

Rapport Annuel

sur le respect des Droits des Usagers en Bretagne



année
2021



 Bretagne
Conférence Régionale de Santé et de l'Autonomie
organisée en vertu de la loi n° 2015-912 du 22 juillet 2015

SOMMAIRE

ÉDITO	3
PARTIE 1 : Données 2020 en rapport avec le cahier des charges du rapport annuel	4
ORIENTATION I - PROMOUVOIR ET FAIRE RESPECTER LES DROITS DES USAGERS	5
Objectif 1 - Former les professionnels de santé sur le respect des droits des usagers	5
Objectif 2 - Rendre effectif le processus d'évaluation sur le respect des droits des usagers.....	8
Objectif 3 - Droit au respect de la dignité de la personne : promouvoir la bientraitance	16
Objectif 4 - Droit au respect de la dignité de la personne : prendre en charge la douleur	19
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	21
Objectif 6 - Droit à l'information : permettre l'accès au dossier médical.....	24
Objectif 7 - Assurer la scolarisation des enfants handicapés en milieu ordinaire ou adapté	29
Objectif 8 - Droit des personnes détenues : assurer la confidentialité des données médicales et l'accès des personnes à leur dossier médical.....	29
Objectif 9 - Santé mentale : veiller au bon fonctionnement des commissions départementales de soins psychiatriques	30
ORIENTATION II - RENFORCER ET PRESERVER L'ACCES AUX SOINS POUR TOUS	31
Objectif 10 - Assurer l'accès aux professionnels de santé libéraux	31
Objectif 11 - Assurer financièrement l'accès aux soins	35
Objectif 12 - Assurer l'accès aux structures de prévention	36
Objectif 13 - Réduire les inégalités d'accès à la prévention, aux soins et à la prise en charge médico-sociale sur tous les territoires	38
ORIENTATION III - CONFORTER LA REPRESENTATION DES USAGERS DU SYSTEME DE SANTE	41
Objectif 14 - Former les représentants des usagers siégeant dans les instances du système de sante.....	41
ORIENTATION IV - RENFORCER LA DEMOCRATIE SANITAIRE	43
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	43
PARTIE 2 : Les droits des usagers pendant la période COVID 19	45
1 - LE FONCTIONNEMENT DES INSTANCES OU SIEGENT LES REPRESENTANTS DES USAGERS	46
Le fonctionnement des CDU dans les établissements sanitaires	46
Le fonctionnement et l'implication des CVS des Etablissements Médico sociaux pour les personnes handicapées.....	49
Le fonctionnement des CDCA pendant cette période	53
Le fonctionnement des MDPH et les CDAPH pendant cette période	57
2 - LES DIFFERES DE SOINS OU NON ACCOMPAGNEMENT DE PERSONNES AGEES OU HANDICAPEES	60
Les recours aux soins pendant la crise sanitaire	60
Les actes de médecine en téléconsultation en Bretagne en 2020 et 2021	61
3 - LA VACCINATION CONTRE LA COVID-19 EN BRETAGNE	63
4 – ILLUSTRATIONS D' ACTIONS MENEES EN BRETAGNE ET DANS NOS DEPARTEMENTS	66
Une innovation mise en place dans un ehpad : Le café Ethique	Erreur ! Signet non défini.
Enquête auprès des RU en CDU en période d'épidémie de COVID-19.....	67
La cellule ARS/usagers	66
SYNTHESE	68
GLOSSAIRE	69

ÉDITO



Ce rapport annuel sur les droits des usagers est le premier de la nouvelle mandature avec une nouvelle équipe nommée en Novembre 2021.

Malgré la conjoncture sanitaire complexe de l'année 2021, la CSDU, par le biais de son groupe de travail « rapport droits des usagers » a pu analyser et évaluer un certain nombre d'informations, de données chiffrées sur l'activité sanitaire au sein des établissements de santé et médico sociaux.

Comme dans le rapport de l'année précédente, nous avons convenu, en concertation avec le département qualité et droits des usagers, de conserver le même cadre que le précédent rapport, à savoir :

- Une première partie dite « classique » avec les items du cahier des charges (dans l'attente du nouveau cahier des charges) ;
- Une deuxième partie sur les vécus et les droits des usagers pendant la crise COVID au cours de l'année 2021.

