres, psychologues ou infirmiers en établissement ou service accueillant des personnes âgées, en collectivité, aux MISP, IASS et cadres en ARS.	Connaître les maladies neuro-dégénératives (et leurs répercussions sur les malades et les aidants), les politiques publiques d'accompagnement des personnes vivant avec ces troubles ; piloter des projets en cohérence.	2 sessions de formation de 3 jours : 9 participants
<b>Préparer l'entrée des personnes âgées en EHPAD : nouveaux modes d'admission et protocoles d'accueil</b>	Professionnels ayant une expérience dans l'accompagnement et la prise en charge des personnes handicapées et/ou âgées en établissement ou services, ou dans la gestion de dossiers (directeur, cadre, médecin, infirmier, IASS).	Mesurer les lacunes et enjeux de la période avant l'entrée en institution ; comparer les pratiques, réfléchir sur la construction d'un protocole d'accueil ; réfléchir et évaluer les nouvelles formes d'accueil entre le domicile et l'EHPAD.	2 sessions de formation de 3 jours : 9 participants
<b>La participation des personnes accueillies en établissement et service : les défis de la démocratie en santé</b>	Directeurs, responsables ou cadres d'établissement ou de service social ou médico-social public ou privé, médecins, infirmiers, inspecteurs ou cadres en agence ou service du ministère des affaires sociales ou de la santé.	Connaître le cadre légal et réglementaire des différentes formes du droit à la participation des personnes accueillies en établissement et service ; comprendre l'évolution de la place des usagers dans le secteur médico-social et saisir les enjeux du respect du droit à la participation ; appréhender les modalités pratiques de son application, en sachant dissocier la participation à titre individuel et collectif dans le parcours de l'utilisateur, dans le pilotage de l'établissement ou du service et au niveau territorial.	1 session de formation de 3 jours : 9 participants.
<b>Colloque « Premières rencontres Ethique et Bienveillance : comment la réflexion éthique peut servir la bienveillance ? »</b> Avec la présence de Denis PIVETEAU, Conseiller d'État, Président de la Commission nationale de promotion de la bienveillance et de la lutte contre la maltraitance. Ce colloque a réuni 113 participants sur une journée.			

### Observations - Préconisations :

*Comme depuis 2013, nous n'avons toujours aucune donnée des OPCA. Il ressort que les données relatives au secteur médico-social font pour beaucoup d'items défaut.*

*Par contre, les données issues des formations mises en place par l'EHESP sont très importantes et témoignent d'une volonté de mise en place de très nombreuses formations touchant les droits des usagers. Ces données n'indiquent toutefois pas si les participants sont de Bretagne ou non. Il est aussi à noter que les formations ne concernent pas uniquement le secteur médico-social mais aussi le secteur sanitaire que ce soit l'ambulatoire ou l'hospitalier.*

*Il serait pertinent à l'avenir de savoir si ces personnes formées sont de nouvelles personnes ou non et si elles sont de la région Bretagne (c'est un axe d'amélioration de notre connaissance).*

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

### OBJECTIF 2 - RENDRE EFFECTIF LE PROCESSUS D'ÉVALUATION SUR LE RESPECT DES DROITS DES USAGERS

Les rapports de certification de la HAS, les informations issues des instances de représentation des usagers que sont les CDU et CVS en place dans les établissements, ainsi que les processus de traitement des plaintes permettent d'évaluer en partie le respect des droits des usagers.

#### 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 d'autre part, les données suivantes comprises dans les rapports des Commissions des Usagers (CDU) :*

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

#### • La certification de la HAS

Sur le site internet de la HAS, des informations permettent de comprendre le processus actuel de certification HAS V2014 : <https://www.has-sante.fr>

Pour la certification V2014, chaque établissement est audité sur les **thématiques du tronc commun** qui sont : « **Management de la qualité et des risques** », « **Parcours du patient** », « **Droits des patients** », « **Management de la prise en charge médicamenteuse du patient** » et « **Dossier patient** ».

Les données à notre disposition concernent la certification globale des établissements sanitaires. Les résultats de la certification sont en évolution permanente. A la date du 8 janvier 2020, les résultats transmis par l'ARS Bretagne pour les établissements de santé bretons sont les suivants :

- 47 établissements ont un avis conforme suite à la visite de certification HAS-version 2014
- 55 établissements ont une certification avec un avis de recommandation d'amélioration
- 5 établissements ont un avis avec une obligation d'amélioration

La certification HAS évolue vers la certification V2020, qui va débiter au second semestre 2020. Ses enjeux sont de promouvoir **l'engagement du patient ; de développer la culture de la pertinence et du résultat ; de renforcer le travail en équipe, moteur d'amélioration des pratiques ; de s'adapter aux évolutions de santé : les regroupements, les transformations du système de santé, les nouvelles technologies, les évolutions de la population...** en cohérence avec « Ma Santé 2022 ».

#### • Les instances de représentation des usagers :

La Commission Des Usagers (CDU) concerne le champ sanitaire et le Conseil de vie sociale (CVS) le champ médico-social.

#### Données issues du rapport des CDU :

##### Les Représentants des Usagers (RU) en CDU

Les 107 établissements répondants ont tous au moins 1 RU titulaire en CDU, dont 98 ont 2 RU titulaires. Pour les RU suppléants, 81 établissements ont 2 RU suppléants, 18 ont un RU suppléant et 8 établissements n'ont aucun RU suppléant.



Parmi les 107 établissements répondants, 68 présentent un taux de participation des RU en CDU d'au moins 90% (dont 61 ont 100% de participation). Quatre établissements présentent un taux de participation inférieur à 50 %.

### **Formation des RU**

Parmi les 385 RU (titulaires et suppléants) des 107 CDU des établissements bretons répondant, environ 1 RU sur 2 a reçu une formation sur le fonctionnement de la CDU, proportion qui monte à 55% pour les 205 RU titulaires. 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 107 établissements, 15 déclarent avoir leurs 4 RU formés, 25 déclarent 3 RU formés, 22 déclarent 2 RU formés, 15 déclarent 1 RU formé et donc 30 établissements n'auraient aucun RU formé dans leur CDU. Pour les RU titulaires, cela revient à 38 établissements avec les 2 RU titulaires formés, 36 établissements avec 1 RU titulaire formé et 33 établissements sans RU titulaire formé.

### **Les RU dans les autres instances**

Les RU qui sont dans les CDU participent souvent à d'autres instances, par ordre décroissant :

- Comité de Lutte contre les Infections Nosocomiales (67 établissements),
- Conseil d'Administration (45 établissements),
- Comité de Liaison Alimentation et Nutrition (40 établissements),
- Comité de Lutte contre la Douleur (38 établissements),
- Coordination des vigilances et risques sanitaires (24 établissements),
- Commission Médicale d'Etablissement (7 établissements),
- Comité d'Hygiène, de Sécurité et des Conditions de Travail (3 établissements).

### **Les autres membres de la CDU**

Les autres membres obligatoires de la CDU sont le représentant légal de l'établissement, le médiateur médical, le médiateur non médical, et le responsable qualité (et leur suppléant).

Parmi les 107 CDU des établissements répondants, tous ont déclaré la présence du représentant légal de l'établissement (dont 30 sont formés), et du médiateur médical (dont 34 sont formés). Quatre établissements n'ont pas de responsable qualité titulaire (36 formés sur 103) et deux n'ont pas de médiateur non médical titulaire (29 formés sur 105). Au global, 30% de ces membres ont reçu une formation sur le fonctionnement de la CDU.

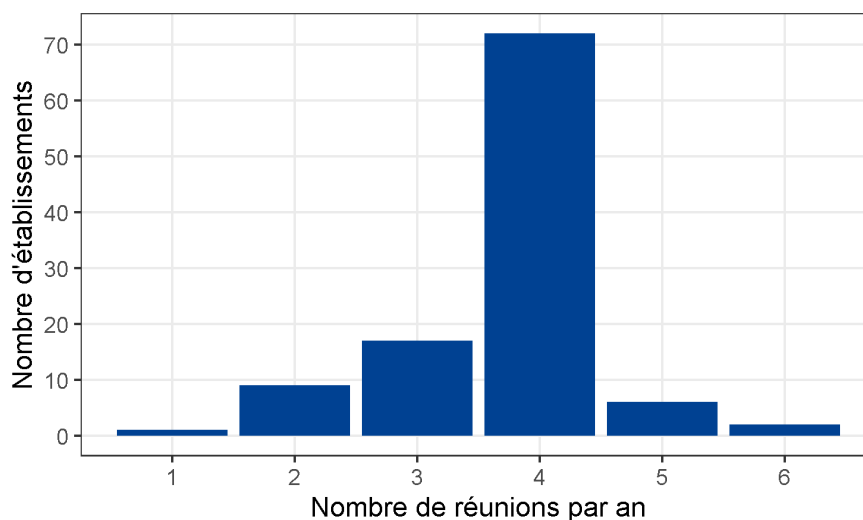
Parmi les 107 établissements répondants, 40 ont un taux de participation des autres membres de la CDU d'au moins 90% (dont 26 ont 100% de participation). Un seul établissement présente un taux de participation inférieur à 50 %.

### **Nombre de réunions organisées**

Deux établissements déclarent que leur CDU n'a pas de règlement intérieur.

Les données fournies dans les rapports des CDU nous indiquent que tous les établissements réunissent leur CDU au moins une fois par an.

## Nombre de réunions en 2018 parmi les établissements répondants



Source : Synthèse des rapports des CDU 2018.

En 2018, les établissements ont réuni leur CDU en moyenne 3,7 fois par an, comme les années antérieures. Un quart des établissements l'ont réuni moins de 4 fois, les deux tiers 4 fois et 7 % plus de 4 fois.

### Rédaction du rapport annuel

Sur les 107 établissements répondant, 84 établissements déclarent que les membres de la CDU participent à la rédaction du rapport annuel.

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

Le rapport annuel d'activité a été transmis à d'autres instances pour 78 établissements sur 105 répondants à la question.

### Observations - Préconisations :

*Ces données, issues des rapports de certification, tant que des rapports des CDU n'appellent pas de commentaires particuliers comme nous l'avons déjà souligné en 2017. En effet, quasiment tous les établissements ont une cotation en A ou en B.*

*Le renouvellement des CDU intervenu en fin d'année 2019 devra faire apparaître une évolution dans la composition des CDU où quasiment tous les postes de RU titulaire et de RU suppléants seront pourvus (ce qui n'a pas été sans des relances importantes puisque les candidatures ne pouvaient émaner que d'associations agréées, ce qui n'a pas été toujours respecté par le passé).*

*Il ressort aussi que les membres des CDU ont bien eu des formations, ce qui est très important.*

### Données issues des CVS

#### 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 CVS favorise l'expression et la participation des résidents et de leurs familles à la vie de la structure. Il 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 des Commissions Des Usagers (CDU), les rapports des CVS ne sont pas transmis à l'ARS ou aux conseils départementaux, cela ne constitue pas une obligation.

En 2018, la proportion de rapports des CVS transmis sur la base du volontariat à l'ARS comme à la CRSA n'est pas disponible. Nous ne connaissons pas le nombre annuel de réunions de chaque CVS, ni la composition et la qualité des membres des CVS, ni la proportion d'établissements disposant de formations pour les membres des CVS.

L'étude de l'ANESM présente des informations concernant les CVS en EHPAD<sup>1</sup> qui ont été présentées dans l'édition 2017 du présent rapport. L'enquête nationale n'a pas été reconduite depuis la fusion de l'ANESM avec la HAS.

### Proportion d'établissements disposant d'un CVS par type d'établissement en Bretagne en 2018 :

Type de structure	Nombre total	Nb ayant un CVS	% csv
EHPAD	384	383	99%
CAMSP	16	15	94%
CMPP	16	13	81%
CRP	3	3	100%
ESAT	78	78	100%
DM	5	5	100%
Enfants Ados	12	12	100%
FAM	70	69	99%
IME	48	48	100%
DA	5	5	100%
DV	3	3	100%
ITEP	14	13	93%
MAS	25	25	100%
SAMSAH	15	14	93%
SESSAD	71	52	73%
SSIAD/SPASAD	104	72	69%

Source : Ddonnées ARS Bretagne

<sup>1</sup> ARS Bretagne - [https://www.bretagne.ars.sante.fr/index.php/system/files/2017-12/ARS%20Bretagne%20-%2017%20-%20Bientraitance\\_0.pdf](https://www.bretagne.ars.sante.fr/index.php/system/files/2017-12/ARS%20Bretagne%20-%2017%20-%20Bientraitance_0.pdf)

**Afin d'illustrer l'implication de représentants des familles au sein des CVS, nous avons souhaité pour la première année, partager les témoignages de 3 représentants des familles.**



**Françoise LE MÉE**

*Présidente du CVS du foyer de vie d'HSTV-Moncontour*

Le CVS du Foyer de Vie se réunit 4 fois par an ; y sont représentés les résidents (58 adultes en situation de handicap mental et/ou psychique), les familles, le personnel, la direction et la congrégation religieuse.

L'ordre du jour est articulé autour de 3 points principaux : questions des résidents, des familles et informations de la direction.

Les familles sont très peu représentées (une mandataire judiciaire et moi) pour plusieurs raisons : âge des parents, incapacité, éloignement...

Les résidents s'impliquent sincèrement. Ils se réunissent avec leurs représentants et une AMP, membre du CVS, pour préparer les points de leur quotidien à aborder : travaux, activités, repas, décoration, vacances... De la même façon, après le CVS, un « débriefe » est organisé.

La parole est très libre ; les échanges se passent dans le respect et l'écoute, permettant ainsi de mieux comprendre les priorités et les attentes de chacun.

**Christine PERRONE**

*Déléguée des familles au CVS de l'Ehpad HSTV St-Louis*

Le Conseil de la Vie Sociale de la maison de retraite Saint-Louis du groupe HSTV de Rennes se réunit très régulièrement au sein de la maison de retraite.

Avant la crise sanitaire les réunions se faisaient sur place, désormais, nous organisons les rencontres par visio-conférence. Je suis chargée de représenter les familles des résidents et j'essaie également d'être à l'écoute des résidents eux-mêmes. La difficulté que je rencontre est plus liée au manque de communication avec les autres familles mais c'est en voie d'être résolu suite à ma demande, une adresse e-mail dédiée devant m'être octroyée. J'espère ainsi mieux jouer mon rôle de déléguée des familles. J'apprécie tout particulièrement ces réunions où nous rencontrons aussi bien la direction de l'établissement, que les personnels et les représentants des résidents et autres représentants des familles. 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 ... Nous avons pu ainsi travailler sur le projet d'établissement, apporter des réflexions et suggestions, suivre l'avancée des projets adoptés, nous sommes aussi informés des incidents quand il y en a, et voir ensemble comment les éviter pour l'avenir. Nous participons à différents groupes de travail. J'ai ainsi pu aller visiter un établissement rennais qui avait mis en place le « manger mains », j'ai pu rencontrer les résidents individuellement pour les interroger pour répondre à un questionnaire auquel les délégués des familles du groupe HSTV ont participé. Ce questionnaire portait notamment sur le ressenti des résidents quant à leur vécu dans l'établissement. Les résultats collectés ont été étudiés et ont permis d'entamer une réflexion sur la situation et engager quelques axes d'actions. Nous avons une direction et une équipe très à l'écoute et disponibles pour travailler en commun. C'est une expérience enrichissante, qui permet de mieux connaître la structure médico-sociale qu'est une maison de retraite, être déléguée des familles en CVS me rapproche des personnels et des résidents et de leur famille. Il ne faut pas oublier que la Maison de retraite est le lieu de vie de nos parents, à ce titre, il est important que tout soit fait pour respecter leur dignité, leur autonomie, leur liberté et leur individualité. Les conseils de la Vie Sociale sont un moyen de réaliser et mettre en application ces principes essentiels. Je participe également au CDGU, conseil des usagers du Groupe HSTV, j'y rencontre d'autres délégués des familles mais aussi des délégués des usagers des établissements sanitaires du groupe HSTV. Tout cela est très enrichissant et les expériences des uns servent aux autres.



**Claudine LEBOURGEOIS**

*Membre du Conseil de Vie sociale de l'Ehpad Sainte-Anne à Tinténiac*

En mars 2017, l'Etablissement de Sainte Anne a rencontré des turbulences, de ces faits et ce n'est qu'en janvier 2018 qu'il a été nommé et mise en place une nouvelle directrice.

Tenant compte de ce qui précède, ma volonté de participer à la vie de l'Ehpad s'est concrétisée en faisant partie du Conseil de vie sociale, de plus ma maman résidente de l'Ehpad est également membre du Conseil de vie sociale pour les résidents.

Le but du CVS de l'Ehpad est toujours orienté pour le bien-être des résidents, trouver des améliorations, des solutions sur des points négatifs constatés ou signalés par les familles.

L'un des exemples, courant 2018, le CVS a réalisé une enquête de satisfaction auprès des résidents. Il en ressort que les résultats de cette enquête ont fait apparaître un point majoritairement négatif : la restauration.

Après plusieurs réunions de CVS en collaboration avec la directrice et tous les professionnels concernés, le plan d'action pour la prestation restauration s'est nettement améliorée.

Au cours de l'année 2019, le CVS a été associé à divers projets (parcours du médicament, Carpe Diem)

Courant 2020, nous devons réaliser auprès des résidents une nouvelle enquête de satisfaction. Un projet immobilier pour lequel le CVS sera associé tout au long de la conception.

Pour le Covid19, le CVS a été informé des modalités de confinement, et dernièrement plus précisément le 19 mai 2020, nous avons eu une réunion par visio pour le bilan de la crise sanitaire et le déconfinement/plan de reprise d'activités.

Le dialogue, le respect, les valeurs participent au bon fonctionnement d'un CVS.

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

*En ce qui concerne les CVS, il est difficile de faire une comparaison avec les CDU :*

*En effet les missions des CDU portent tant sur le suivi des réclamations, des plaintes et les évaluations des établissements, alors que les conseils de la vie sociale dont la composition est différente n'ont pas ces mêmes prérogatives.*

*Il n'en est pas moins que les CVS dans les établissements pour personnes âgées ainsi que dans les établissements pour personnes handicapées assument pleinement leur rôle en veillant au respect des droits des personnes accompagnées. En absence d'obligation d'un rapport annuel, nous avons formulé le vœu, qu'une synthèse soit établie par les établissements chaque année et transmise avec leurs comptes administratifs.*

*Les témoignages de membres de CVS révèlent des différences d'un CVS à un autre quant au mode de fonctionnement, mais aussi des différents sujets qui peuvent être abordés et qui permettent des évolutions dans le fonctionnement des établissements médico sociaux, même sur de petits sujets.*

## Focus « Les réclamations et les événements indésirables »

### Processus de traitement des plaintes des ordres des professions de santé

#### 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).*

Dans le secteur ambulatoire (soins de ville), tout patient en désaccord avec un professionnel de santé peut se rapprocher des Ordres des professions de santé.

Les ordres sont des organismes à caractère corporatif institués par la loi. Ils remplissent une fonction de représentante de la profession mais également une mission de service public en participant à la réglementation de l'activité et en jouant le rôle de juridiction disciplinaire pour ses membres.

Le processus est relativement semblable pour les différents ordres, en résumé :

1. Il faut adresser un **courrier au conseil départemental de l'ordre** du professionnel concerné
2. Une **réunion de conciliation** doit être organisée
3. Si la conciliation est un échec, la plainte est transmise aux **instances disciplinaires de l'Ordre**
4. Avec une possible **sanction disciplinaire** (avertissement, blâme, suspension, radiation) qui ne remplace pas la juridiction civile ou pénale.

#### Plaintes reçues en 2018 par les ordres régionaux des professionnels de santé selon les thématiques

Conseils régionaux	Nombre de plaintes reçues concernant la bientraitance	Nombre de plaintes reçues concernant l'accès au dossier médical	Nombre de plaintes reçues concernant le refus de soins des patients AME/CMU	Nombre total de plaintes reçues en 2018
Ordre régional des médecins	15	13	1	29
Ordre régional des chirurgiens-dentistes	4	2	1	7
Ordre régional des infirmiers	2	0	0	2
Ordre régional des pharmaciens	0	0	0	0
Ordre régional des masseurs-kinésithérapeutes				*

\* aucune donnée n'a été reçue de l'Ordre régional des masseurs-kinésithérapeutes

CMU : Couverture Maladie Universelle et AME : Aide Médicale de l'Etat

Source : Données collectées par l'ORS Bretagne

L'Ordre régional des pharmaciens ne reçoit pas de plainte portant sur la bientraitance, l'accès au dossier médical ou sur les refus de soins.

Le détail des motifs des plaintes, la répartition par département et les taux de réponses sont précisés dans les objectifs concernant chacune des thématiques.



## Données des tableaux de bord départementaux des réclamations en 2018 de l'ARS :

Tous les motifs des réclamations reçues par l'ARS figurent dans le tableau ci-dessous. Les motifs principaux et secondaires suivants 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 permettant de le contacter).

### Réclamations transmises à l'ARS en 2018

	DD22	DD29	DD35	DD56	TOTAL
<b>NOMBRE DE RECLAMATIONS</b>	<b>76</b>	<b>124</b>	<b>158</b>	<b>92</b>	<b>450</b>
<b>MOTIFS PRINCIPAUX</b>					
<i>Hôtellerie / Locaux / Restauration</i>	2	3	5	1	<b>11</b>
<i>Organisation / Fonctionnement du service</i>	19	9	10	7	<b>45</b>
<i>Facturation / Honoraires</i>	2	2	1	2	<b>7</b>
<i>Conditions de prise en charge</i>	28	44	75	23	<b>170</b>
<i>Insuffisance de personnel</i>	3	3	-	1	<b>7</b>
<i>Recherche établissements ou professionnels</i>	2	-	31	7	<b>40</b>
<i>Attitude des professionnels</i>	4	17	8	11	<b>40</b>
<i>Attitude des usagers</i>	1	-	1	-	<b>2</b>
<i>Qualité des soins médicaux</i>	4	18	4	9	<b>35</b>
<i>Qualité des soins paramédicaux</i>	-	3	1	4	<b>8</b>
<i>Respect du droit des usagers</i>	1	3	12	10	<b>26</b>
<i>Exercice illégal</i>				1	<b>1</b>
<i>Autres</i>	10	22	10	16	<b>58</b>

Source : Données ARS Bretagne

Près de 40 % des réclamations transmises à l'ARS en 2018 concernent « les conditions de prise en charge ».

## Données issues du rapport des CDU :

### Processus de traitement des réclamations

Un dispositif d'information sur la procédure de réclamation à destination des usagers est rapporté par 102 établissements.

Concernant les réclamations écrites, 18 établissements n'en rapportent aucune. Un total de 3 769 réclamations écrites est donc rapporté par 89 établissements, avec une médiane de 5 réclamations par établissement, et un maximum de 478 réclamations écrites pour un établissement.

Concernant les réclamations orales, 61 établissements n'en rapportent aucune. Un total de 479 réclamations orales est donc rapporté par 46 établissements, dont un établissement qui rapporte à lui seul 195 réclamations orales.

Rapportés au nombre d'hospitalisations de chaque établissement, la médiane du nombre de réclamations déclarées (tous motifs confondus) est de 2 pour 1000 hospitalisations.

La moitié des établissements déclare un délai maximal de traitement des réclamations qui n'excède pas 30 jours, dont 5 déclarent traiter les réclamations dans la journée.

### Délai de traitement des réclamations en 2018

	Nombre d'établissements répondants	Médiane*	Nombre d'établissements avec un délai de 0 jour
<b>Délai minimum</b>	90 sur 107	<b>1 jour</b>	23
<b>Délai moyen</b>	89 sur 107	<b>10 jours</b>	6
<b>Délai maximum</b>	89 sur 107	<b>30 jours</b>	5

\*la médiane est la valeur qui divise en deux parties égales l'ensemble des réponses

Source : Données issues du rapport des CDU 2018

### La médiation

La médiation est une procédure au cours de laquelle l'utilisateur rencontre un médiateur afin de l'aider à résoudre le différend avec l'établissement de santé.

Parmi les 107 établissements, 48 établissements ont proposé au moins une médiation, pour un total de 541 propositions de médiations. Parmi elles, 233 (43%) ont été réalisées au cours de l'année 2018.

**Pour la première année, nous avons recueilli les témoignages de 4 représentants des usagers sur leur implication dans le traitement des plaintes, réclamations et des évènements indésirables dans la CDU de leur établissement de santé.**



**Patrick MARTIN**

*Président de la CDU du CH de Guingamp,  
Représentant l'association CADUS.*

Au CH de Guingamp, lors de ma nomination, j'ai été reçu par la Directrice qui était en charge des plaintes et des relations avec les usagers. La rencontre a été positive et une bonne relation s'est établie avec le Directeur de l'époque et les cadres. Depuis le changement de direction, les échanges se poursuivent et la CDU fonctionne au mieux.

Concernant les plaintes et réclamations, nous nous réunissons une fois par trimestre pour étudier les dossiers.

Lors de la réunion de la CDU qui précède la revue des plaintes, chaque membre de la commission se voit remettre les dossiers anonymisés qui seront présentés.

Les représentants des usagers ont donc le temps d'étudier les dossiers et de se concerter si besoin. La majorité des plaintes concernent les pertes de biens divers au niveau de l'EHPAD : appareils dentaires, lunettes et autres objets personnels qui partent à la poubelle, sont cassés par le personnel ou partent en lingerie. Ces situations sont généralement réglées par l'assurance et des recommandations sont faites aux personnels pour éviter le renouvellement de ce type de problèmes.

Les autres réclamations concernent le plus souvent la prise en charge aux urgences, des retards de diagnostic avec complications et des problèmes d'incompréhension entre les familles et les soignants.

Dans tous les cas, la commission émet un avis et fait des propositions en vue de faire une réponse aux plaignants et de mettre en place des actions correctives. La plupart du temps les réclamations restent sans suite lorsqu'une réponse écrite est apportée. Pour les cas les plus lourds qui vont en CCI ou au civil, des retours sont fait généralement à la CDU.

En général, l'établissement attache une grande importance aux réclamations qui reçoivent toutes une réponse écrite. Certaines font l'objet d'une rencontre avec les médiateurs qui proposent dans certains cas une orientation vers les associations d'usagers.



**André LE TUTOUR**

*Président de la CDU du CH Bretagne Atlantique à Vannes,  
Vice-président de la CDU du GHT Brocéliande Atlantique,  
Vice-président de l'association Transhepate.*

Tout usager d'un établissement de santé doit pouvoir exprimer ses satisfactions ou griefs auprès de la direction.

La CDU que je préside, est un lieu de dialogue entre les représentants des usagers et les professionnels. Elle veille non seulement au respect des droits des usagers mais elle sert aussi, par ses propositions, à améliorer le fonctionnement de l'hôpital et à mieux répondre aux besoins des patients, de leurs proches. La CDU est pour moi la mission la plus importante d'un représentant d'usagers dans une instance de la démocratie en santé. C'est le « miroir » de l'hôpital qui reflète le fonctionnement de l'établissement et la vision qu'en ont ses usagers. Lieu de concertation, de co-construction avec les soignants, la CDU veille à ce que chaque plainte ou réclamation d'un usager soit examinée avec attention et qu'une réponse convenable lui soit apportée.

La médiation au CH de VANNES est souvent proposée. Elle réunit le plaignant(e), un représentant des usagers de la CDU, la direction de la clientèle et le médecin médiateur. Il s'agit de mieux comprendre l'objet de la réclamation, qui appuyée par une enquête permet de rechercher les éléments objectifs susceptibles d'expliquer l'incident. Des témoignages de soignants intervenus lors de prise en charge médicale du patient peuvent être sollicités. Toute médiation fait l'objet d'un compte-rendu adressé au patient et aux membres de la CDU. Il précise, si préjudice, les voies de recours d'indemnisation et de conciliation dont dispose le plaignant.

Chaque situation examinée est suivie, si besoin, de recommandation de la CDU. Le projet des usagers s'inspire de situations rencontrées pour rechercher des voies d'amélioration de la prise en charge des patients.

Chaque année je présente le rapport de la CDU à la communauté médicale et au conseil de surveillance. Construire ensemble un hôpital, vraiment soucieux du patient est notre mission.

Les fréquentes rencontres des RU de la CDU avec les associations conventionnées et partenaires de l'hôpital de Vannes sont bénéfiques par les retours de situations rencontrées dans l'établissement. La présence associative à l'hôpital est aussi force de propositions pour ses représentants du système de santé.



**Francine LAIGLE**

*Vice-présidente de la CDU du CHP St Grégoire et RU suppléante au Pôle Gériatrique Rennais,  
Présidente de la CDU-Groupe HSTV, bénévole à France Rein,  
Déléguée régionale de France Psoriasis, membre du Comité régional de France Assos Santé Bretagne.*

Nous recevons les plaintes au fil de l'eau ainsi que les réponses apportées par la direction de l'établissement. La CDU examine les plaintes, et notre rôle est de s'assurer que le plaignant soit informé des voies de recours et de conciliation. Les réclamations nous sont présentées sous forme de tableau et sont traitées en commission. Nous nous assurons que des actions sont menées pour améliorer la qualité. Les événements indésirables nous sont présentés à chaque réunion.

Les plaintes que nous avons le plus concernent l'information donnée aux patients, le mécontentement de la prise en charge médicale ou paramédicale. Les réclamations concernent la perte de matériel (appareil dentaire, auditif) mais aussi la facturation. Nous avons un tableau de suivi pour le CHP avec une colonne qui nous précise si la demande est traitée, ce qui nous permet de suivre plus facilement les actions.

J'ai été amenée à accompagner des patients en médiation. Mon rôle est de prendre du temps avec eux pour préparer ce temps avec les médiateurs, de les écouter, de leur demander ce qu'ils attendent de la médiation, et de leur expliquer que je suis bénévole d'une association agréée de santé, que je ne suis pas de la direction. L'objectif de cette médiation est que le patient puisse s'exprimer, s'assurer que le patient a bien des réponses à ses questions, et reformuler s'il n'a pas compris. S'engager en tant que RU en CDU, c'est suivre les actions qui vont être mises en place pour éviter que cela ne se reproduise. A la fin de la médiation les patients sont rassurés, nous disent qu'ils ont été reçus avec bienveillance. Ils repartent soulagés d'avoir été entendus et compris même si la blessure est encore là et qu'il va falloir vivre avec, mais cela les aide à prendre un nouveau départ. Tout patient peut demander une médiation dès qu'il envoie un courrier précisant des dysfonctionnements dans sa prise en charge.

Les patients ont la possibilité de demander la médiation mais les réponses apportées dans le courrier envoyé par la direction de l'établissement leur permettent de comprendre ce qui leur est arrivé, de plus ils peuvent s'adresser directement à la secrétaire qui a en charge la relation avec les usagers.

Dans les deux établissements, nous commençons à faire des enquêtes auprès des patients concernant la satisfaction de leur séjour, qu'est-ce qu'ils pensent de la relation soignant/soigné ?



**Danièle CUEFF**

*RU en CCI de Rennes, puis de la CDU de l'Hôpital Privé Océane à Vannes.  
Trésorière de L'AVIAM Bretagne*

Au niveau de l'établissement, les plaintes sont instruites dans un classeur par ordre chronologique ainsi que les réponses de la Direction. Les RU étudient toutes les plaintes. En 2019, 25% des plaintes ont pour motif la facturation et 23% le dispositif Ambulatoire. Les réclamations sont enregistrées sur un tableau Excel qui est un moyen efficace pour le suivi des plaintes et pour obtenir des statistiques d'année en année.

A la suite de plusieurs plaintes, j'ai demandé à être reçu par le cadre administratif pour améliorer le mode de facturation, et j'ai pu visiter le pôle ambulatoire pour améliorer l'accueil des patients. À la suite d'une plainte sur l'activité HAD de l'hôpital, les RU ont été reçus pour comprendre le mode de coordination entre tous les professionnels de santé.

Nous avons une bonne écoute avec l'établissement, nous avons instauré une permanence une fois par mois, nous avons un bureau partagé pour recevoir les patients et les associations de bénévoles pour recueillir leurs observations.

Nous sommes présents dans les différentes commissions (CLIN, CLUD...) pour être connus et reconnus pour intégrer l'établissement.

Actuellement, je ne participe pas à la médiation. Nous avons décidé que les RU ayant acquis la formation participeront à tour de rôle. La médiation fait appel à un tiers pour rétablir le dialogue entre le patient et les professionnels de santé. Elle ne détermine pas la responsabilité, et le médiateur peut informer le patient sur les différentes procédures pour faire valoir ses droits. La médiation a lieu pour des complications graves (infection nosocomiale, complication lors d'un accouchement, etc.). La médiation n'est pas suffisamment utilisée.

Une CDU fonctionne bien si les RU ont été formés pour remplir leur mission, et qu'ils connaissent bien leur rôle au niveau de l'établissement. Cela permet d'être écouté et d'installer un dialogue avec la direction et les professionnels de santé. Il est souhaitable d'avoir un partenariat entre les RU et les professionnels de santé pour être écouté, partager les expériences, créer un cadre, une méthode pour ne pas mettre le RU en situation d'échec ; et pour donner un sens à nos actions. La direction doit donner les moyens à leur personnel pour communiquer avec les RU (temps, moyens administratifs pour construire un projet). Il est nécessaire que les RU soient informés en temps et en heure des actions menées par l'établissement (journée cancer de la prostate, dispositifs médicaux). Enfin, il est souhaitable que les RU participent aux groupes d'échanges des CDU des différents établissements de la région.

## La Commission (Régionale) de Conciliation et d'Indemnisation (appelée CCI ou CRCI)

La CRCI est une commission mise en place dans les dispositions prévues par la loi Kouchner du 4 mars 2002. Le dispositif CRCI-ONIAM est une avancée significative en ce qui concerne l'indemnisation des victimes d'accidents médicaux.

Les CRCI sont des commissions indépendantes de l'ONIAM. Elles sont composées de différents représentants des usagers, des professionnels de santé, des établissements de santé, des compagnies d'assurances et de l'ONIAM.

La CRCI a deux missions principales :

- Servir d'intermédiaire entre les patients et les professionnels de santé dans le cadre de conciliations et de médiations afin de favoriser la résolution des conflits.
- Faciliter l'indemnisation des victimes d'accidents médicaux graves : aléas thérapeutiques, infections nosocomiales et affections iatrogènes survenus après le 4 septembre 2001.

### Nombre et nature des avis rendus par la CRCI de Bretagne en 2017 et 2018

	2017	2018
<b>AVIS RENDUS EN COMMISSION</b>	<b>182</b>	<b>185</b>
Indemnisation	65	60
Indemnisation - post consolidation	5	7
Indemnisation - post aggravation	1	2
Indemnisation - ajout de victimes	0	2
Pas d'indemnisation	91	100
Décisions rendues en commission ne mettant pas fin à la demande	20	14
<b>TOTAL DECISIONS RENDUES PAR LE PRESIDENT SEUL</b>	<b>41</b>	<b>41</b>
Avant expertise (sur pièces ou au fond)	17	19
Après expertise	24	22

Nombre de réunion de la commission	7	7
Nombre total de décision (avis en commission + président seul)	223	226

Nombre de dossiers nouveaux enregistrés (logiciel métier)	190	189
---	-----	-----

### Délais de traitement des dossiers

Délai moyen entre la demande et la date à laquelle le dossier est déclaré complet	217 jours	165 jours
Délai entre la date à laquelle le dossier est déclaré complet et la date de la commission ayant abouti à une conclusion, positive ou négative et, dans ce dernier cas, sans expertise au fond ou après celle-ci	8,9 mois	8,6 mois
Délai moyen de remise des expertises par les experts nommés	5,5 mois	5,3 mois

### Observations - Préconisations :

*Ces focus témoignent des actions menées dans les divers lieux, et de l'importance de veiller aux renouvellements de ces instances et à la formation des personnes désignées.*

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

### OBJECTIF 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.*

#### Plaintes reçues par les ordres régionaux des professionnels de santé concernant la bientraitance en 2018

Conseils régionaux	Côtes-d'Armor		Finistère		Ille-et-Vilaine		Morbihan	
	Nombre de plaintes	Taux de réponse	Nombre de plaintes	Taux de réponse	Nombre de plaintes	Taux de réponse	Nombre de plaintes	Taux de réponse
Ordre régional des médecins	13	100%	1	100%	0	-	1	-
Ordre régional des chirurgiens-dentistes	0	-	2	100%	0	-	2	100%
Ordre régional des infirmiers	0	-	0	-	1	100%	1	100%
Ordre régional des pharmaciens	0	-	0	-	0	-	0	-

Source : Données collectées par l'ORS Bretagne

##### 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.*

*Il faut toutefois 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.*

*Ces difficultés pour les patients ou leurs familles de faire la démarche de plainte du fait d'un manque d'accompagnement sont à souligner.*



## • 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.*

### **Données issues du rapport des CDU :**

#### **Promotion de la bientraitance dans les établissements**

Parmi les 107 établissements répondants, les informations fournies par la synthèse des rapports des CDU indiquent que 94 établissements affirment avoir mis en place des actions de promotion de la bientraitance et 84 des formations ou séances de sensibilisation à la bientraitance. Parmi ces 84 établissements, la majorité déclare avoir proposé aux personnels 1 à 3 séances de sensibilisation à la bientraitance en 2018.

#### **Nombre de réclamations et médiations pour maltraitance**

En 2018, les établissements ont déclaré 17 réclamations pour le motif de maltraitance, dont 2 ont donné lieu à une médiation.

#### **Evaluations des Pratiques Professionnelles (EPP) ayant pour thématique le respect des droits des usagers**

Par ailleurs, 80 établissements indiquent que des EPP ont été réalisées sur la thématique du respect des droits des usagers. Parmi ces 80 établissements, la majorité déclare avoir réalisé 1 à 3 EPP sur une thématique du respect des droits des usagers en 2018.

### **Observations - Préconisations :**

*Il est curieux de constater que le rapport 2018 indiquait que 101 établissements avaient mis en place des actions de promotion de la bientraitance et cette année le chiffre est en baisse. Ce qui est très regrettable.*

*En ce qui concerne le focus sur les durées d'hospitalisation et leurs évolutions, il serait pertinent de comprendre pourquoi les évolutions sont différentes entre le secteur privé et le secteur public : est ce le choix des patients ou des raisons purement économiques ?*

## • 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 2017<sup>2</sup> et ses résultats ont été présentés dans le rapport 2017 sur le droit des usagers. L'enquête nationale n'a pas été reconduite depuis la fusion de l'ANESM avec la HAS.

<sup>2</sup> 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.

**Observations - Préconisations :**

*Faute de nouvelle enquête il n'est pas fait de commentaires*

*Toutefois les ESMS ont aussi à signaler aux instances ARS et CD les différents événements indésirables, il serait donc pertinent de pouvoir intégrer un retour sur ces données dans un prochain rapport. Les CVS des ESMS en ont d'ailleurs connaissance lors de leurs travaux.*

*Ne pourrait-il pas être envisagé, comme déjà signalé lors de précédents rapports d'activité sur les droits des usagers, que les différents CVS des ESMS puissent renseigner annuellement une fiche succincte retraçant leur fonctionnement (nombre de réunions, composition mais surtout les principaux points abordés que ce soit sur la formation, les événements indésirables...) ?*

## Focus « Hospitalisation et retour à domicile »

### Durées d'hospitalisation et évolutions constatées sur 3 ans

Les données disponibles permettent d'avoir un recul d'un an sur les durées d'hospitalisation dans les services de Médecine, Chirurgie et Obstétrique des établissements de santé bretons. Ces données sont présentées dans le tableau ci-dessous.