L'élaboration de ce rapport, a été possible en s'appuyant sur les services de l'Observatoire Régional de la Santé en Bretagne (ORSB) qui nous a fourni des informations de grande qualité et aussi sur les services de l'Agence Régionale de la Santé qui, tant avec les professionnels du département qualité et droits des usagers, qu'avec ses autres services ont fourni les éléments nécessaires à l'élaboration de ce rapport.

A noter, que contrairement aux autres années, nous avons constitué un groupe de travail spécifique avec les membres volontaires de la CSDU. Ce mode de fonctionnement a permis aux membres, par le biais de réunions de travail régulières de travailler ensemble sur le contenu et l'analyse de ce rapport. Grâce à ce travail collaboratif, chacun a pu apporter sa contribution. Aussi, je souhaite remercier l'ensemble des membres de la CSDU pour leurs contributions.

Enfin, pour ce premier rapport droits des usagers de la nouvelle mandature, je tiens tout particulièrement à remercier Clélia Bassinat, Samantha Dodard, Ludovic Alaux et Hervé Goby qui nous ont permis de pouvoir travailler dans de très bonnes conditions (visio et présentiel) malgré la situation sanitaire compliquée.

Pascal ROYER

Président de la CSDU Bretagne
Vice-Président de la CRSA Bretagne



PARTIE 1 :

**Données 2020 en rapport avec
le cahier des charges du
rapport annuel**

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 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.

Cette année nous n'avons pas sollicité l'ANFH.

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.

La CDU doit se réunir au moins une fois par trimestre et aussi souvent que nécessaire pour procéder à l'examen des plaintes et réclamations qui lui sont transmises.

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 avec près de 82% des postes pourvus au niveau régional parmi les 436 postes à pourvoir.

Données issues du rapport des CDU :

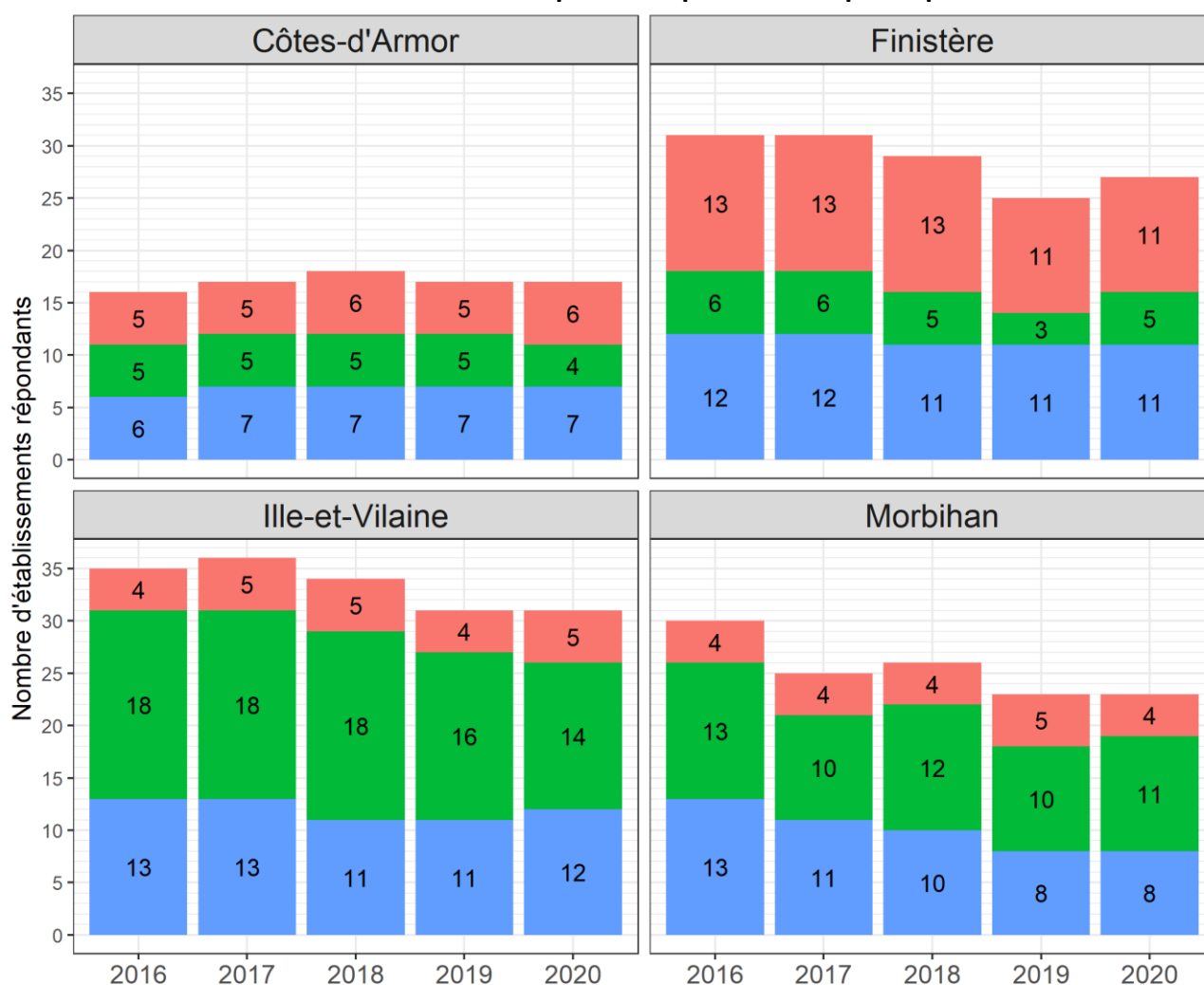
Les données présentées ci-après sont issues de la synthèse des rapports annuels des CDU.