#### **Durées Moyennes de Séjours (DMS) en 2018 et leur évolution sur la période 2017-2018 par type d'établissements de santé (hors prise en charge ambulatoire)**

	Médecine		Chirurgie		Obstétrique	
	DMS 2018 (en jours)	Evolution 2017-2018	DMS 2018 (en jours)	Evolution 2017-2018	DMS 2018 (en jours)	Evolution 2017-2018
<b>CH</b>	6,5	+2,9%	6,0	-3,6%	4,1	-2,9%
<b>CH de référence</b>	6,2	+1,8%	5,6	-1,7%	4,8	-0,6%
<b>CHU</b>	5,7	-0,3%	7,5	+1,6%	5,9	-3,3%
<b>CLCC</b>	5,6	+3,9%	2,3	+1,1%	-	-
<b>Clinique ESPIC</b>	2,9	-7,2%	3,8	-5,7%	4,4	+0,6%
<b>Ets de proximité</b>	12,6	+0,3%	16,5	-18,2%	-	-
<b>Ets ex-OQN</b>	4,7	+4,7%	3,7	-1,4%	4,2	+0,3%

Source : Annexe du bilan MCO 2018 de l'ARS Bretagne (données issues du PMSI MCO 2017 et 2018) : <https://www.bretagne.ars.sante.fr/bilan-pmsi-2018-medecine-chirurgie-obstetrique-mco>

### Bilan chiffré du PRADO pour l'année 2018 en Bretagne

Le Prado est un service proposé par l'assurance maladie depuis 2010, pour anticiper les besoins du patient liés à son retour à domicile et pour fluidifier le parcours hôpital-ville. Celui-ci est inscrit au schéma régional de santé Bretagne 2018–2022 et doit contribuer au développement de l'ambulatoire, à une meilleure articulation ville-hôpital, à renforcer l'accompagnement des patients à leur retour à domicile et améliorer la qualité des parcours ; ce service doit permettre de limiter les ré-hospitalisations précoces et les décès, adapter la durée de séjour aux besoins et limiter les séjours longs non pertinents.

L'accompagnement par les conseillers assurance maladie a pour objectif, dans la stratégie nationale de santé, de préserver la qualité de vie et l'autonomie des patients, contribuer à la diminution des durées moyenne de séjour en établissement, renforcer la qualité de la prise en charge en ville autour du médecin traitant et proposer une orientation vers un service de soins adaptés aux patients qui en ont le plus besoin.

Les conseillers assurance maladie peuvent proposer des services complémentaires qui favorisent et facilitent le déploiement du Prado tels que :

- L'actualisation du dossier administratif,
- La promotion de l'accompagnement CAF,
- La promotion du DMP,
- La promotion du compte ameli (etc.)

En 2018, l'activité a été marquée par le développement du volet Prado maternité en sortie précoce et a nécessité un travail important auprès des établissements.

### Adhésions Prado 2018 en Bretagne :

Type de Prado	Nombre d'adhésions 2017	Nombre d'adhésions 2018	Nombre d'établissements concernés	Nombre de contacts avec les professionnels de santé
Prado sorties précoces maternité	499	759	17	
Prado maternité standard	20 648	21 559	25	24 367
Prado chirurgie	2 718	3 807	33	5 854
Prado BPCO	36	147	8	503
Prado insuffisance cardiaque	518	855	21	2 418
Prado AVC	-	20	2	

Source : Rapport d'activité de la CPAM 35

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

*Ces deux focus permettent de constater de sensibles évolutions quant aux durées d'hospitalisation tout comme une bonne montée en puissance du dispositif PRADO, témoignant ainsi des actions de bienveillance menées.*

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

### OBJECTIF 4 - DROIT AU RESPECT DE LA DIGNITE DE LA PERSONNE : PRENDRE EN CHARGE LA DOULEUR

#### • 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.*

Nous n'avons pas de données de la HAS sur cet item.

#### **Données issues du rapport des CDU :**

En 2018, parmi les 107 établissements répondants, 106 affirment avoir une procédure systématique d'évaluation et de prise en charge de la douleur dans les services, et 105 affirment avoir une procédure d'information des usagers sur la prise en charge de la douleur.

Dans la majorité des établissements, l'information est donnée par affichage ou par le livret d'accueil (100 établissements), l'information peut être donnée grâce à la désignation d'une personne référente au sein du personnel (54 établissements) et lors de la procédure d'accueil ou d'entrée dans l'établissement (51 établissements), plus rarement par la mise en place de permanences pour l'information des usagers (14 établissements).

Parmi les 107 établissements répondants, 95 déclarent que le personnel soignant est formé sur la prise en charge de la douleur. Au total, les établissements bretons rapportent 3 664 personnels soignants formés à la prise en charge de la douleur, la médiane est de 11 personnels soignants formés, 34 établissements ne déclarent aucun personnel soignant formé et un établissement déclare la valeur maximale de 550 personnels soignants formés.

En 2018, les établissements ont déclaré 65 réclamations pour le motif de la prise en charge de la douleur, dont 5 ont donné lieu à une médiation.

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

*Nous ne pouvons que constater que cette thématique est aujourd'hui bien prise en compte. D'ailleurs cette démarche était bien prise en compte dans le cadre de la certification 2014*

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

### OBJECTIF 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 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.*

#### Données issues du rapport des CDU :

Parmi les 107 établissements répondants, 98 ont affirmé disposer d'une procédure d'information des usagers sur la possibilité de rédiger des directives anticipées relatives à la fin de vie. Dans la majorité des établissements, l'information est communiquée par affichage ou par le livret d'accueil (90 établissements), l'information peut également être donnée lors de la procédure d'accueil ou d'entrée dans l'établissement (49 établissements), et plus rarement par la désignation d'une personne référente au sein du personnel (13 établissements) ou par la mise en place de permanences pour l'information des usagers (14 établissements).

De plus, 81 établissements affirment avoir une procédure de recueil des directives anticipées relatives à la fin de vie, dont 68 établissements répondent que le personnel soignant est formé au recueil. Au total, les établissements bretons rapportent 3 415 personnels soignants formés au recueil des directives anticipées relatives à la fin de vie, la médiane est de 2 personnels soignants formés par établissement, 51 établissements ne déclarent aucun personnel soignant formé et un établissement déclare la valeur maximale de 550 personnels soignants formés.

En 2018, les établissements ont déclaré 32 réclamations sur l'accompagnement de fin de vie, dont 3 ont donné lieu à une médiation.

#### • 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 2015<sup>3</sup>. Ses résultats ont été présentés dans le rapport sur le respect des droits des usagers rédigé en 2017. La collecte de l'enquête EHPA 2019 se déroule du 15 janvier au 31 mars 2020. Elle porte sur la situation des établissements au 31 décembre 2019. Les éléments seront présentés dans le rapport sur le respect des droits des usagers 2020.

<sup>3</sup> <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>



### Observations - Préconisations :

Cette thématique est aujourd'hui prise en compte dans le secteur sanitaire ainsi que dans les établissements personnes âgées. Cette évolution est à poursuivre, tout comme le besoin de désigner une personne de confiance.

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

### OBJECTIF 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.

#### Plaintes reçues par les ordres régionaux des professionnels de santé concernant l'accès au dossier médical en 2018

Conseils régionaux	Côtes-d'Armor		Finistère		Ille-et-Vilaine		Morbihan	
	Nombre de plaintes	Taux de réponse	Nombre de plaintes	Taux de réponse	Nombre de plaintes	Taux de réponse	Nombre de plaintes	Taux de réponse
Ordre régional des médecins	5	100%	3	100%	3	100%	2	0%
Ordre régional des chirurgiens-dentistes	0		0		0		2	100%
Ordre régional des infirmiers	0		0		0		0	
Ordre régional des pharmaciens	0		0		0		0	

Source : Données collectées par l'ORS Bretagne

### Observations - Préconisations :

Ces données témoignent d'un très faible nombre de plaintes sur ce sujet. Il en ressort que l'accès au dossier médical ne pose plus beaucoup de difficultés. Cette obligation est maintenant bien comprise tant par les patients, les usagers que par les professionnels de santé. Concernant les quelques plaintes, il serait pertinent d'en connaître les raisons : demande de communication d'un dossier d'un proche ou d'un ayant droit ? ou autre motif ?

#### • 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.

## Données issues du rapport des CDU :

### Procédure d'information sur l'accès au dossier médical

L'ensemble des 107 établissements répondants ont mis en place une procédure d'information sur l'accès au dossier médical. Dans la majorité des établissements, l'information est faite par affichage ou par le livret d'accueil (103 établissements), l'information peut également être donnée lors de la procédure d'accueil ou d'entrée dans l'établissement (37 établissements) et plus rarement par la mise en place de permanences pour l'information des usagers (14 établissements).

### Formation du personnel soignant sur l'accès au dossier médical

De plus, 78 établissements répondent que le personnel soignant est formé sur le respect d'accès au dossier médical. Au total, les établissements bretons ont rapporté 2 227 personnels soignants formés sur le respect d'accès au dossier médical, la médiane est de 1 personnel soignant formé par établissement, 49 établissements ne déclarent aucun personnel soignant formé et un établissement déclare la valeur maximale de 496 personnels soignants formés.

### Accès aux dossiers médicaux de moins de 5 ans

En 2018, les établissements ont déclaré 10 247 demandes d'accès aux dossiers de moins de 5 ans. La médiane de demande est de 7 par établissement, 18 établissements n'ont eu aucune demande et 1 établissement a eu 2 045 demandes. Parmi les 10 247, 173 demandes ont fait l'objet d'un refus. La moitié des établissements déclare un délai maximal d'accès qui n'excède pas 11 jours, dont 4 déclarent traiter la demande dans la journée.

#### Délai d'accès aux dossiers de moins de 5 ans

	Nombre d'établissements répondants	Médiane	Nombre d'établissements avec un délai de 0 jour
<b>Délai minimum</b>	96 sur 107	<b>1 jour</b>	30
<b>Délai moyen</b>	89 sur 107	<b>5 jours</b>	5
<b>Délai maximum</b>	90 sur 107	<b>11 jours</b>	4

Source : Données issues du rapport des CDU 2018

### Accès aux dossiers médicaux de plus de 5 ans

En 2018, les établissements ont également déclaré 1 798 demandes de dossiers de plus de 5 ans. La médiane de demande est de 2 par établissement, 35 établissements n'ont eu aucune demande et 1 établissement a eu 375 demandes. Parmi les 1 798, 156 ont fait l'objet d'un refus. La moitié des établissements déclare un délai maximal d'accès qui n'excède pas 30 jours, dont 8 déclarent traiter la demande dans la journée.

#### Délai d'accès aux dossiers de plus de 5 ans

	Nombre d'établissements répondants	Médiane	Nombre d'établissements avec un délai de 0 jour
<b>Délai minimum</b>	82 sur 107	<b>2 jours</b>	22
<b>Délai moyen</b>	76 sur 107	<b>9 jours</b>	9
<b>Délai maximum</b>	80 sur 107	<b>30 jours</b>	8

Source : Données issues du rapport des CDU 2018

Pour 103 établissements, l'accès au dossier médical est possible sur place, et 92 établissements facturent le coût des photocopies aux usagers.

En cas d'hospitalisation d'office, 26 établissements ont une organisation prévue pour permettre la consultation du dossier médical.

## Plaintes concernant l'accès au dossier médical en 2018

En 2018, les établissements ont déclaré 83 réclamations sur l'accès au dossier médical, et aucune n'a donné lieu à une médiation.

### Observations - Préconisations :

*L'accès au dossier médical semble aujourd'hui une démarche bien intégrée.*

*Certes, il existe encore des refus ou certaines difficultés mais encore faudrait-il en connaître la cause réelle (demande pour un ayant droit ou pour un proche, voire autre causes ...) Les catégories de causes des refus devraient pouvoir être renseignées dans le rapport annuel des CDU.*

### • 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.

#### Etat des lieux sur les personnalités qualifiées en 2018

Des initiatives locales ont été mises en place, notamment dans le département des Côtes d'Armor.

En 2018, les services du département et la délégation départementale des Côtes d'Armor ont relancé le dispositif des personnes qualifiées et ont initié la réalisation d'un bilan de leurs actions. Une réunion a eu lieu entre les deux institutions, la direction départementale de cohésion sociale et les personnes qualifiées pour échanger sur le bilan et définir des perspectives de travail pour les années à venir. L'objectif est que ce type d'initiative puisse être déployé sur l'ensemble de la région.

	Nomination des personnes qualifiées	Modes de désignations	Formations	Actions menées pour faire connaître le rôle des personnes qualifiées	Autres informations
<b>Côtes d'Armor</b>	En 2018, il n'y a eu aucune nouvelle nomination.  Date de l'arrêté de nomination : 04/09/2015 (nouvel arrêt en cours de signature)	Il n'y a aucun changement en 2018.	Il n'y a pas eu de nouvelle formation des personnes qualifiées en 2018.	Lors de la réunion de bilan avec les personnes qualifiées il a été proposé d'utiliser une plaquette d'information recto-verso présentée lors du bilan précédent, à destination des professionnels et pouvant être remise par les personnes qualifiées lors de leurs interventions. Par ailleurs une communication sur le site internet du département et son magazine sont envisagés.	La réunion de bilan a eu lieu le 6 décembre 2019. Il y a eu 4 sollicitations en 2018 ayant donné lieu à 2 saisines avec rapports.
<b>Finistère</b>	En 2018, il n'y a eu aucune nouvelle nomination.  Date de l'arrêté de nomination : 12/09/2016 (nouvel arrêt en cours de signature)	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)	Il n'y a pas eu de nouvelle formation des personnes qualifiées en 2018.	Pas de campagne d'information en 2018.	Six saisines dont trois pour des Personnes en situation de handicap et deux personnes âgées en établissement, ainsi qu'une personne en situation suivie par un service d'aide et d'accompagnement à domicile.
<b>Ille-et-Vilaine</b>	En 2018, il n'y a eu aucune nouvelle nomination.  Date de l'arrêté de nomination : 15/09/2016	Il n'y a aucun changement en 2018.	Il n'y a pas eu de nouvelle formation des personnes qualifiées en 2018.	Sans changement par rapport à 2017 sauf changement de numéro de téléphone fin 2019  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 0 800 95 35 45 (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, il n'y a pas eu de réunion des personnes qualifiées. Elle est envisagée courant 2020. Bilan 2018 : 3 sollicitations à fin octobre 2018
<b>Morbihan</b>	En 2018, il y a eu des nominations par arrêté conjoint de l'ARS (DD56), du Préfet (DDCS) et du département  Date de l'arrêté de nomination : 16/07/2018	Prise de contact avec des personnes susceptibles d'être nommées personnes qualifiées	Lors de la nomination des personnes qualifiées, une réunion d'information et de présentation a été organisée. Lors de cette réunion leur a été présenté et remis : - l'arrêté signé, - le guide réalisé à l'attention des personnes qualifiées - le guide à l'attention des usagers - la fiche de retour d'intervention	Transmission à l'ensemble des établissements sociaux et médico-sociaux relevant de la compétence départementale : - de l'arrêté conjoint, - du guide à l'attention des usagers, - de la fiche de demande d'intervention	Aucune sollicitation en 2018

**Observations - Préconisations :**

*Nous notons une évolution positive quant aux initiatives pour désigner et faire connaître ces personnes qualifiées et leurs missions.*

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

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

#### Rappel cahier des charges

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

Contrairement aux années précédentes, les données présentées ci-dessous proviennent de Handidonnées<sup>4</sup> et résultent de l'exploitation directe de données d'enquête<sup>5</sup> fournies par le Rectorat de Bretagne.

#### Contexte :

*La loi du 11 février 2005<sup>6</sup> pour l'égalité des droits et des chances, la participation et 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 loi du 8 juillet 2013<sup>7</sup> pour la refondation de l'École concrétise l'engagement de faire de la jeunesse et de l'éducation la priorité de la Nation, et promeut l'inclusion scolaire de tous les enfants.*

*La loi du 26 juillet 2019 pour une « école de la confiance<sup>8</sup> » a notamment pour objectif, dans le cadre d'un service public de l'école inclusive, d'assurer une scolarisation de qualité à tous les élèves de la maternelle au lycée et la prise en compte de leurs singularités et de leurs besoins éducatifs particuliers.*

#### **3,4 % des élèves scolarisés en Bretagne sont en situation de handicap**

Durant l'année scolaire 2018-2019, en Bretagne, près de 20 700 enfants en situation de handicap sont scolarisés dans les établissements scolaires du premier degré (maternelle et élémentaire) et du deuxième degré (collège et lycée) ainsi que dans les unités d'enseignement des structures hospitalières et médico-sociales.

Cet effectif représente 3,4 % des élèves bretons, une proportion similaire au niveau national (3,3 %).

44% des enfants en situation de handicap sont scolarisés dans le premier degré.

Plus de 3 800 enfants en situation de handicap suivent leur scolarité exclusivement dans une unité d'enseignement (UE), en interne ou externalisée, d'un établissement hospitalier ou médico-social.

<sup>4</sup> Le projet national Handidonnées est co-construit en Bretagne, par l'ARS Bretagne et le CREAI, il est accessible via l'application numérique de la Plateforme de l'observation sanitaire et sociale de Bretagne, PLATOSS (<https://geoplatoss-bretagne.fr/#c=home>).

<sup>5</sup> Enquêtes annuelles 3 et 12 du ministère de l'Éducation nationale, menées auprès de tous les établissements scolaires publics et privés de France entière. Elles ont pour objectif de recenser les élèves en situation de handicap, c'est-à-dire bénéficiant au moment de l'enquête ou dans un avenir proche d'un projet personnalisé de scolarisation (PPS) dans le premier degré (enquête 3) et second degré (enquête 12).

Enquête 32 du ministère de l'Éducation nationale, menée auprès de tous les établissements hospitaliers et médico-sociaux pour enfants et adolescents de France entière. Elle a pour objectif de recenser les jeunes accueillis dans ces structures et parmi eux ceux qui sont scolarisés au sein des unités d'enseignement.

<sup>6</sup> Loi n° 2005-102 du 11 février 2005 pour l'égalité des droits et des chances, la participation et la citoyenneté des personnes handicapées

<sup>7</sup> Loi n° 2005-102 du 11 février 2005 pour l'égalité des droits et des chances, la participation et la citoyenneté des personnes handicapées

<sup>8</sup> Loi n° 2019-791 du 26 juillet 2019 pour une école de la confiance



## Effectifs d'élèves et d'élèves en situation de handicap scolarisés en Bretagne pour l'année scolaire 2018-2019

	Côtes d'Armor	Finistère	Ille-et-Vilaine	Morbihan	Académie
Milieu ordinaire	3 372	4 958	4 866	3 646	16 842
Milieu spécialisé (unités d'enseignement) <u>exclusivement</u>	705	917	1 522	672	3 816
<i>Nombre total d'élèves en situation de handicap</i>	<i>4 077</i>	<i>5 875</i>	<i>6 388</i>	<i>4 318</i>	<i>20 658</i>
<b>Nombre total d'élèves</b>	<b>101 934</b>	<b>156 451</b>	<b>207 484</b>	<b>133 802</b>	<b>599 671</b>
Part d'élèves en situation de handicap parmi l'ensemble des élèves	4,0 %	3,8 %	3,1 %	3,2 %	3,4 %

Sources : DEPP « Repères et références statistiques » (RERS) / enquêtes 3, 12 et 32 (ministère de l'Éducation nationale) ; exploitation CREAI Bretagne

### Le nombre d'enfants en situation de handicap scolarisés a augmenté de 23 % depuis 2014

Cette augmentation est identique à celle observée au niveau national. Parmi les 20 700 élèves en situation de handicap scolarisés en Bretagne durant l'année scolaire 2018-2019, près de 17 000 le sont en milieu ordinaire, soit 27 % de plus en quatre ans.

Cette progression est à mettre au crédit d'un effort particulier d'inclusion dans les classes ordinaires, en permettant un accompagnement pour ces élèves, mais aussi du développement des unités localisées pour l'inclusion scolaire (ULIS).

#### **Les unités localisées pour l'inclusion scolaire (ULIS)**

Les ULIS sont exclusivement réservées aux enfants en situation de handicap. Ce sont des classes accueillant, au sein d'un établissement scolaire ordinaire du premier degré (ULIS école) ou du second degré (ULIS collège et ULIS lycée), des élèves en situation de handicap. L'emploi du temps des enfants est partagé entre des enseignements spécialisés et des moments (cours ou activités) avec les autres enfants de même niveau scolaire, mais aussi des temps de soins nécessaires à l'élève (opérés par un SESSAD, par un service de soins, par un intervenant libéral...).

#### **Un élève sur cinq dans le milieu ordinaire est en ULIS**

À la rentrée 2018, il existe en Bretagne environ 350 ULIS, parmi lesquelles 53 % sont des ULIS écoles. Les ULIS accueillent 1 933 élèves dans le premier degré et 1 694 dans le second degré, soit 22 % des enfants en situation de handicap scolarisés dans un établissement scolaire. Ce nombre a augmenté depuis 2014 (+ 15 %).