Pour la synthèse 2020, sur les 109 établissements sollicités, 98 (90 %) établissements ont répondu au questionnaire. Le taux de retour est similaire à l'année précédente (89 %). Il y a une diminution par rapport aux 3 années qui précédaient (96 %). Il y a probablement un effet de la crise sanitaire.

Au niveau géographique : 31 sont situés en Ille-et-Vilaine, 27 dans le Finistère, 23 dans le Morbihan et 17 dans les Côtes-d'Armor.

Concernant le statut des établissements répondants : 38 sont des établissements publics, 34 des établissements privés à but non lucratif et 26 des établissements privés à but lucratif.

Evolution du nombre d'établissements répondants par statut et par département de 2016 à 2020



■ Privé à but lucratif ■ Privé à but non lucratif ■ Public

Source : Synthèse des rapports des CDU 2020 - Exploitation ORS Bretagne

Dans le Morbihan, la diminution de participation concerne principalement les établissements publics (13 en 2016 et 8 en 2020), et dans une moindre mesure les établissements privés à but non lucratif.

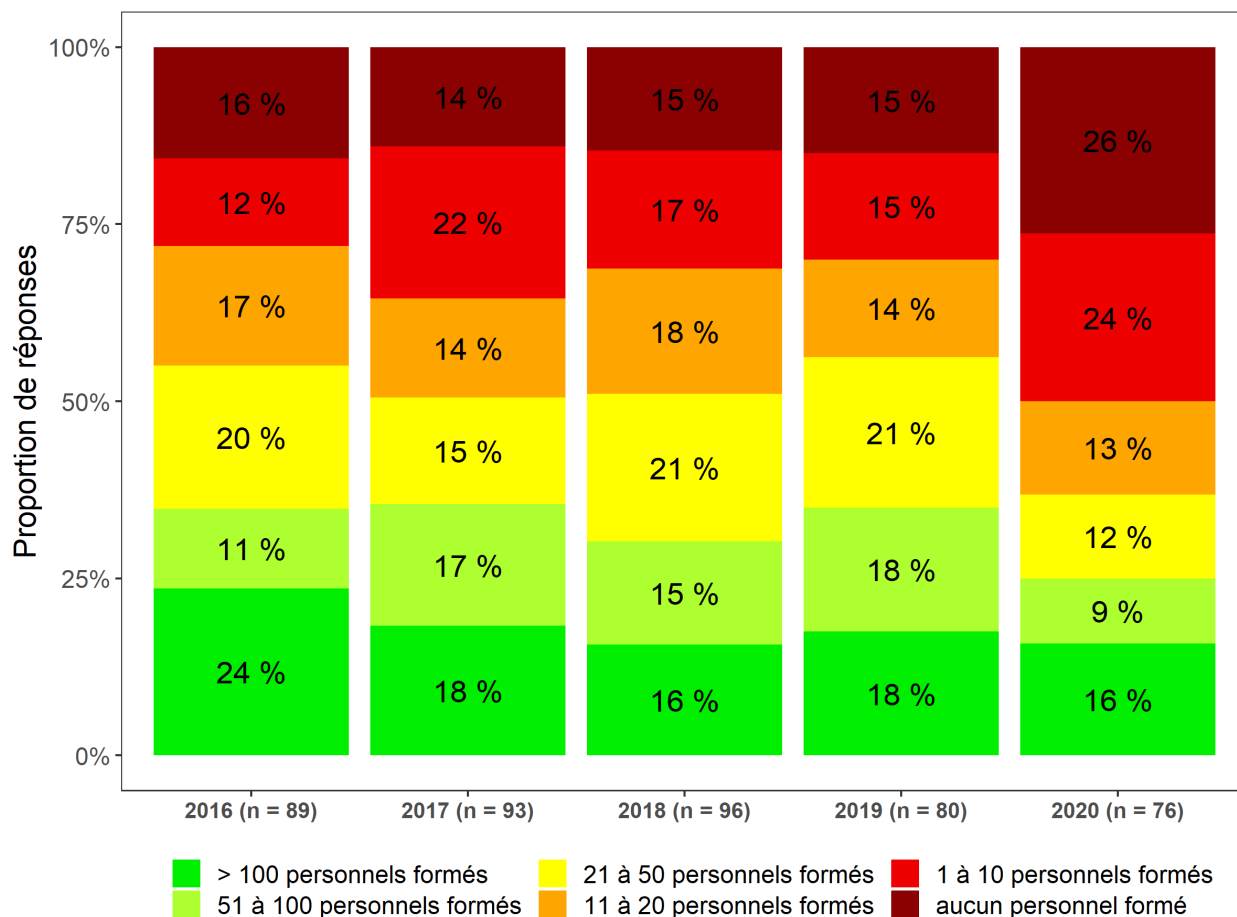
En Ille-et-Vilaine, il y a surtout une diminution de participation des établissements privés à but non lucratif (18 en 2016, 14 en 2020).

Dans le Finistère, il y a une légère diminution de participation qui concerne tous les types d'établissement. Quant aux Côtes-d'Armor, il y a moins d'établissements que dans les autres départements, mais le taux de réponse est stable.

En 2020, sur les 98 établissements répondants, 22 n'ont pas renseigné de nombre de personnes formées aux droits des usagers.

En 2020, par rapport aux années précédentes, il y a eu une forte augmentation de la proportion d'établissements qui ont déclaré moins de 10 personnes formées (50 % contre 30 % en 2019), dont 26 % déclarent aucun personnel formé (contre 15 % les années précédentes).

Evolution du nombre de personnes formées aux droits des usagers par établissement de 2016 à 2020



Source : Synthèse des rapports des CDU 2020 - Exploitation ORS Bretagne

Les thèmes des formations sont, par ordre décroissant :

- Prise en charge de la douleur (86 % des 56 établissements qui ont déclaré au moins 1 personnel formé),
- Promotion de la bienveillance (77 %),
- Rédaction de directives anticipées (57 %),
- Personne de confiance (54 %),
- Accès au dossier médical (46 %),
- Respect des croyances et convictions (32 %),
- Organisation de la démocratie sanitaire (23 %).

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

Observations - Préconisations : On ne peut que regretter l'augmentation trop importante des établissements qui ont déclaré moins de 10 personnes formées (50%). Autre mauvais constat : 26% des établissements n'ont formé aucun personnel contre 15% les années précédentes. Cette différence est sans doute liée à la crise sanitaire mais elle ne peut pas tout expliquer.

Il pourrait être envisagé de s'appuyer sur l'expérience des représentants des usagers pour former les professionnels sur les droits des usagers (formations internes...).

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

• Champ ambulatoire

Rappel cahier des charges

Indicateurs/données à recueillir : par courrier du 20 décembre 2012, la DGOS a saisi les ordres nationaux des professionnels de santé (médecins, chirurgiens-dentistes, infirmiers, pharmaciens), afin d'identifier s'ils disposent d'un processus de traitement des plaintes, comportant des données régionales, et en particulier sur certaines thématiques (maltraitance, accès au dossier médical, refus de soins pour prestataires CMU-AME).

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.