On compte environ 21 ULIS pour 1 000 élèves. Toutefois, leur nombre varie fortement selon le département : rapporté au nombre total d'élèves dans le premier degré, c'est l'Ille-et-Vilaine qui dispose le moins d'ULIS alors que les Côtes d'Armor et le Finistère sont les mieux dotés. La situation s'inverse dans le second degré puisque ces deux départements présentent des taux moins élevés que la moyenne régionale, tandis que le Morbihan est largement au-dessus.

Il y a dans chaque ULIS une dizaine d'élèves en moyenne, quel que soit le degré d'enseignement et selon le département.

## Caractéristiques des ULIS selon le degré d'enseignement et le département en 2018

		Côtes d'Armor	Finistère	Ille-et-Vilaine	Morbihan	Académie
1 <sup>er</sup> degré	Nombre d'ULIS	38	57	46	44	185
	Nombre d'ULIS pour 1 000 élèves	23,8	23,2	16,6	20,7	20,7
	Nombre moyen d'élèves par ULIS	11,4	9,5	10,6	10,0	10,3
2 <sup>nd</sup> degré	Nombre d'ULIS	31	43	49	43	166
	Nombre d'ULIS pour 1 000 élèves	17,5	17,2	23,4	28,3	21,1
	Nombre moyen d'élèves par ULIS	10,2	10,0	10,8	9,4	10,1

Source : Rectorat Rennes-Bretagne ; exploitation CREAL Bretagne

### Plus de 3 800 élèves sont scolarisés exclusivement en unités d'enseignement

Plus de 3 800 enfants en situation de handicap suivent leur scolarité exclusivement dans une unité d'enseignement (UE), en interne ou externalisée, d'un établissement hospitalier (19 % de l'ensemble) ou médico-social (81 %). Entre la rentrée 2014 et la rentrée 2018, ce chiffre a augmenté de 8 %.

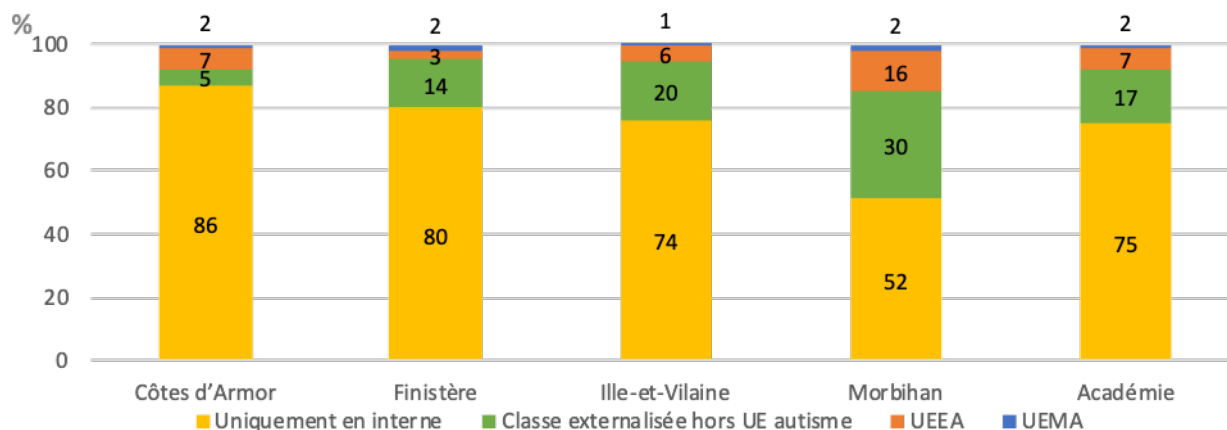
En milieu spécialisé aussi, l'orientation en faveur de l'école inclusive est forte ; cela se traduit par le développement d'unités ou de classes d'enseignement externalisées dans des écoles primaires ou en collèges et lycées<sup>9</sup>. En Bretagne, le nombre d'élèves exclusivement scolarisés en UE externalisée d'un établissement médico-social a presque doublé en quatre ans, passant de 440 à 780.

### Trois quarts des élèves du secteur médico-social sont scolarisés uniquement en interne

Parmi les enfants scolarisés exclusivement dans les établissements médico-sociaux bretons, les trois quarts le sont uniquement en interne ; les autres sont scolarisés, pour tout ou partie, dans des classes externalisées situées au sein d'une école ou d'un collège ordinaire. Si le nombre des élèves scolarisés uniquement en interne a baissé de 8 % entre 2017 et 2018, il a en revanche progressé de moitié pour les unités externalisées.

Néanmoins, il existe de très grands écarts entre départements. Ainsi, seule la moitié des élèves des structures médico-sociales morbihannaises sont scolarisés exclusivement en interne tandis que c'est le cas de 86 % de leurs homologues des Côtes d'Armor, le Finistère et l'Ille-et-Vilaine se trouvant dans une situation intermédiaire.

### Lieu de scolarisation des enfants exclusivement scolarisés en établissement médico-social en 2018



<sup>9</sup> ARS Bretagne, *Les unités d'enseignement externalisées en Bretagne : état des lieux*, juillet 2017, 37 p.

### 8 élèves sur 10 sont scolarisés à temps plein

Parmi les élèves en situation de handicap, tous degrés et lieux de scolarisation confondus, près de 80 % sont scolarisés à temps plein. Il existe toutefois des écarts très importants selon le lieu de scolarisation. Dans les établissements scolaires, 92 % des enfants sont à temps complet et la majorité (60 %) des 8 % restants le sont entre 2,5 et 4 jours par semaine.

Parmi les enfants scolarisés uniquement en UE, ceux du secteur médico-social sont 84 % à suivre les cours à temps partiel et 93 % en milieu hospitalier. Néanmoins, la durée hebdomadaire est plus courte dans les UE du secteur médico-social (la moitié des enfants va à l'école entre 0,5 et 1 jour dans la semaine) qu'en milieu hospitalier (62 % des élèves suivent les cours entre 2,5 et 4 jours chaque semaine).

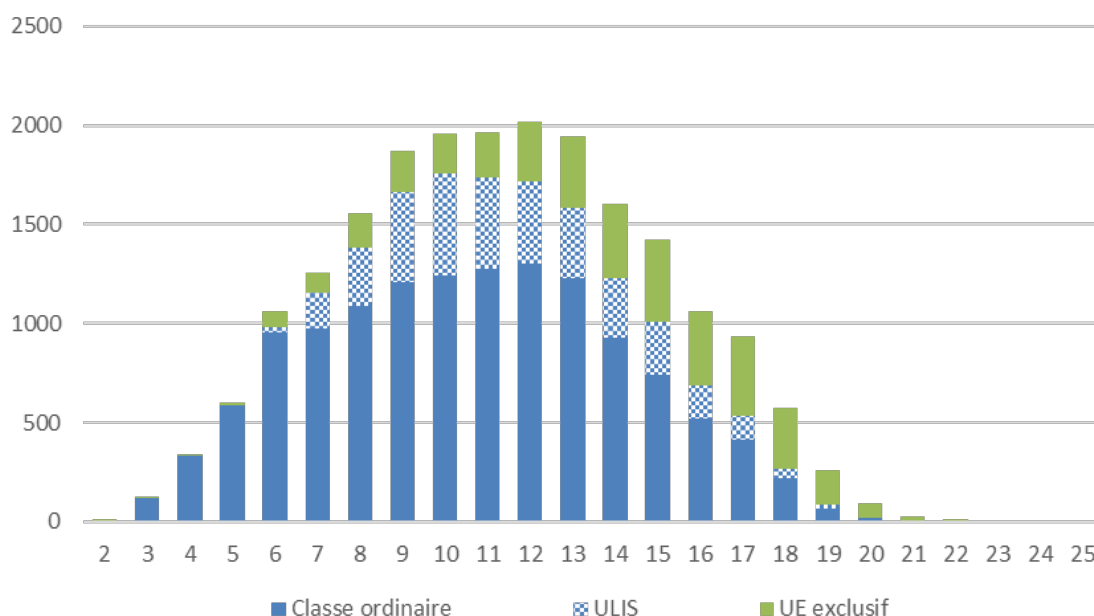
### 70 % des élèves sont des garçons et la moitié a entre 10 et 13 ans

Parmi l'ensemble des élèves en situation de handicap, sept élèves en situation de handicap sur dix sont des garçons. Cette surreprésentation masculine n'existe pas en population scolaire générale.

Le nombre d'élèves en situation de handicap croît jusqu'à l'âge de 10 ans avant d'atteindre un palier jusqu'à 13 ans et de connaître une diminution rapide et régulière après cet âge. Alors que la scolarisation en milieu ordinaire est très majoritaire aux âges les plus jeunes (90 % des élèves en situation de handicap de 6 ans sont en classe ordinaire ou en ULIS), elle se réduit au fil de l'âge et ne représente plus que la moitié des jeunes de 16 ans concernés.

La part des élèves bénéficiant du dispositif ULIS est aussi moins élevée durant la période du lycée (16-18 ans) qu'au collège et au premier degré.

### Nombre d'élèves en situation de handicap selon l'âge et le lieu de scolarisation en 2018



## La moitié des écoliers et un tiers des élèves du second degré dispose d'une aide humaine individuelle

Plus de la moitié des élèves du premier degré bénéficie de la présence d'un AESH ou d'un auxiliaire de vie (AVS)<sup>10</sup> à titre individuel tandis que 17 % le partage avec un ou plusieurs autres élèves de l'établissement.

Dans le second degré, seul un tiers des élèves bénéficie d'un AESH/AVS individuel alors que la moitié ne dispose d'aucun accompagnement, même mutualisé.

## Un tiers des élèves en milieu ordinaire présentent des troubles intellectuels et cognitifs

Les élèves bretons en situation de handicap scolarisés en milieu ordinaire sont concernés par trois grands types de troubles : les troubles intellectuels et cognitifs (34 %), les troubles du langage et de la parole (22 %) et les troubles du psychisme (20 %). Il convient par ailleurs de préciser que les troubles sont renseignés dans les enquêtes<sup>11</sup> par les enseignants référents, qui ne disposent pas des dossiers médicaux permettant de définir précisément le type de troubles ; il faut donc interpréter les chiffres comme des ordres de grandeur en raison de ce biais de déclaration.

## Type de troubles des élèves en situation de handicap scolarisés en milieu ordinaire et en ULIS en 2018

	Académie
Troubles intellectuels ou cognitifs	34 %
Troubles du psychisme	20 %
Troubles du langage ou de la parole	22 %
Troubles auditifs	2 %
Troubles visuels	1 %
Troubles viscéraux	1 %
Troubles moteurs	6 %
Plusieurs troubles associés	7 %
Autres troubles	7 %
<b>Total</b>	<b>100 %</b>
<i>dont troubles du spectre autistique</i>	9 %

Source : DEPP - Enquêtes 3 et 12 (ministère de l'Éducation nationale) ; exploitation CREAL Bretagne

### Observations - Préconisations :

*Cette année, nous disposons d'une autre source d'informations qui permet de dresser un bilan relativement complet de la situation en matière de scolarisation des personnes en situation de handicap.*

*Ces données permettent de situer la position de la Bretagne au regard des évolutions quant à la politique d'accès à l'École pour les personnes handicapées.*

*Les besoins en accompagnements en termes d'amplitudes sont encore à mieux cerner*

<sup>10</sup> La différence entre ces deux termes tient au statut des personnels exerçant cette fonction d'aide à l'élève. Un accompagnant des élèves en situation de handicap (AESH), fonction mise en place à partir de la rentrée scolaire 2014, doit être titulaire du diplôme d'État d'accompagnement éducatif et social (DEAES), ce qui n'est pas le cas de l'auxiliaire de vie scolaire.

<sup>11</sup> Enquêtes annuelles 3 et 12 du ministère de l'Éducation nationale.

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

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

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

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

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

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

Cet objectif n'est pas traité, les données attendues ne pouvant pas être collectées.

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

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

#### Rappel cahier des charges

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

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

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

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

#### Composition de la CDSP

La CDSP est composée de :

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

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

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

### Les CDSP en Bretagne en 2017 et en 2018

Points sur les travaux des CDSP	Nombre de réunions en 2018	Nombre de dossiers examinés en 2018	Nombre de dossiers examinés en 2017
Côtes-d'Armor	2	96	96
Finistère	10	193	183
Ille-et-Vilaine	4	7*	9*
Morbihan	2	206	215

\*Les chiffres indiqués depuis quelques années pour l'Ille-et-Vilaine correspondent aux réclamations des patients étudiés lors des séances, nous n'avons pas connaissance de données chiffrées des dossiers examinés par les membres de la CDSP dans les établissements. Les données ne sont donc pas comparables à celles des autres départements.

Source : Données ARS Bretagne

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

*Il est dommage de ne pas disposer des mêmes principes de données pour les 4 départements. Cela ne permet pas de mesurer les écarts d'un département à un autre compte tenu de sa population. Une harmonisation entre les 4 départements pour la production de cette donnée serait pertinente*

*Toutefois on peut conclure que ces commissions départementales fonctionnent.*



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

### OBJECTIF 10 - ASSURER L'ACCES AUX PROFESSIONNELS DE SANTE LIBERAUX

Conforter la démographie des professionnels de santé permet de garantir l'accès aux soins sur tout le territoire. Dans cette partie est exposée la situation des professionnels de santé en Bretagne, tant sur le plan démographique que sur celui des inégalités territoriales.

#### Rappel cahier des charges :

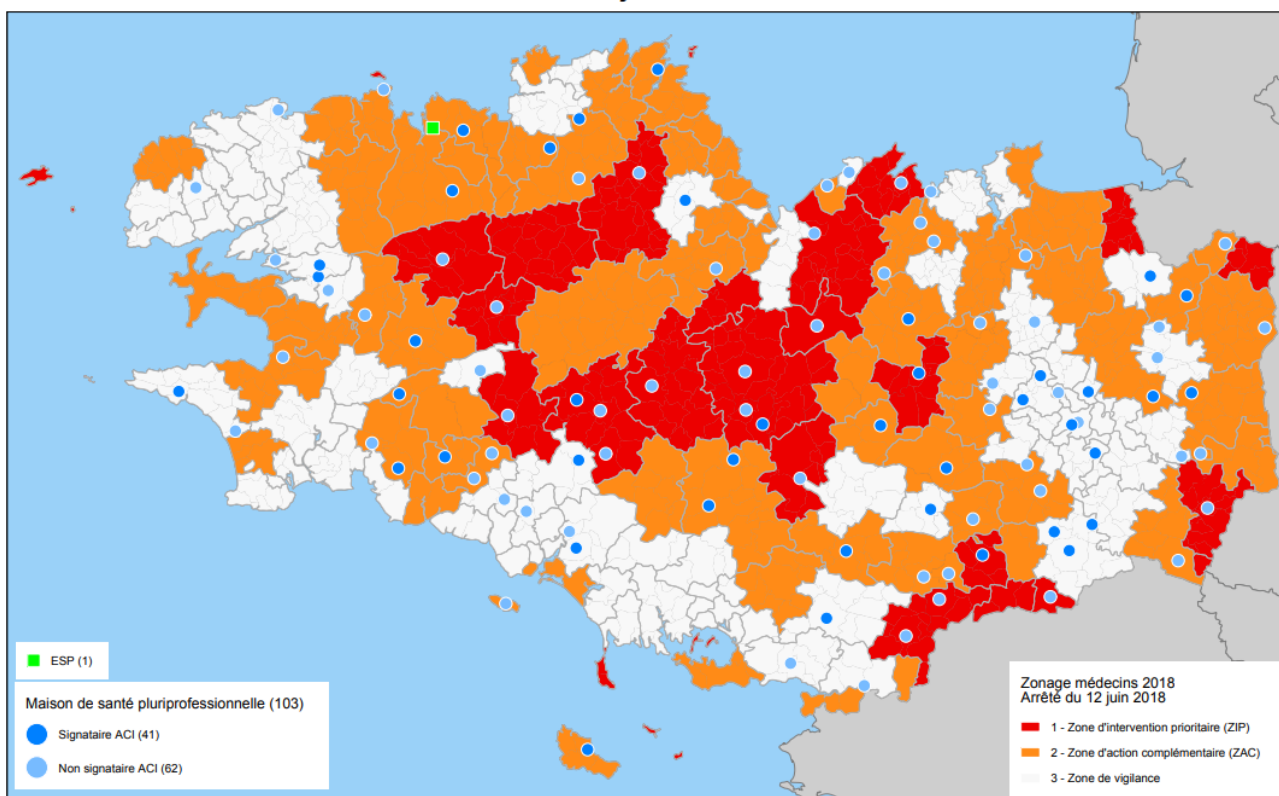
*Indicateurs/données à recueillir* : le Guide d'application du cahier des charges préconise que soit rapporté la part de la population vivant dans un bassin de vie dont la densité médicale de médecins généralistes est inférieure de 30% à la moyenne nationale (l'indicateur est disponible dans le contrat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

#### Zonage médecins et structures d'exercice coordonné au 1<sup>er</sup> juillet 2019

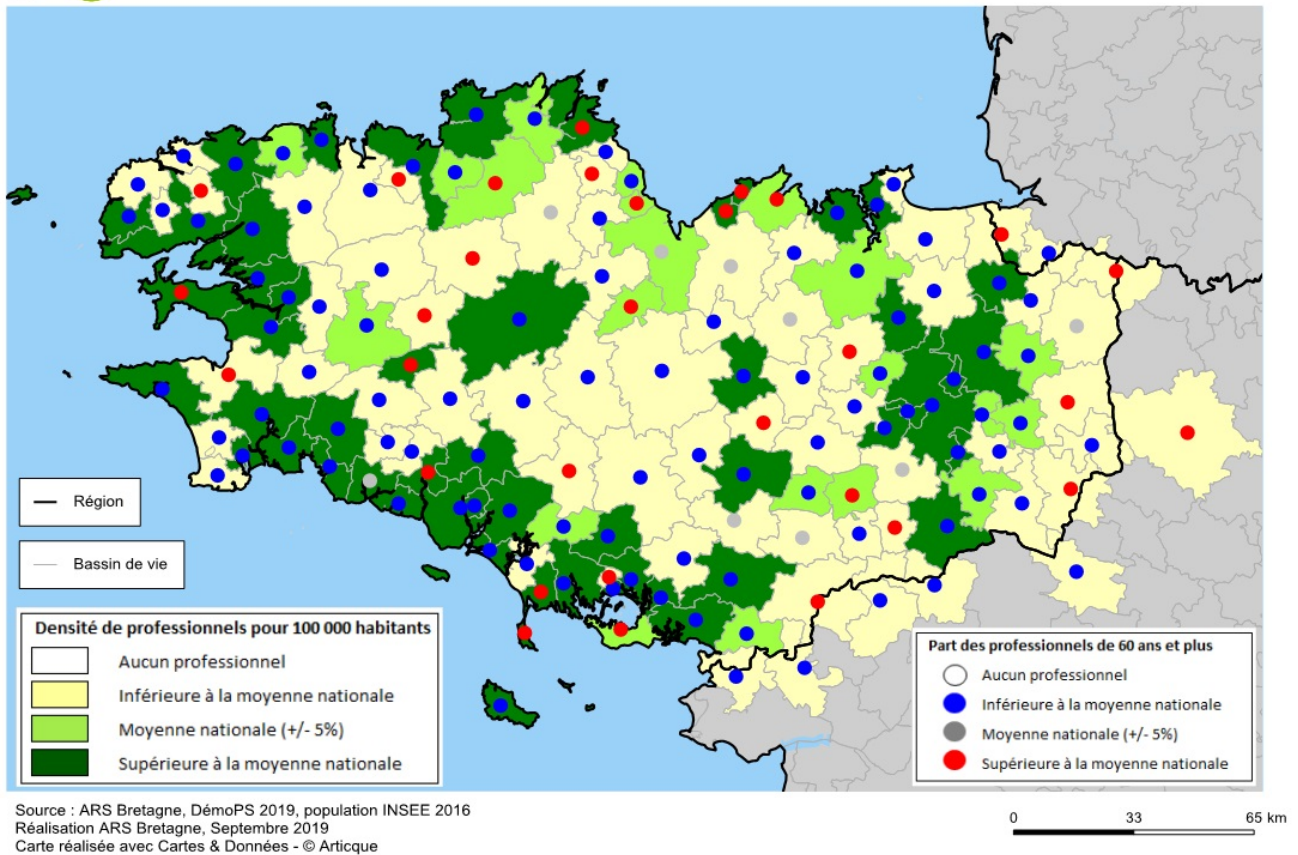


Afin d'identifier au mieux les territoires pour lesquels des aides à l'installation de médecins doivent être mobilisées, un zonage a été établi pour pallier l'inégale répartition de l'offre libérale de médecins, en tenant compte de l'offre actuelle de soins médicaux, de la perspective d'évolution de l'offre et des caractéristiques de la population en termes d'état de santé et de précarité. Selon ces trois critères, 32 territoires de vie-santé (dont 9 îles), principalement situés dans le centre de la région ont été désignés comme « Zone d'intervention prioritaire » (soit une situation critique pour

10% de la population régionale) et 68 comme « Zone d'action complémentaire » (situation intermédiaire pour 32 % de la population).