Nombre de plaintes transmises aux instances disciplinaires des ordres régionaux des professionnels de santé

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		
	2018	2019	2020	2018	2019	2020	2018	2019	2020	2018	2019	2020
Ordre régional des médecins	15	9	13	13	1	4	1	0	0	29	10	17
Ordre régional des chirurgiens-dentistes	4	1	0	2	1	2	1	0	0	7	2	2
Ordre régional des infirmiers	2	1	0	0	0	0	0	0	0	2	1	0
Ordre régional des masseurs-kinésithérapeutes	nd	1*	1	nd	0	0	nd	0	0	nd	1	1
Total	21	12	14	15	2	6	2	0	0	38	14	20

nd : données non disponibles

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

Source : Données collectées par l'ORS Bretagne

*Donnée non transmise lors de la rédaction du rapport droits des usagers 2020

Les réclamations écrites reçues par les conseils département ne sont pas pris en compte dans ce tableau, il s'agit seulement des plaintes transmises aux instances disciplinaires.

En 2020, davantage de plaintes en lien avec la bientraitance et l'accès au dossier médical ont été transmises aux instances disciplinaires qu'en 2019.

En 2019 et 2020, ils ne déclarent aucune plainte concernant le refus de soins de patients AME/CMU.

L'ordre régional des pharmaciens n'est pas concerné par ces motifs de plaintes.

Observations - Préconisations : On observe une augmentation des plaintes reçues en 2020 par rapport à 2019 : 20 contre 14. Cela concerne principalement l'ordre des médecins : 17 contre 10 et surtout dans le domaine de la bienveillance.

On peut se demander si les patients connaissent ce processus de saisir les conseils des Ordres.

Cette information pourrait s'appuyer sur la plaquette éditée en novembre 2021 par France Assos Santé en collaboration avec FHP Bretagne, FHF Bretagne, l'ARS Bretagne et la CRSA Bretagne.

Champ sanitaire

Rappel cahier des charges

Indicateurs/données à recueillir : ici doit être renseigné d'une part, les résultats issus des rapports de certification HAS à la suite des 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 HAS a évolué vers la certification V2020, qui a débuté au second semestre 2020 avec la mise à disposition par la HAS d'un nouveau référentiel. 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 ».

Données issues du rapport des CDU :

Les Représentants des Usagers (RU) en CDU

Sur les 196 RU attendus pour les 98 établissements répondants, 193 titulaires (tous ont au moins 1 RU titulaire, et 96 ont 2 RU titulaires) 158 suppléants (68 établissements ont 2 RU suppléants, 22 ont un RU suppléant et 8 établissements n'ont aucun RU suppléant) ont été nommés.