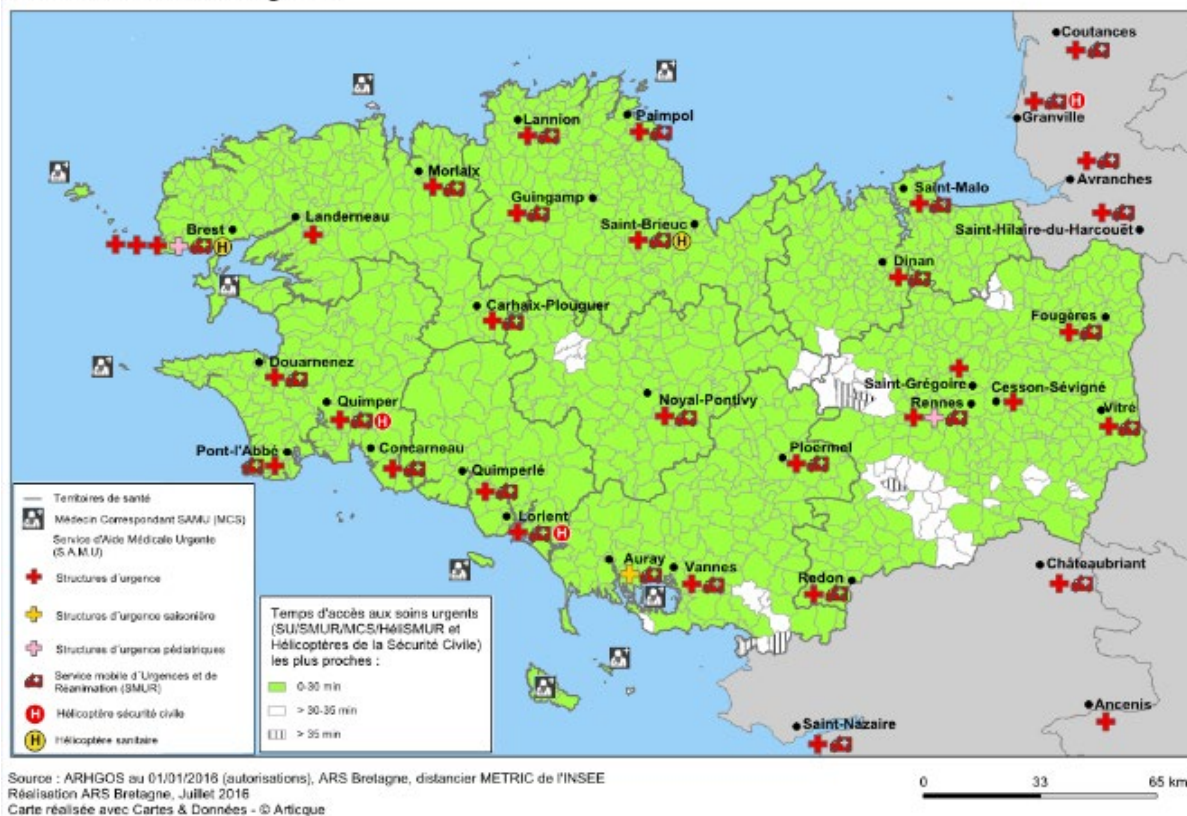


Densité et part de professionnels de 60 ans et plus par bassin de vie - 01/01/2019



La densité et la part de professionnels de 60 ans et plus par bassin de vie montrent de réelles disparités infrarégionales, avec des territoires sous-dotés par rapport à la moyenne nationale et/ou avec une part de professionnels âgés de 60 ans et plus qui est supérieure, répartis sur l'ensemble de la région.

## Accès aux soins d'urgence



La région est bien couverte en structures d'urgence. En 2016, 3,1% de la population bretonne est située à plus de 30 minutes d'accès aux soins urgents (services d'urgences, SMUR, médecin correspondant du SAMU, hélicoptère SMUR et hélicoptères de la sécurité civile).

### Observations - Préconisations :

*Cette thématique est complexe, et mobilise les actions de l'Agence, sachant que la régulation pour des professionnels libéraux n'est pas toujours aisée. Néanmoins les actions menées ont pour but de veiller à une bonne couverture du territoire, en limitant au maximum les « déserts médicaux », et surtout pour faire face aux soins d'urgences*

## Répartition des médecins généralistes au 1er janvier 2019 en Bretagne

Territoire observé	Par nature d'activité de l'activité (1)															
	Effectif global					Salariée					Libérale					
	Nb d'activités en cours	Effectif	Solde 2017(3)	Densité (4)	% Hommes	% moins de 40 ans	% 60 ans et plus	Effectif	Solde 2017(3)	Densité (4)	% 60 ans et plus	Effectif	Solde 2017(3)	Densité (4)	% 60 ans et plus	Exercice Mixte (2) - Effectif
<b>France métrop.</b>																
PS installés	109 625	98 663	-1 176	153,0	52%	23%	30%	39 766	89	61,7	27%	56 865	-1 361	88,2	34%	5 939
PS non installés(5)		7 971		12,4	44%	55%	22%									
<b>Bretagne</b>																
PS installés	5 484	4 755	24	143,8	49%	29%	24%	1 937	14	58,6	21%	3 030	-5	91,6	27%	223
PS non installés(5)		530		16,0	43%	63%	18%									
<b>Détail des PS installés par département :</b>																
- Côtes d'Armor	881	785	-12	131,1	56%	16%	30%	345	16	57,6	29%	469	-32	78,3	32%	32
- Finistère	1 624	1 416	14	155,9	48%	29%	20%	587	0	64,6	18%	878	1	96,7	23%	56
- Ille-et-Vilaine	1 671	1 484	-1	141,1	47%	27%	24%	566	-7	53,8	21%	980	8	93,2	26%	68
- Morbihan	1 308	1 100	26	147,1	50%	24%	26%	461	9	61,7	21%	707	19	94,6	29%	75
<b>par territoire de démocratie en santé:</b>																
Brest / Carhaix / Morlaix / Quimper / Douarnenez / Pont-l'Abbé	1 531	1 329	12	155,4	49%	29%	21%	545	0	63,7	19%	831	0	97,1	23%	55
Lorient / Quimperlé	533	479	20	161,4	49%	26%	23%	205	9	69,1	18%	294	13	99,0	27%	26
Vannes / Ploërmel / Maestroit	746	618	17	155,7	47%	23%	25%	262	1	66,0	23%	396	13	99,8	27%	50
Rennes / Fougères / Vitré / Redon	1 444	1 282	20	137,5	45%	28%	24%	491	3	52,6	20%	847	21	90,8	26%	62
St-Malo / Dinan	404	373	-20	140,4	61%	21%	28%	134	-4	50,5	25%	246	-21	92,6	31%	10
St-Brieuc / Guingamp / Lannion	664	587	-11	140,2	54%	15%	29%	272	11	65,0	28%	338	-26	80,7	32%	28
Pontivy / Loudéac	162	144	1	102,5	58%	21%	37%	63	7	44,8	40%	89	-3	63,4	37%	8

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 salariées (exclusion des activités de remplacement).

(3) Solde 2017 : le différentiel entre le nombre d'installations et le nombre de départs de professionnels sur la zone géographique, entre janvier 2017 et janvier 2019.

(4) Densité : nombre de professionnels de santé pour 100 000 habitants (population municipale 2016).

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



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

### OBJECTIF 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.*

**Etas des lieux des saisines des conciliateurs bretons en 2018 en lien avec les difficultés d'accès aux soins :**

Bénéficiaires	CPAM 22			CPAM 29			CPAM 35			CPAM 56			Total 2018
	CMUc	ACS	AME	CMUc	ACS	AME	CMUc	ACS	AME	CMUc	ACS	AME	
	2018	2018	2018	2018	2018	2018	2018	2018	2018	2018	2018	2018	
Refus de soins*	4	2	1	13	9		14	9		4	5		61

Source : Données de la DCGDR/BZH

\*L'assurance maladie n'a pas reconduit d'enquête sur les refus de soins, nous n'avons pas de détail sur les motifs de refus

**Plaintes reçues par les ordres régionaux des professionnels de santé en 2018 concernant les refus de soins pour les personnes en CMU et AME**

Conseils régionaux	Côtes-d'Armor		Finistère		Ille-et-Vilaine		Morbihan	
	Nombre de plaintes	Taux de réponse	Nombre de plaintes	Taux de réponse	Nombre de plaintes	Taux de réponse	Nombre de plaintes	Taux de réponse
Ordre régional des médecins	0		0		0		1	-
Ordre régional des chirurgiens-dentistes	0		0		0		1	-
Ordre régional des infirmiers	0		0		0		0	
Ordre régional des pharmaciens	0		0		0		0	
Ordre régional des masseurs-kinésithérapeutes								

Source : Données collectées par l'ORS Bretagne

#### Observations - Préconisations :

*Ces données n'appellent pas de commentaires spécifiques, sinon qu'il est dommage de ne pas avoir de données de l'ordre des kinésithérapeutes.*

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

### OBJECTIF 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 pour 2017-2018 :

Département	Taux de participation au dépistage organisé du cancer colorectal
Côtes-d'Armor	33,1 %
Finistère	31,6 %
Ille-et-Vilaine	46,5 %
Morbihan	34,3 %
<b>Bretagne</b>	<b>36,6 %</b>

Source : Données ARS Bretagne

Au niveau national, entre 2017 et 2018, 5,5 millions de personnes âgées de 50 à 74 ans ont réalisé un test de dépistage, ce qui représente un taux de participation de 32,1 %. L'amélioration de la participation qui était attendue avec le passage au test immunologique ne s'est donc jusqu'à présent pas matérialisée. Le taux de participation reste très inférieur à l'objectif européen minimal acceptable de 45 %. Le taux de personnes ayant un test immunologique positif (4,0 %) est conforme à l'attendu.<sup>12</sup>

#### Taux de dépistage organisé du cancer du sein chez les femmes de 50 à 74 ans pour 2018 :

Département	Taux de participation au dépistage organisé du cancer du sein
Côtes-d'Armor	56,0 %
Finistère	54,2 %
Ille-et-Vilaine	56,6 %
Morbihan	56,3 %
<b>Bretagne</b>	<b>55,7 %</b>

Source : Données ARS Bretagne

Le référentiel européen mis à jour en 2006 préconise un taux de participation de la population cible supérieur ou égal à 70 %. Ce référentiel est celui de l'ensemble des pays européens ayant mis en place un programme de dépistage organisé. Le taux national de participation pour l'année 2018 est de 50,3 %, c'est-à-dire qu'environ 2 595 000 femmes se sont fait dépister au cours de l'année.<sup>13</sup>

<sup>12</sup> <https://www.santepubliquefrance.fr/maladies-et-traumatismes/cancers/cancer-du-colon-rectum/articles/taux-de-participation-au-programme-de-depistage-organise-du-cancer-colorectal-2017-2018>

<sup>13</sup> <https://www.santepubliquefrance.fr/maladies-et-traumatismes/cancers/cancer-du-sein/articles/taux-de-participation-au-programme-de-depistage-organise-du-cancer-du-sein-2017-2018>

## 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 incluse)	Obésité
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 %
<b>France</b>	<b>11,9 %</b>	<b>3,5 %</b>

Champ : France entière (hors Mayotte avant 2014), élèves scolarisés en grande section de maternelle  
Sources : Enquêtes nationales de santé en milieu scolaire (DREES-DGESCO).

### Couverture vaccinale Rougeole-Oreillon-Rubéole des enfants de 24 mois en 2018 en Bretagne :

Département	1 dose CS24	2 doses CS24
Côtes-d'Armor	91,1 %	81,3 %
Finistère	90,8 %	83,5 %
Ille-et-Vilaine	89,1 %	81,1 %
Morbihan	90,5 %	80,4 %
<b>Bretagne</b>	<b>90,2 %</b>	<b>81,4 %</b>

Source : Données ARS Bretagne

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 1<sup>ère</sup> et la 2<sup>ème</sup> dose. En 2018, la moyenne nationale pour la 1<sup>ère</sup> dose est de 87,2 %.

#### Observations - Préconisations :

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

*Comme l'an passé, il ressort, selon les constats dressés, que les dépistages du cancer du sein gagneraient à être plus précoces : ne faudrait-il pas s'interroger sur les raisons du refus du dépistage du cancer du sein ? Problématique de la formation des professionnels qui procèdent aux mammographies rendant l'examen parfois très douloureux ...*



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

### OBJECTIF 13 - REDUIRE LES INEGALITES D'ACCES A LA PREVENTION, AUX SOINS ET 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.

#### Les contrats locaux de santé (CLS)

Le CLS est un outil de contractualisation au service d'une politique de santé territorialisée. Il renforce la qualité de la mise en œuvre de la politique de santé au niveau local, dans le respect des objectifs du Projet Régional de Santé, en favorisant une meilleure coordination des politiques publiques, des financements et des acteurs. Cette démarche s'inscrit aussi dans les orientations de la Stratégie Nationale de Santé et constitue un levier de réduction des inégalités sociales et territoriales de santé. Les CLS permettent donc de :

- Partager des objectifs de santé entre une collectivité et l'Agence Régionale de Santé ;
- Faire partager les priorités de santé par les citoyens d'une collectivité ;
- Affiner et compléter le diagnostic local de santé grâce aux outils d'observation mis en place par la collectivité et faire remonter les besoins et les demandes des concitoyens ;
- Bénéficier de la connaissance qu'a la collectivité de la population, des réseaux sociaux, des associations, de la réalité des quartiers pour améliorer l'efficacité des actions en santé, notamment de prévention ;
- Mieux prendre en compte et réduire les inégalités d'accès à la prévention ou aux soins ;
- Inscrire l'action dans le temps, dans le cadre d'un partenariat de 3 ans ;
- Soutenir la collectivité ou son regroupement dans sa volonté de prendre en compte la santé dans toutes les politiques conduites par le territoire en développant des stratégies cohérentes et coordonnées de mise en œuvre d'activités visant un même objectif de santé, pour exemples, en matière de lutte contre l'obésité (information, formation, actions sur la restauration collective, actions sur l'offre et l'accès à l'activité physique, etc.), logements, déplacements, loisirs et culture ;
- Intégrer les problématiques d'aménagement du territoire dans les décisions relatives à la santé.

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

Le CLS signé en 2018 est celui de Ploërmel Cœur de Bretagne.

Les 7 CLS en cours en 2018 sont :

- Pays de Guingamp
- Quimperlé-communauté
- Pays de Redon-Bretagne Sud
- Iles du Ponant
- Centre-Ouest Bretagne (2<sup>ème</sup> CLS)
- Concarneau Cornouaille Agglomération
- Pays de Brocéliande

Les 2 CLS qui ont pris fin en 2018 sont :

- Lannion Pays de Trégor-Goëlo
- Loudéac Centre Bretagne

**Nombre de logements ayant fait l'objet d'une évaluation sanitaire ayant conduit à une procédure d'insalubrité au titre du code de la santé publique (CSP) en 2018 :**

Département 22	Remédiable	Irrémédiable	Impropres	Urgence	Total	Nombre de logements concernés	Nombre de personnes concernées	Nombre d'arrêtés de main levée
ARS	0	9	2	1	12			
Services communaux d'Hygiène et de santé du département (SCHS)	0	0	0	0	0			
<b>Total</b>	<b>0</b>	<b>9</b>	<b>2</b>	<b>1</b>	<b>12</b>	12		36

Département 29	Remédiable	Irrémédiable	Impropres	Urgence	Total	Nombre de logements concernés	Nombre de personnes concernées	Nombre d'arrêtés de main levée
ARS	0	0	0	4	4			
Services communaux d'Hygiène et de santé du département (SCHS)	2	0	0	3	5			
<b>Total</b>	<b>2</b>	<b>0</b>	<b>0</b>	<b>7</b>	<b>9</b>	15	14	3

Département 35	Remédiable	Irrémédiable	Impropres	Urgence	Total	Nombre de logements concernés	Nombre de personnes concernées	Nombre d'arrêtés de main levée
ARS	0	2	0	5	7			
Services communaux d'Hygiène et de santé du département (SCHS)	0	0	1	1	2			
<b>Total</b>	<b>0</b>	<b>2</b>	<b>1</b>	<b>6</b>	<b>9</b>	9		3

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	3	3			
Services communaux d'Hygiène et de santé du département (SCHS)	0	0	0	0	0			
<b>Total</b>	<b>0</b>	<b>0</b>	<b>0</b>	<b>3</b>	<b>3</b>	3		0

Bretagne	Remédiable	Irrémédiable	Impropres	Urgence	Total	Nombre de logements concernés	Nombre de personnes concernées	Nombre d'arrêtés de main levée
ARS	0	11	2	13	26			
Services communaux d'Hygiène et de santé du département (SCHS)	2	0	1	4	7			
<b>Total</b>	<b>2</b>	<b>11</b>	<b>3</b>	<b>17</b>	<b>33</b>	39		42

Source : Données ARS Bretagne

Les désordres au sein des logements peuvent concerner aussi bien la configuration des pièces (habitabilité médiocre), leur état général (absence ou insuffisance d'entretien), leur nature (locaux destinés à d'autres usages tels que les caves, sous-sols, combles, pièces dépourvues d'ouvertures sur l'extérieur), que la déficience ou l'absence de certains équipements, voire les conditions d'occupation (mauvais usage ou sur-occupation).

## Nombre de signalements et de visites ARS en 2017

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 ARS Bretagne

### Observations - Préconisations :

*Le travail sur les contrats locaux de santé se poursuit.*

*En ce concerne l'habitat, comme nous l'avons déjà souligné les indicateurs pour cet item ne sont pas des plus pertinents.*

## Focus « Les personnes handicapées »

L'amélioration de l'accès aux soins concerne également les personnes en situation de fragilités, notamment celles en situation de handicap.

### Écarts intra régionaux en établissements et services médico-sociaux :

En 2018, l'indicateur « Part des services dans l'offre des personnes handicapées » n'est plus disponible car il n'est plus dans le CPOM.

### Taux d'équipement au 01.01.2018 par catégorie d'établissement : nombre de places pour 1 000 habitants de 20 à 59 ans

INDICATEURS	Bretagne	Côtes-d'Armor	Finistère	Ille-et-Vilaine	Morbihan	France métropolitaine
Taux d'équipement en établissements d'hébergement pour adultes handicapés						
Taux d'équipement en Maison d'accueil spécialisé (MAS)(1)	0,8	1,6	0,5	0,7	0,7	0,9
Taux d'équipement en Foyer d'accueil médicalisé (FAM)(1)	1,0	1,1	1,2	0,7	1,3	0,9
Taux d'équipement dans les foyers de vie / foyers occupationnels	2,1	2,1	2,1	2,2	1,8	1,6
Taux d'équipement en places dans les Établissements et Service d'Aide par le Travail (ESAT)	4,0	4,4	4,1	3,8	4,0	3,2
Taux d'équipement en SAVS/SAMSAH	2,7	3,9	2,2	2,7	2,5	1,5
Taux d'équipement en services SAVS+SAMSAH+SSIAD+SPASAD moins de 60 ans	3,0	4,2	2,5	3,0	2,7	1,7

(1) changement d'indicateur par rapport à STATISS de l'année précédente

Sources : DREES, FINESS ; estimations de population 2018

### Nombre de jeunes adultes qui bénéficient de l'amendement « Creton »

Cet amendement qui date du 13 janvier 1989 permet le maintien des jeunes adultes accueillis dans des établissements et services pour enfants handicapés en attendant de trouver une place dans des structures pour adultes.

Les données ne sont pas disponibles pour l'année 2018.

En 2017, le nombre de jeunes adultes dans cette situation était de 442 (Source : CPOM Etat-ARS).

### Nombre de décisions d'orientation non mises en œuvre faute de solutions et listes d'attentes (Handidonnées – via trajectoire)

Cet indicateur n'est pas à ce jour disponible pour la région Bretagne ni à l'échelle d'au moins un département breton.

Le système d'information (SI) Via trajectoire qui permet de suivre les décisions d'orientations et leur mise en œuvre (ou non) est en cours de déploiement sur l'ensemble des départements de France.

En Bretagne, le SI a été déployé en premier en Ille-et-Vilaine mais n'est pas encore complètement peuplé. Le déploiement a démarré en novembre 2019 sur les Côtes-d'Armor et Finistère et devrait démarrer en avril 2020 dans le Morbihan. Un point est prévu en septembre 2020 sur les données d'Ille-et-Vilaine mais les retours des autres régions plus avancées dans le déploiement de Via Trajectoire mentionnent un temps plus conséquent de montée en charge.

## Données issues des rapports MDPH

### Nombre de demandes Enfance et Adultes par département

	Enfance	Adultes	Total
MDPH 22	6 411	29 708	36 119
MDPH 29	13 409	47 383	60 792
MPDH 35	14 356	51 424	65 780
MDA 56	-	-	-

Les données pour la MDA 56 ne sont pas disponibles.

Dans les trois départements présentés, près de 80 % des demandes concernent les adultes, avec une part plus importante dans les Côtes-d'Armor (82 %). Les demandes pour des enfants sont proportionnellement plus nombreuses en Ille-et-Vilaine et dans le Finistère (22 %).

### La mise en œuvre de la Réponse Accompagnée Pour Tous (RAPT) et nombre de saisines pour un Plan d'Accompagnement Global (PAG) (article 89 de la loi ASV)

#### La Réponse Accompagnée Pour Tous (RAPT)

La RAPT a été généralisée en 2018 en application de l'article 89 de la Loi de Modernisation du système de santé, aussi appelée Loi Santé.

Dans le cadre d'expérimentation, la COMEX élargie, qui est l'instance de pilotage du projet, avait retenu trois publics prioritaires :

- les personnes dont la situation de rupture de parcours était avérée et qui relevaient jusqu'alors de la commission des situations critiques.
- les enfants relevant de l'Aide Sociale à l'Enfance atteignant l'âge de la majorité et en risque de rupture,
- les jeunes en aménagement Creton, maintenus en établissement pour enfants, bien qu'ayant dépassé l'âge de 20 ans.

La finalité de cette démarche est de proposer une réponse individualisée pour permettre à la personne de s'inscrire dans un parcours de santé conforme à son projet de vie, selon la définition de l'Organisation mondiale de la santé.

#### Plan d'Accompagnement Global (PAG)

Lorsqu'une personne fait une demande d'orientation, celle-ci est inscrite dans le plan personnalisé de compensation. Mais dans certains cas, un PAG complètera le plan personnalisé de compensation.

Ainsi le PAG est élaboré en cas d'indisponibilité ou d'inadaptation des réponses connues, en cas de complexité de la réponse à apporter, ou de risque ou de constat de rupture du parcours de la personne.

La loi indique que le PAG a pour but de permettre à la CDAPH de prendre les décisions mentionnées à l'article L. 241-6 du code de l'action sociale et des familles, principalement les décisions d'orientation.

Un PAG peut également être proposé dans la perspective d'améliorer la qualité de l'accompagnement selon les priorités définies par les commissions exécutives des MDPH.

Le PAG contient :

- le nom des établissements et services médico-sociaux vers lesquels l'enfant, l'adolescent ou l'adulte est orienté
- la nature et la fréquence de l'ensemble des interventions « requises dans un objectif d'inclusion : éducatives et de scolarisation, thérapeutiques, d'insertion professionnelle ou sociale, d'aide aux aidants... »
- l'engagement des acteurs chargés de sa mise en œuvre opérationnelle
- le nom d'un coordonnateur de parcours.

## Pour la MDPH 22 :

En 2018, 51 situations ont été déposées à la MDPH et 26 ont donné lieu à un accompagnement par l'organisation de groupes opérationnels de synthèse (GOS) aboutissant à des « Plans d'Accompagnement Global (PAG) ». Elles concernaient toutes des situations dégradées voire critiques.

En synthèse :

Nombre de demandes de PAG déposées soit 26 PAG	51	pour la majorité, les demandes ont concerné des enfants.
nombre de situations qualifiées de critiques au sens de la circulaire de novembre 2013	3	en revanche, 37 situations ont relevé de la « complexité »
nombre de PAG aboutis	26	concernant 10 adultes et 14 enfants avec nécessité d'élaborer 2 PAG pour un adulte et un enfant soit 26 PAG au total
nombre de Groupes opérationnels de synthèse sans présence autorité de contrôle et de tarification	4	
nombre de Groupes opérationnels avec présence autorités de contrôle et de tarification	12	
Nombre PAG ou de situations critiques ayant fait l'objet d'un soutien financier de l'ARS	3	3 situations d'enfants
nombre de PAG ou de situations critiques ayant abouti à une admission temporaire ou définitive en ESMS	13	répartition égale adulte/enfant
nombre de PAG ou de situations critiques ayant impliqué une coordination entre psychiatrie et ESMS	13	Dont 6 situations d'enfants
nombre de PAG ou de situations critiques ayant impliqué une orientation vers un PCPE (pôle de compétences et de prestations externalisées)	14	9 situations d'enfants et 5 adultes avec au total 20 interventions du PCPE qui peut intervenir à double titre : prestation directe et coordination de parcours.

## Pour la MDPH 29 :

Le dispositif en Finistère s'est déployé véritablement en 2018, avec la création d'un poste de chargé de mission au sein de la MDPH et la détermination d'un public cible pour la COMEX en faveur des jeunes confiés à l'Aide Sociale de l'Enfance du Département ainsi que des situations critiques.

Malgré une restriction des critères d'éligibilité, le nombre de dossiers a été conséquent :

- 101 PAG ont été sollicités en 2018.
- 48 demandes relevaient du public cible (jeunes confiés à l'ASE et situations critiques).
- 22 PAG ont été signés en 2018, dont 17 pour les enfants de l'ASE

### Les typologies des situations traitées (échantillon de 50 personnes)

Age	Sexe	Pathologie/handicap	Comportement problème				
0 à 5 ans	0	Garçons	37	Dont présentant des comportements problèmes mettant en péril les accompagnements médico éducatif ou les placements	50		
6 à 10 ans	6					Troubles Envahissants du Développement / Autisme associés à une déficience intellectuelle	28
11 à 15 ans	20	Filles	13			Troubles psychotiques	12
16 à 21 ans	20					Maladie rare avec ou sans TED	6
						Déficience intellectuelle	2
						Traumatisme crânien (DI et trouble du comportement)	1
Plus de 21 ans	4			Handicap physique avec troubles associés	1		

## Pour la MDPH 35 :

Le contrat partenarial relatif au déploiement de la RAPT en Ille-et-Vilaine a été signé le 23 janvier 2018.

La CDAPH a souhaité dans le cadre de la mise en œuvre de la RAPT être pleinement associée. C'est ainsi que lors des réunions des CDAPH fonctionnelles des points de situation sont présentés ainsi que les nouveaux outils comme le Pôle de compétences et de prestations externalisées.

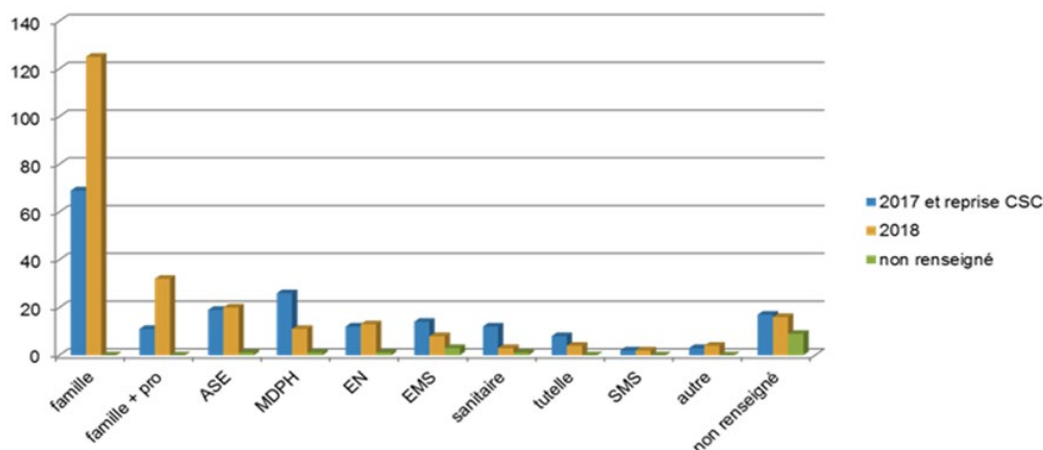
Les orientations vers ces dispositifs donnent lieu d'ailleurs à décisions des CDAPH

Des présentations sur les PAG ont eu lieu en 2018 :

Le 20 Septembre présentations par les 3 intervenants à la MDPH de 53 PAG

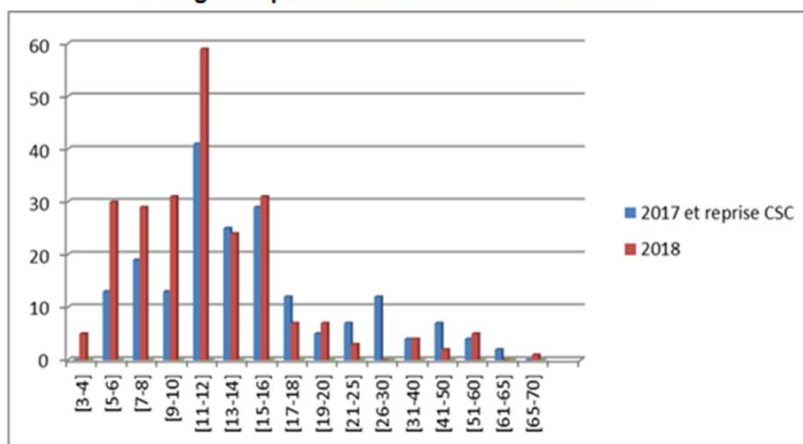
Et le 20 décembre présentation par la MDPH de 20 PAG

### ➤ Origines des demandes de PAG



- Un plus grand nombre de saisines directes des familles
- Moins d'auto-saisine de la MDPH
- Stabilité des saisines de l'ASE et de l'Education nationale
- Peu de saisines des ESMS mais d'autres situations nombreuses hors PAG

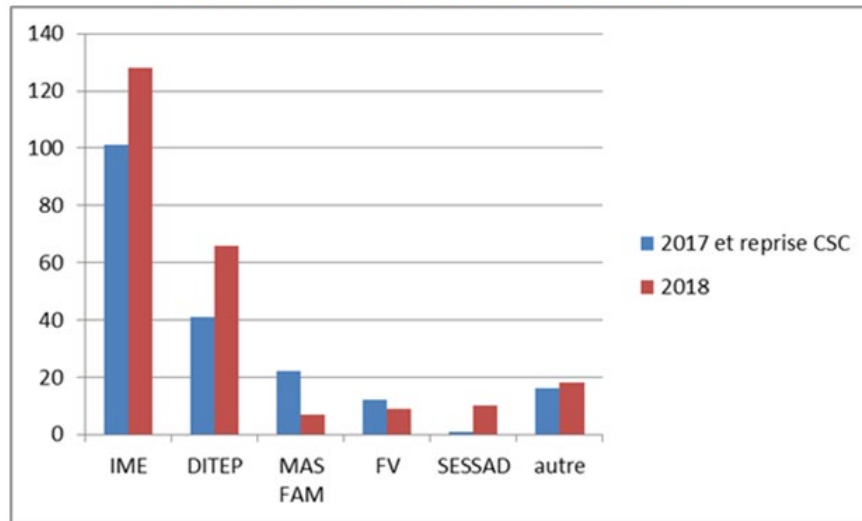
### ➤ Âge des personnes au moment de la saisine



- Un nombre important de demandes pour des enfants de 11-12 ans (sortie du système ULIS)
- Une évolution substantielle pour les enfants de moins de 12 ans
- Des demandes pour des petits de 3-4 ans
- Pas d'évolution des demandes pour des adolescents
- Peu de demandes pour des adultes

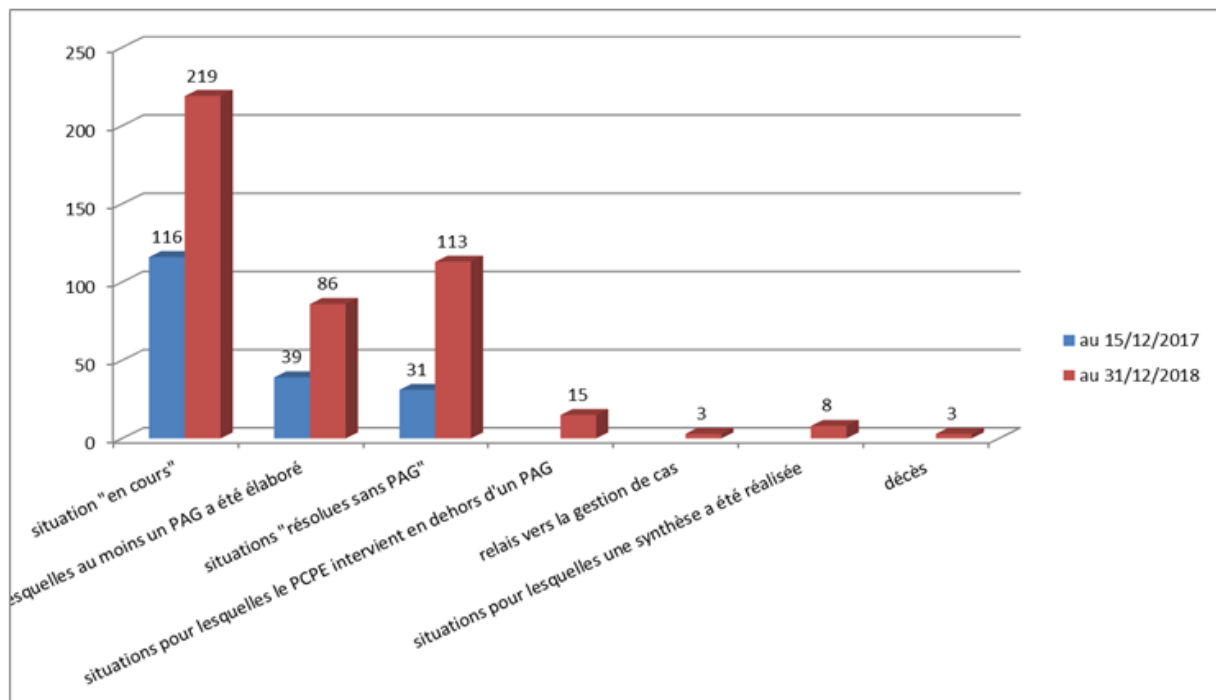


➤ **Orientation cible au moment de la saisine**



Au 31 décembre 2018, il y avait 447 demandes de PAG.

➤ **Suites données aux situations**



*Lecture : au 15 décembre 2017, au moins un PAG avait été élaboré pour 39 situations. Au 31 décembre 2018, au moins un PAG avait été élaboré pour 86 situations. Entre ces deux dates ce sont donc 47 nouvelles situations qui ont bénéficié de l'élaboration d'au moins un PAG.*

## Focus « Les besoins d'accompagnement et de soins à domicile »

Dans un contexte régional de vieillissement de la population, les services de soins et d'accompagnement à domicile pour personnes âgées jouent un rôle essentiel.

En 2018, la direction adjointe de la prévention et de la promotion de la santé de l'ARS Bretagne a passé un appel à projet avec un axe « Personnes âgées ». Quinze projets ont été financés dont trois au niveau régional, ils sont présentés ci-dessous.

**Au niveau régional**, deux actions ont été menées par ASKORIA sur les problématiques nutritionnelles de la personne âgée, et sur le droit à la vie affective et sexuelle de la personne âgée, et une action a été menée par Sports pour Tous Bretagne sur les activités physiques adaptées pour les seniors à risque de chutes.

### Au niveau départemental :

Dpt	Promoteur	Intitulé de l'action
22	Office des Retraités Briochins	Acquisition de matériel pour favoriser l'activité physique
29	Santé Bigoudène	Un parcours d'activités santé et des ateliers nutrition pour le maintien de l'autonomie et le bien-être physique, psychique et social des seniors dans le Finistère Sud (Canton de Pont l'Abbé)
	France Alzheimer 29	Cafés mémoire
	CCAS de Brest	Acquisition de matériel pédagogique favorisant l'activité physique des seniors
	Centre Social Astérie	Vieillir, oui mais en forme et citoyen !
	Activ'Sport	Bien Vieillir : Bouger, Manger
35	CIAS à l'Ouest de Rennes	Atelier de prévention santé pour les seniors isolés et les aidants familiaux, et la dyade aidants-aidés reposant sur 2 axes : une alimentation équilibrée et une activité physique adaptée dans un environnement favorisant le lien social.
56	Pôle Santé Services du Pays d'Auray	Bistrot Mémoire du Pays d'Auray
		Bien vivre et bien vieillir en conciliant plaisir de manger/bouger et santé
	Mutualité Retraite 29-56	Actions de formation / sensibilisation et d'accompagnement des professionnels des Petites Unités de Vie autour de la problématique nutritionnelle des personnes âgées fragilisées
		Action à destination directe des personnes âgées : activité physique et nutrition
	Pays de Ploërmel -Cœur de Bretagne	Action de soutien psychologique individuel et/ou collectif à destination des personnes âgées fragilisées du territoire du Pays de Ploërmel-Cœur de Bretagne
	Centres de soins Allaire Malansac	Le bien "bien vieillir" en favorisant l'activité physique, la nutrition et le soutien psychologique
Collaborer pour favoriser la nutrition des personnes âgées atteintes de troubles cognitifs à domicile		
SeSAM Bretagne	Retisser et reconstruire des liens transgénérationnels autour de la personne âgée en s'appuyant sur son domicile	

Source : Données de l'ARS Bretagne

## Taux d'équipement au 01.01.2018 en nombre de places pour 1 000 habitants de 75 ans et plus

INDICATEURS	Bretagne	Côtes-d'Armor	Finistère	Ille-et-Vilaine	Morbihan	France métropolitaine
Taux d'équipement en places dans les EHPAD	118,8	125,5	122,9	126,0	100,5	100,2
Taux d'équipement en places dans les structures non EHPAD (places en maison de retraite, résidence autonomie, USLD)	17,7	15,5	10,0	19,5	26,7	25,9
Taux d'équipement en places dans les centres de jour pour personnes âgées	0,5	0,5	0,6	0,7	0,1	0,6
Taux d'équipement en places dans les services de soins infirmiers à domicile (SSIAD + SPASAD)	19,3	24,2	18,7	19,1	15,9	20,5
Part des services dans l'offre médico-sociale pour personnes âgées (1) (%)	16,1	18,7	16,5	15,5	13,8	17,3

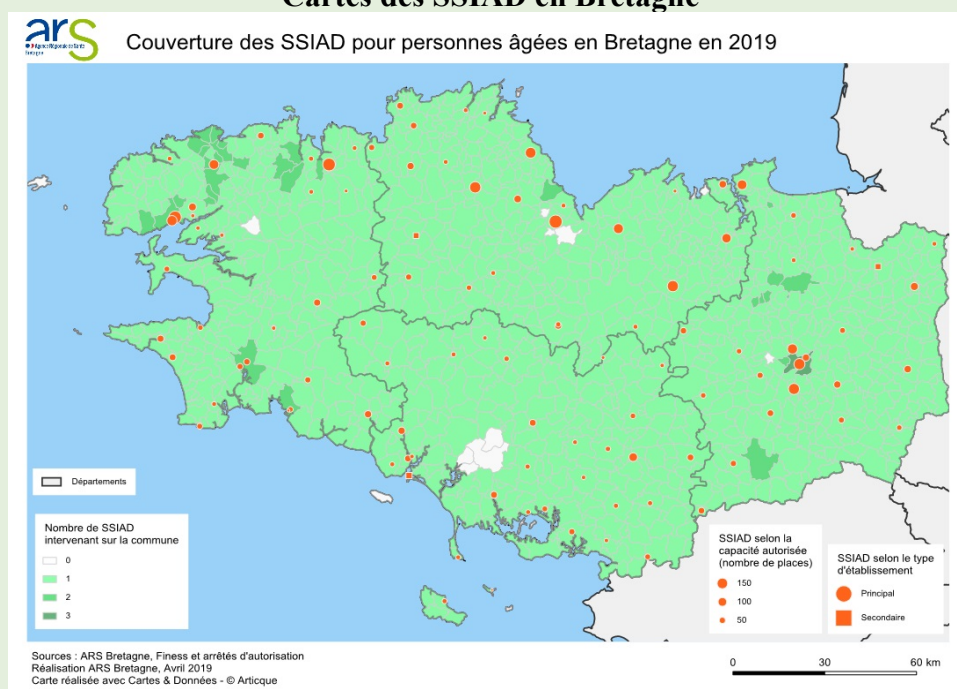
(1) Nombre de places de SSIAD, SPASAD, d'AJ et d'HT rapportées au nombre total de places d'EHPAD, d'EHPA percevant des crédits assurance maladie, de résidences autonomie, de centres d'accueil de jour, d'USLD, de SSIAD et de SPASAD

Sources : DREES, FINESS ; INSEE, estimations de population 2018

### Les services de soins infirmiers à domicile (SSIAD)

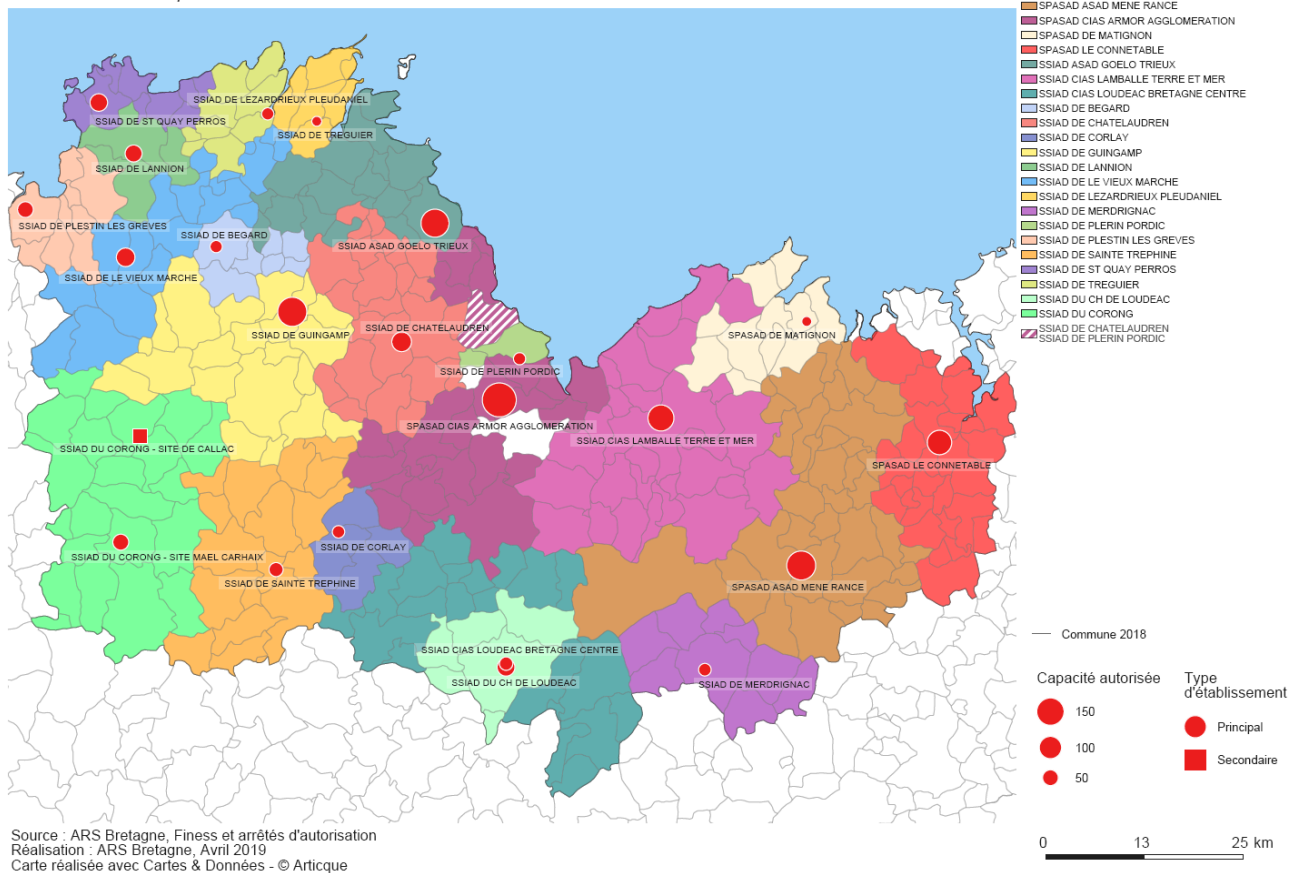
Créés en 1981, les SSIAD ont pour mission de contribuer au maintien à domicile des personnes âgées de 60 ans et plus, malades ou dépendantes, et depuis 2004, des adultes de moins de 60 ans présentant un handicap ou atteints de maladies chroniques. Ils dispensent, sur prescription médicale, des soins infirmiers et d'hygiène générale et apportent des aides à l'accomplissement des actes essentiels de la vie quotidienne. Ils permettent ainsi de prévenir ou de différer l'entrée des personnes en établissement hospitalier ou d'hébergement, ou d'écourter une hospitalisation. Les SSIAD interviennent au domicile des personnes mais aussi, plus rarement, dans des établissements non médicalisés pour personnes âgées ou pour adultes handicapés.

### Cartes des SSIAD en Bretagne



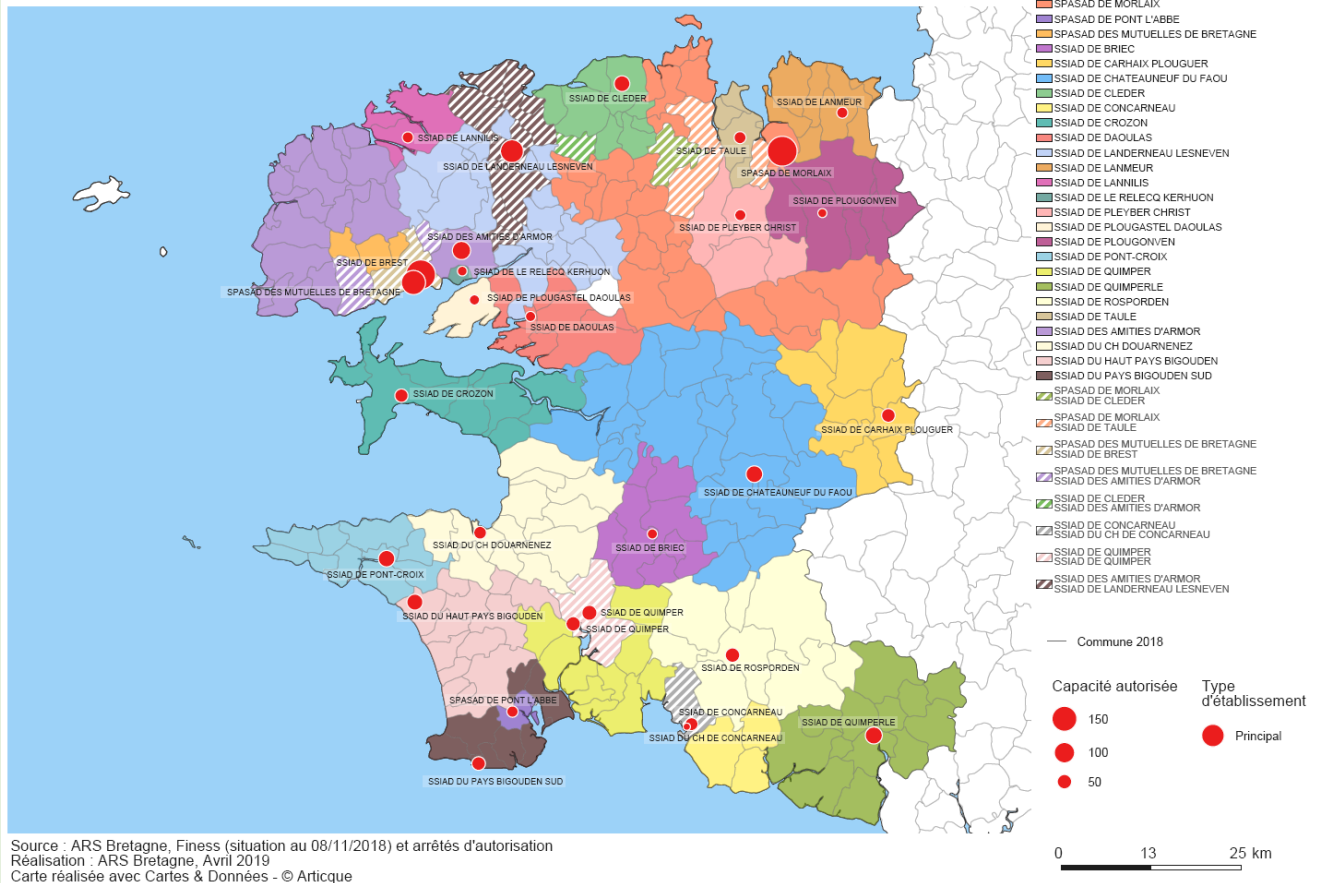
## Zones d'intervention des SSIAD pour personnes âgées en Bretagne en 2019

Département des Côtes d'Armor



## Zones d'intervention des SSIAD pour personnes âgées en Bretagne en 2019

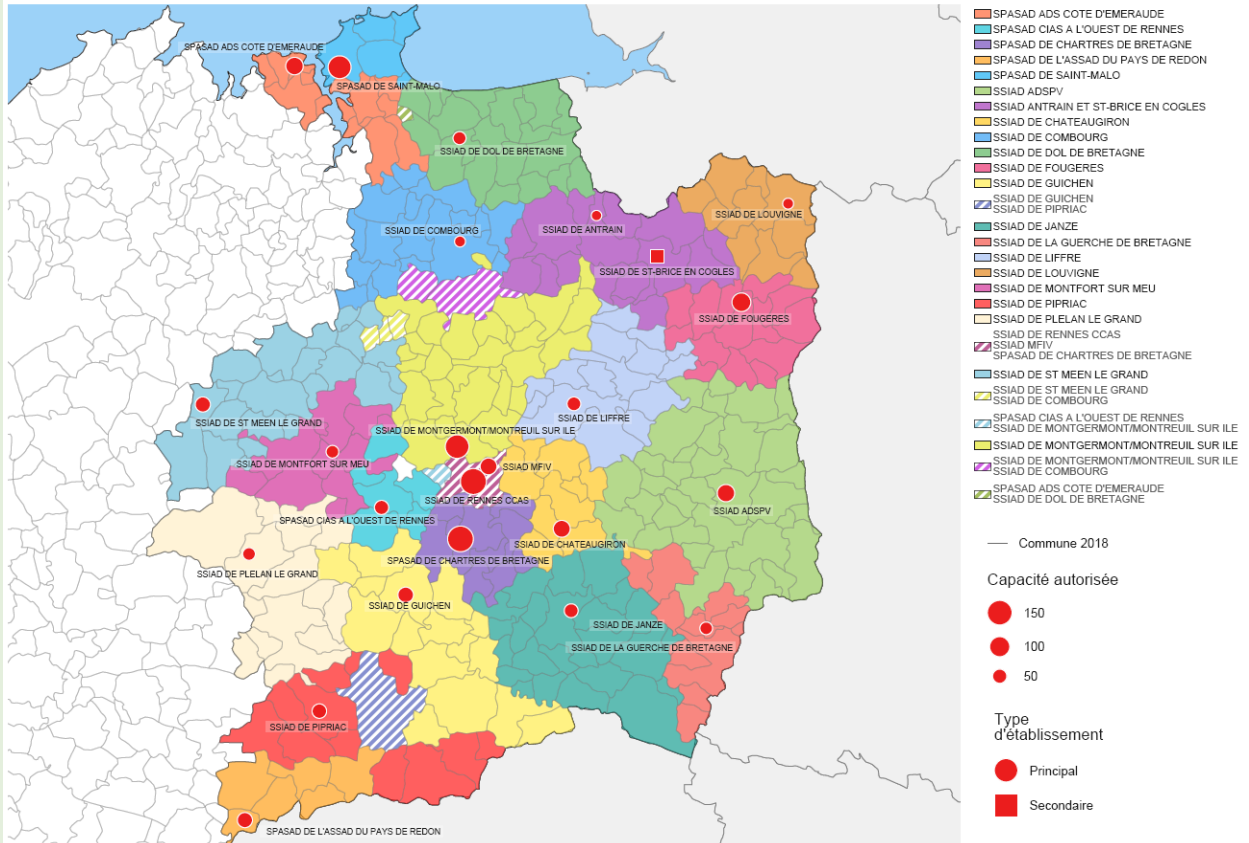
Département du Finistère





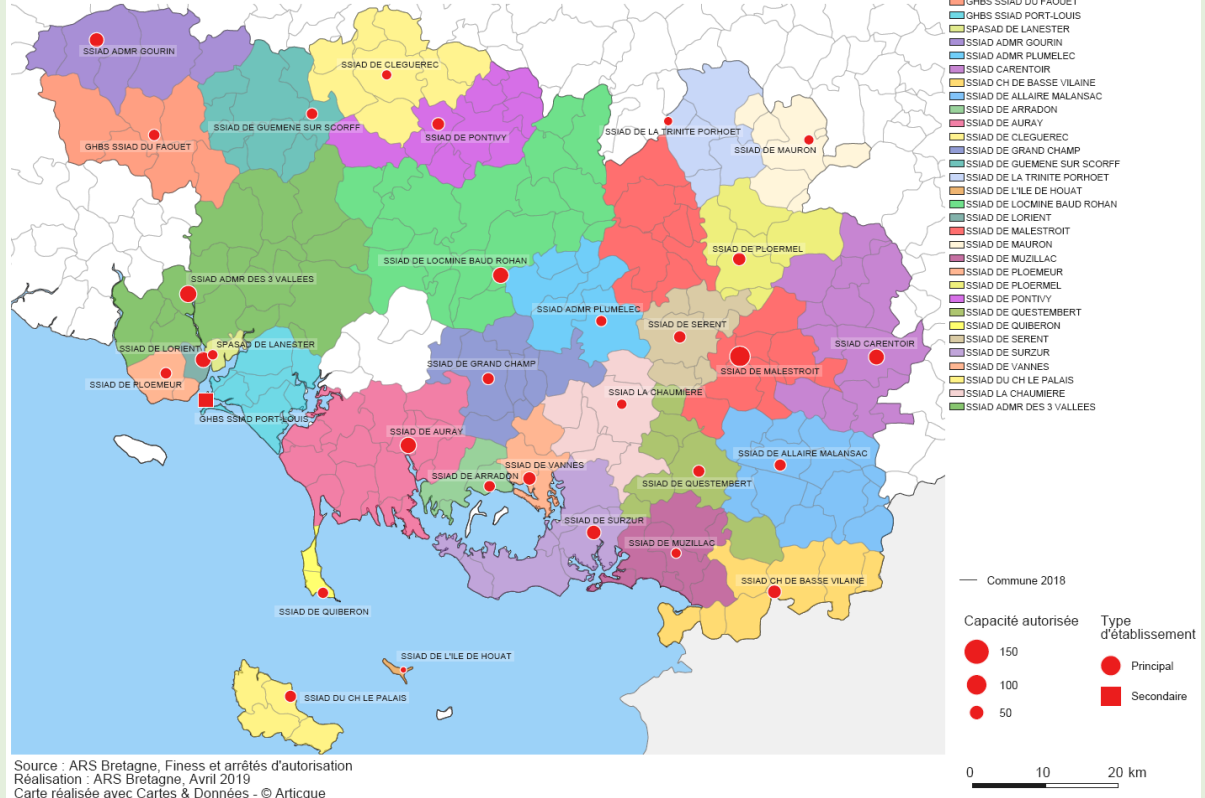
## Zones d'intervention des SSIAD pour personnes âgées en Bretagne en 2019

### Département de l'Ille-et-Vilaine



## Zones d'intervention des SSIAD pour personnes âgées en Bretagne en 2019

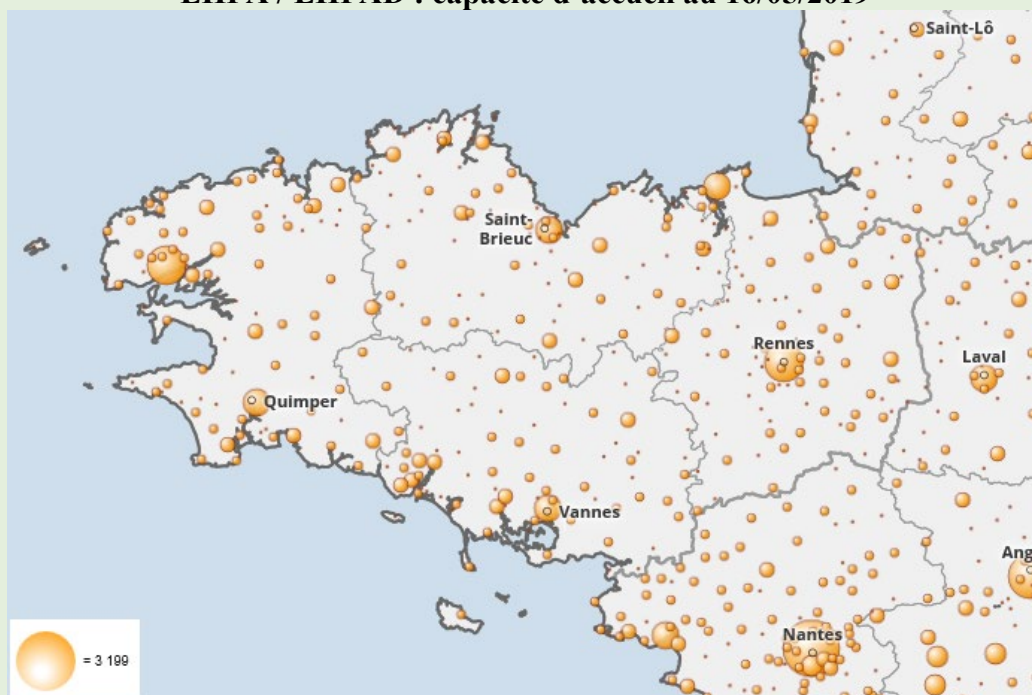
### Département du Morbihan



## Les établissements d'hébergement pour personnes âgées

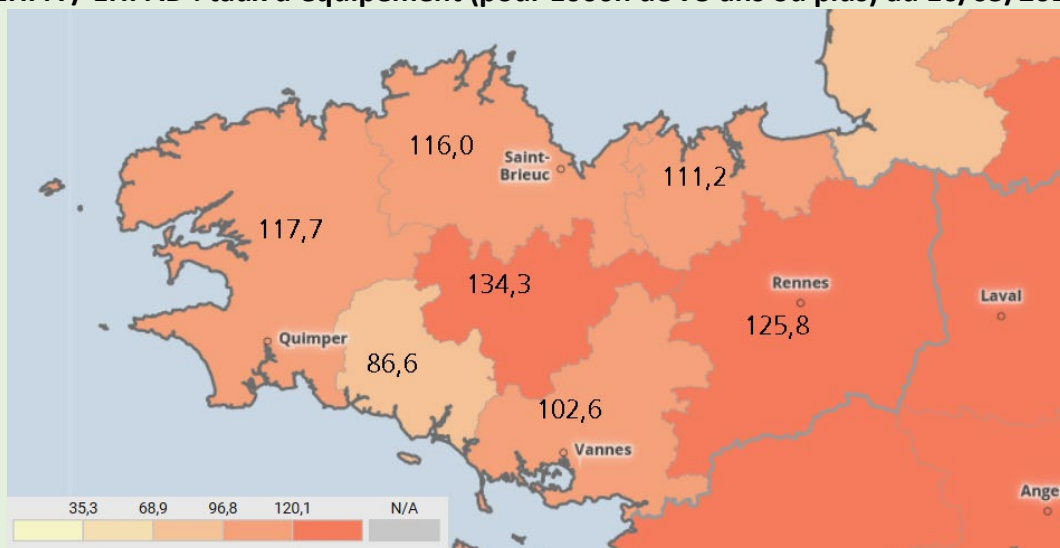
Les équipements observés sont les établissements proposant un accueil complet en hébergement permanent pour personnes âgées : les établissements d'hébergement pour personnes âgées dépendantes (EHPAD) et les établissements d'hébergement pour personnes âgées (EHPA). La capacité d'accueil (nombre de places installées) correspond au nombre de personnes âgées pouvant être hébergées en accueil complet (hébergement permanent) dans l'établissement. Le taux d'équipement, sur un territoire donné, correspond à la capacité d'accueil des établissements rapporté à la population âgée de 75 ou plus.

### EHPA / EHPAD : capacité d'accueil au 16/05/2019



La Bretagne dispose de près de 40 000 places d'EHPA et d'EHPAD.

### EHPA / EHPAD : taux d'équipement (pour 1000h de 75 ans ou plus) au 16/05/2019

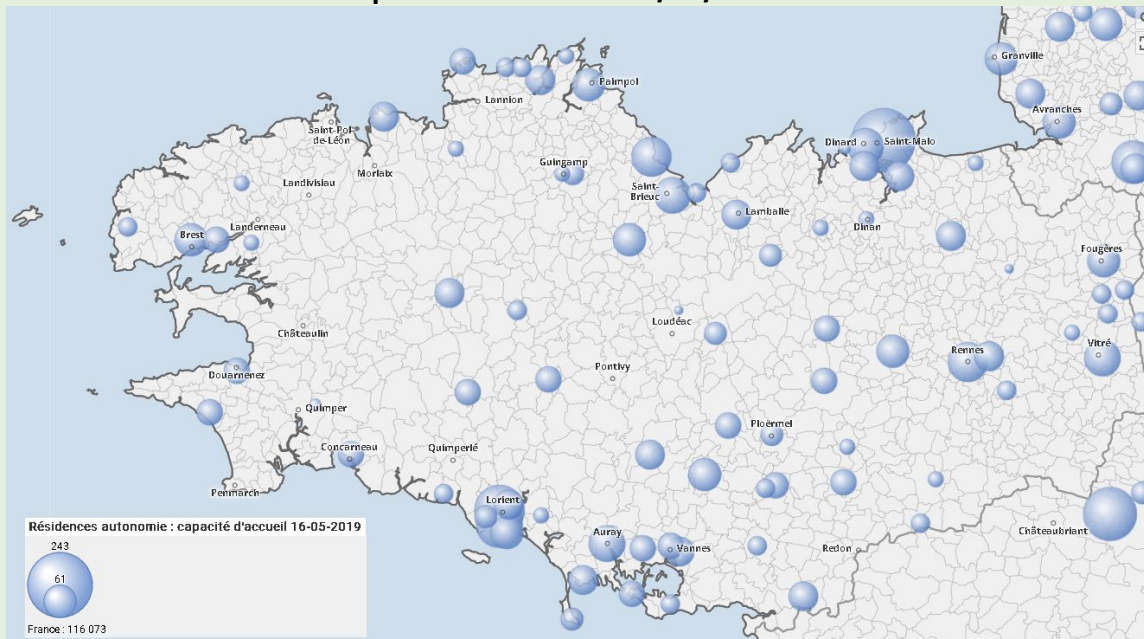


La région possède un taux d'équipement en EHPA/EHPAD (114 places pour 1 000 habitants de 75 ans et plus) plus élevé que la moyenne nationale (96 pour 1 000).

## Les résidences autonomies

Les résidences-autonomie sont des établissements médico-sociaux, elles sont enregistrées dans le répertoire Finess. Ces établissements sont soumis au régime des autorisations pour fonctionner.

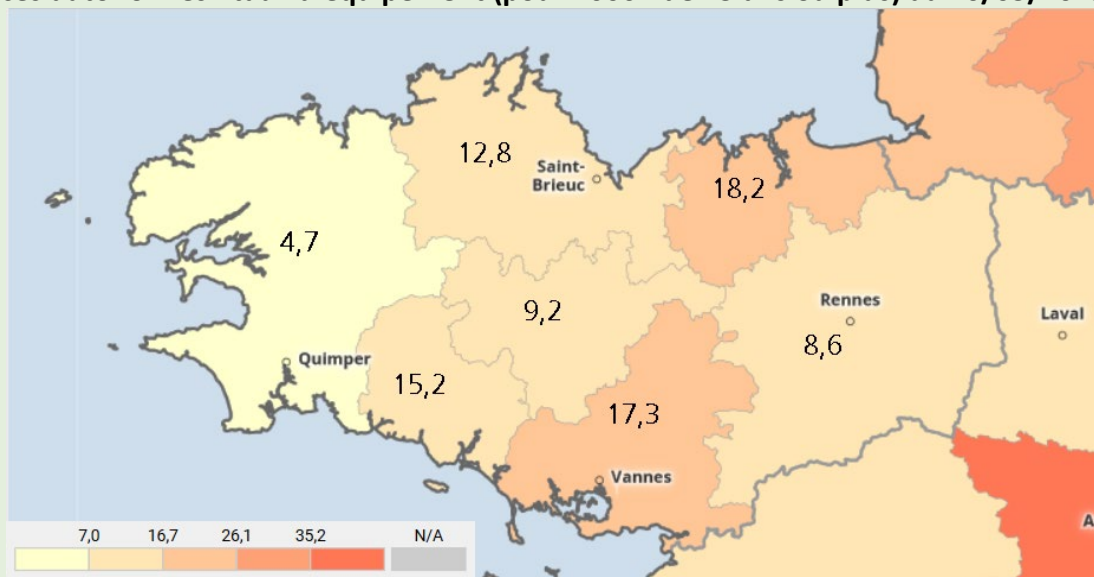
### Résidences autonomies : capacité d'accueil au 16/05/2019



Source : Sirsé - Atlasanté

La Bretagne dispose de près de 4 000 places en résidences autonomie.

### Résidences autonomies : taux d'équipement (pour 1000h de 75 ans ou plus) au 16/05/2019



Source : Sirsé - Atlasanté

La région possède un taux d'équipement en résidences autonomie (11 places pour 1 000 habitants de 75 ans et plus) plus faible que la moyenne nationale (19 pour 1 000).

**A noter :** Nous n'avons pas de données sur les résidences services, qui ne sont pas des établissements médico-sociaux. Ce sont des résidences gérées par des structures privées commerciales ou associatives. Les personnes âgées qui y vivent peuvent être propriétaires ou locataires.



**Observations - Préconisations :**

*Ces focus apportent de nombreux éléments.*

*Toutefois il st dommage de ne pas avoir les données de l'ensemble des départements comme par exemple ceux de la MDA du Morbihan en ce qui concerne la situation des droits des personnes handicapées*

## ORIENTATION III - CONFORTER LA REPRESENTATION DES USAGERS DU SYSTEME DE SANTE

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

#### Rappel cahier des charges :

##### Indicateurs/données à recueillir :

- Typologies de formations organisées pour les représentants des usagers.
- Nombre de formations réalisées.
- Nombre de personnes formées / nombre de représentants issus d'associations agréées en santé (art. L.1114-1 CSP).
- Dispositif d'information sur ces formations.

#### Les actions de formation organisées par France Assos Santé en 2018 :

##### ➤ 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 ; de mobiliser les fondamentaux de la démocratie en santé ; et d'élaborer et défendre une position d'usagers, dans une approche transversale.

→ 1 session de formation de 2 jours a réuni 14 participants, tous issus d'associations agréées.

##### ➤ Formation « Commission des usagers »

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 ; d'identifier les évolutions législatives et réglementaires ; d'identifier ce que défend le RU ; d'agir méthodiquement sur les principaux sujets de la commission ; et de se situer comme acteur de l'amélioration du système de santé.

→ 2 sessions de formation d'une journée ont réuni 35 participants, tous issus d'associations agréées.

##### ➤ 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 ; de saisir la dynamique rendant une médiation nécessaire ; de cerner le rôle du RU dans le processus de médiation ; et d'exploiter les résultats de la médiation en Commission des usagers.

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

##### ➤ Formation « Dans les territoires : les parcours des usagers »

Cette formation a été construite pour accompagner les représentants des usagers des instances de santé publique au niveau territorial.

Elle a pour objectif de permettre aux participants de comprendre les différents sens du mot « parcours » de l'utilisateur du système de santé ; de cerner les points de vigilance dans la conception, l'organisation et la mise en œuvre des « parcours » ; de mieux comprendre le cadre dans lequel s'intègre la logique du parcours ; de mieux cerner les nouvelles instances territoriales de la démocratie en santé

→ 1 session de formation d'une journée a réuni 7 participants, tous issus d'associations agréées.

➤ **Formation « Le rapport annuel de la commission des usagers »**

Tous les ans, la commission des usagers des établissements de santé transmet à l'ARS son rapport annuel d'activité via un questionnaire en ligne.

Cette formation permet d'outiller les représentants des usagers de ces commissions afin d'utiliser le rapport de la commission des usagers pour influencer la politique et le fonctionnement de l'établissement au service des usagers ; de permettre son utilisation par les instances de la démocratie sanitaire ; de comprendre les enjeux du rapport de la commission des usagers, en identifier les objectifs et les destinataires ; d'identifier les points essentiels à y faire figurer ; d'analyser les données chiffrées et les tendances qu'elles dessinent.

→ 1 session de formation d'une journée a réuni 9 participants, tous issus d'associations agréées.

➤ **Formation-action « Construire le projet des usagers en établissements de santé »**

Nouvelle disposition pour les commissions des usagers suite à la loi de modernisation du système de santé : « la commission peut proposer un projet des usagers » article 1 du décret n°2016-726 du 1er juin 2016.

Lors de cette formation-action, les représentants des usagers viennent à plusieurs d'une même commission des usagers pour travailler ensemble afin d'évaluer les conditions de faisabilité du projet des Usagers et son articulation avec le Projet d'établissement ; d'identifier les thématiques susceptibles de figurer dans le projet des usagers, être capable de les hiérarchiser ; de mobiliser l'ensemble des acteurs, associations, usagers et interlocuteurs internes ; et de co-animer la démarche : rédaction, présentation, mise en œuvre et évaluation du projet des usagers.

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

Courant 2018, 2 sessions de formations ont été annulées : « Commission des usagers » et « Devenir président de la commission des usagers ».

**Les dispositifs d'information**

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

**Observations - préconisations :**

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

*Il serait pertinent de disposer des données des unions et fédérations qui organisent aussi des formations ne serait-ce que pour les auto-représentants dans les ESMS (ces collectes restent toutefois difficiles et nécessiteraient une implication plus importante de l'ensemble des organisations ayant des représentants en CRSA).*

## ORIENTATION IV - RENFORCER LA DEMOCRATIE SANITAIRE

### OBJECTIF 15 - GARANTIR LA PARTICIPATION DES REPRESENTANTS DES USAGERS ET DES AUTRES ACTEURS DU SYSTEME DE SANTE DANS LES CONFERENCES REGIONALES DE LA SANTE ET DE L'AUTONOMIE ET LES CONSEILS TERRITORIAUX DE SANTE

#### 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 2018

L'année 2018 se caractérise par 3 séances au total.

Collège	Taux de participation 2018	Taux de participation 2017
Collège des représentants des collectivités territoriales	27,8%	35,3%
Collège des représentants des usagers de services de santé ou médico-sociaux	79,2%	82,8%
Collège des représentants des conférences de territoire	58,3%	58,3%
Collège des partenaires sociaux	44,8%	60,5%
Collège des acteurs de la cohésion et de la protection sociale	50,0%	50,0%
Collège des acteurs de la prévention et de l'éducation pour la santé	66,7%	71,9%
Collège des offreurs des services de santé	57,0%	51,6%
Collège des personnalités qualifiées	66,7%	87,5%
TOTAL (CRSA dans sa globalité)	56,4%	58,5%

Source : Données ARS Bretagne

NB : En 2017 et 2018, 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 collèges qui ont le taux de participation le plus élevé sont ceux des personnalités qualifiées et des usagers.

Le collège qui a le taux le plus faible est celui des collectivités territoriales.

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 27,0 %.

Comparé à 2017, le taux de participation a augmenté globalement, ainsi que pour le collège des usagers.

#### Observations - Préconisations :

*Ces taux de participations globaux témoignent d'une bonne santé de la démocratie en santé en Bretagne ; toutefois chaque poste comprenant un titulaire et deux suppléants, nous devrions 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.*

## Présences constatées dans les Conseils territoriaux de santé en 2018

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.

Collège	Taux de participation en 2018 (en %)									TOTAL 2018	TOTAL 2017
	Nb maximum de sièges*	Armor	Cœur de Breizh	Finistère Penn Ar Bed	Haute Bretagne	St-Malo Dinan	Lorient-Quimperlé	Brocéliande Atlantique			
Professionnels et offreurs des services de santé :											
Etablissements de santé	6	35%	29%	46%	50%	67%	63%	67%	51%	63%	
Etablissements médico-sociaux	5	67%	60%	75%	73%	80%	75%	50%	70%	79%	
Organismes de promotion de la santé, de prévention, ou en faveur de l'environnement et de la lutte contre la précarité	3	100%	89%	58%	56%	89%	42%	44%	67%	76%	
Professionnels de santé libéraux, ordre des médecins et internes	8	28%	62%	41%	43%	38%	79%	14%	45%	52%	
Modes d'exercice coordonné et coopération territoriale	5	83%	22%	50%	60%	63%	63%	100%	59%	75%	
Etablissements HAD	1	33%	33%	50%	0%	67%	50%	0%	35%	55%	
Usagers et associations d'usagers du système de santé	10	80%	46%	70%	57%	64%	59%	84%	66%	75%	
Collectivités territoriales ou de leurs groupements du territoire de démocratie sanitaire	7	65%	39%	48%	33%	62%	50%	24%	46%	55%	
Représentants de l'Etat et des organismes de sécurité sociale	3	88%	0%	17%	9%	33%	33%	56%	32%	66%	
Personnalités qualifiées choisies en raison de leurs compétences ou de leur expérience au regard des prérogatives des CTS	2	67%	50%	38%	50%	50%	63%	50%	52%	57%	
<b>TOTAL (CTS dans sa globalité)</b>	<b>50</b>	<b>64%</b>	<b>46%</b>	<b>53%</b>	<b>47%</b>	<b>61%</b>	<b>60%</b>	<b>51%</b>	<b>55%</b>	<b>65%</b>	

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 représentants des médecins libéraux, des internes et de l'ordre des médecins ont été regroupés.

### Observations - Préconisations :

Comme pour la CRSA, on note une participation très inégale en fonction des collèges, et elle diffère également selon les territoires. La participation du collège des usagers varie du simple au double (comprise entre 46 % et 84%) et est globalement moindre en 2018 par rapport à 2017.

## SYNTHESE

*Le choix reconduit cette année de confier à l'ORSB les travaux tant de collecte que de l'élaboration du rapport a permis de collecter des données non obtenues les années précédentes.*

*Toutefois il ressort que pour ces données, nous en disposons aisément pour les établissements sanitaires via les rapports annuels des CDU. En revanche, s'agissant des Etablissements et services médico sociaux, nous avons plus de difficultés à disposer de données. C'est ainsi que ne ressortent pas les manques de réponses aux besoins tant des personnes âgées que des personnes en situation de handicap.*

*De même pour le secteur du domicile et les accompagnements et appuis tant pour les personnes âgées que les personnes handicapées nous n'avons pas d'items dédiés. Il serait pertinent de l'envisager dans les rapports à venir.*

*Cette année la CSDU a pris comme position de modifier la ligne de ce rapport en y intégrant diverses thématiques sous formes de focus comme :*

- des interventions de représentants d'associations ou d'organismes siégeant dans les CDU ou dans les CVS pour éclairer les missions des CDCU et des CVS notamment sur les réclamations et les évènements indésirables ;*
- la bientraitance et le retour accéléré à domicile avec le PRADO ;*
- les besoins d'accompagnement et le soin à domicile ;*
- les personnes handicapées et la réponse accompagnée pour tous, la mise en œuvre de la RAPT, et les travaux des MDPH.*

*Il faudrait aussi veiller à ce que ce rapport annuel puisse avoir une utilité : pour cela il faut que des actions soient engagées :*

- 1. Une Communication, déjà engagée en Bretagne mais qui reste à poursuivre*
  - 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 anticiper les renouvellements, et donc les formations. Une action est déjà en cours 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. L'information sur le parcours de soins :*
  - Faire la promotion du parcours de soins auprès des usagers et préserver l'accès aux soins,*
  - Garantir la continuité des soins à la sortie d'établissement,*
  - Coordonner les soins de suite dans la continuité du parcours de soins.*
- 3. Réduire le déficit démographique des médecins généralistes, celui-ci étant au cœur du parcours de soins.*

### **• Pour l'ambulatoire**

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

*Comme en 2019, la CSDU regrette que ce rapport ne puisse apporter un regard sur les droits des personnes qui restent à leur domicile et qui font appel aux services d'aide à domicile : selon les échanges il ressort que les droits de ces personnes sont souvent ignorés.*

**• Pour le sanitaire**

*Au travers de la synthèse du rapport des CDU, on peut toutefois préciser que dans de très nombreux établissements les droits des usagers sont effectifs. Nous regrettons de ne pas avoir la possibilité de connaître les établissements non respectueux de ces droits.*

**• Pour le médico-social**

*Des ratios qui semblent satisfaisants en termes d'équipements, mais qui ne sont pas en corrélation avec les besoins recensés, et surtout les droits ouverts par les MDPH pour les personnes handicapées, ni avec la population des plus de 84 ans pour les personnes âgées.*

## **GLOSSAIRE**

AED : Assistant d'Education  
AESH : accompagnant élève en situation de handicap  
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  
CAMSP : Centre d'action Médico-Sociale Précoce  
CCI ou CRCI : Commission Régionale de Conciliation et d'Indemnisation  
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  
CMPP : Centre Médico-Psycho-Pédagogique  
CPAM : Caisse Primaire d'Assurance Maladie  
CPC : Chambre Professionnelle du Conseil  
CRA : Centre de Ressources Autisme  
CRRF : Centre de Rééducation et de Réadaptation Fonctionnelles  
CRP : Centre de Rééducation Professionnelle  
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  
DA : déficients auditifs  
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  
DV : Déficiants visuels  
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 : Établissement et Service d'Aide par le Travail  
ESMS : Etablissement et service Médico-Social  
ESPIC : établissement de santé privé d'intérêt collectif  
ETP : Education Thérapeuthique du Patient  
EVS : Emploi Vie Scolaire  
FAM : Foyer d'Accueil Médicalisé  
HAS : Haute Autorité de la Santé  
HIA : Hôpital d'Instruction des Armées  
HPST : loi « Hôpital, Patient, Santé et Territoire »  
IEM : Institut d'Education Motrice  
IME : Instituts Médico-Educatifs  
ITEP : Instituts Educatifs, Thérapeutiques et Pédagogiques  
MAS : Maisons d'Accueil Spécialisées  
MC : Maison de Convalescence  
MCO : Médecine, Chirurgie, Obstrétique  
MDA : Maison de l'autonomie  
MDPH : Maison Départementale des Personnes Handicapées  
MECS : Maison d'Enfant à Caractère Social  
MSP : Maison de Santé Pluridisciplinaire  
ONIAM : Office National d'Indemnisation des Accidents Médicaux  
OPCA : Organismes Paritaires Collecteurs Agréés  
ORSB : Observatoire régional de la santé en Bretagne  
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  
RAPT : Réponse accompagnée pour tous  
SAMSAH : Service d'Accompagnement Médico-Social pour Adultes Handicapés  
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  
SPASAD : Service Polyvalent d'Aide et de Soins à Domicile  
SSIAD : Service de Soins Infirmiers A 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  
2019

**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**