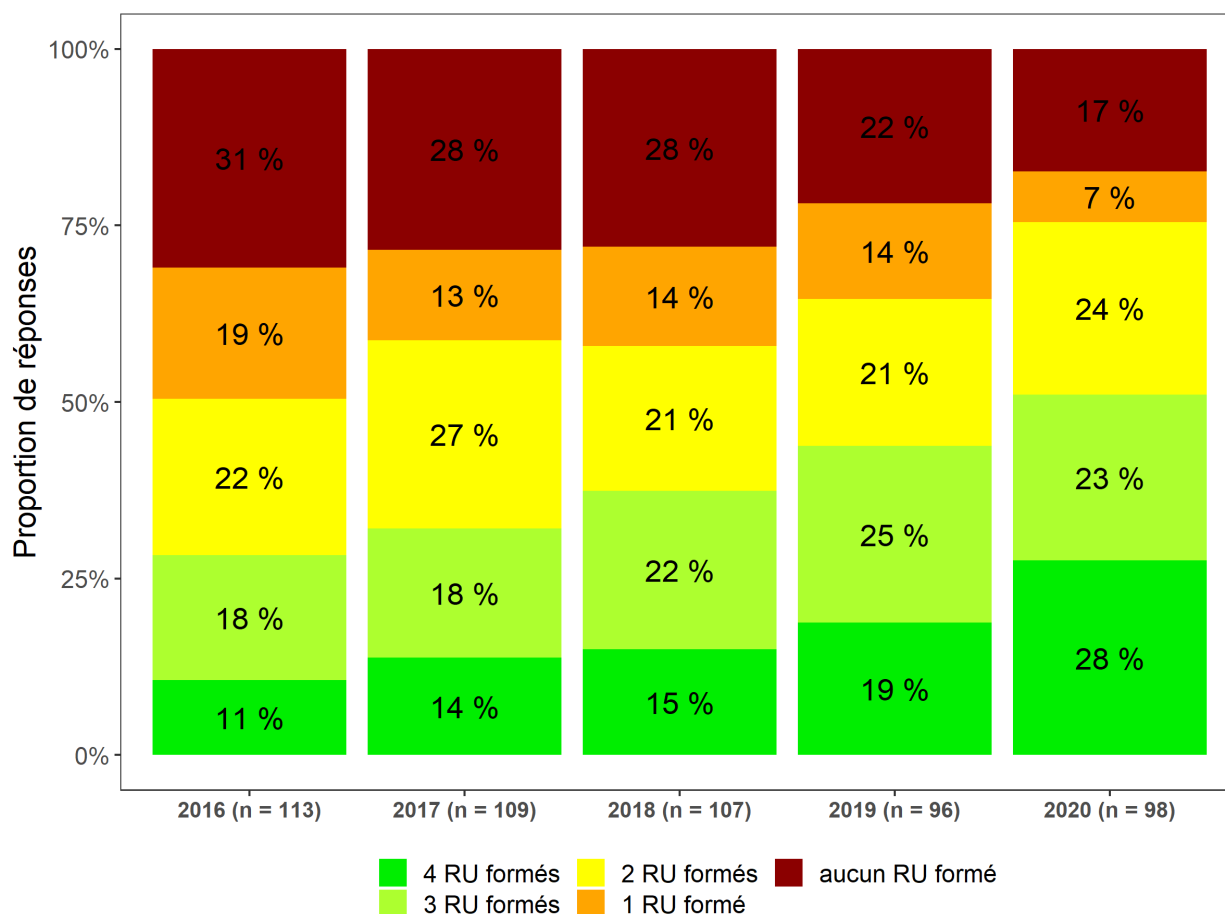
Parmi les 98 établissements répondants, 72 présentent un taux de participation des RU en CDU d'au moins 90 % (dont 69 ont 100 % de participation). Deux établissements présentent un taux de participation de 50 %.

Formation des RU

Parmi les 351 RU (titulaires et suppléants) des 98 CDU des établissements bretons répondants, 232 (66 %) ont reçu une formation sur le fonctionnement de la CDU, proportion qui monte à 70 % pour les 193 RU titulaires. Une formation de base obligatoire est imposée depuis 2016 aux RU nouvellement désignés 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 98 établissements, 27 déclarent avoir leurs 4 RU formés, 23 déclarent 3 RU formés, 24 déclarent 2 RU formés, 7 déclarent 1 RU formé et 17 établissements n'auraient aucun RU formé dans leur CDU. Par rapport aux années précédentes, il y a une augmentation de la proportion d'établissements qui ont 3 ou 4 RU formés (51 % en 2020 contre 29 % en 2016, cf graphique ci-après). Pour les RU titulaires, cela revient à 58 établissements avec les 2 RU titulaires formés, 19 établissements avec 1 RU titulaire formé et 21 établissements sans RU titulaire formé.

Evolution du nombre de RU formés par établissement de 2016 à 2020



Source : Synthèse des rapports des CDU 2020

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 (61 % des 98 établissements répondants en 2020),
- Conseil de surveillance (42 %),
- Comité de Liaison Alimentation et Nutrition (41 %),
- Comité de Lutte contre la Douleur (35 %),
- Coordination des vigilances et risques sanitaires (23 %),
- Commission Médicale d'Etablissement (3 %),
- Comité d'Hygiène, de Sécurité et des Conditions de Travail (1 %).

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 98 CDU des établissements répondants, tous ont déclaré la présence d'un représentant légal de l'établissement titulaire (dont 22 sont formés). Deux établissements n'ont pas de médiateur médical titulaire (30 formés sur 96), deux établissements n'ont pas de responsable qualité titulaire (30 formés sur 96) et quatre n'ont pas de médiateur non médical titulaire (26 formés sur 94). Au total, 28% des membres titulaires ont reçu une formation sur le fonctionnement de la CDU.

Parmi les 98 établissements répondants, 39 ont un taux de participation des autres membres de la CDU d'au moins 90 % (dont 27 ont 100 % de participation). Sept établissements présentent un taux de participation inférieur ou égal à 50 %.

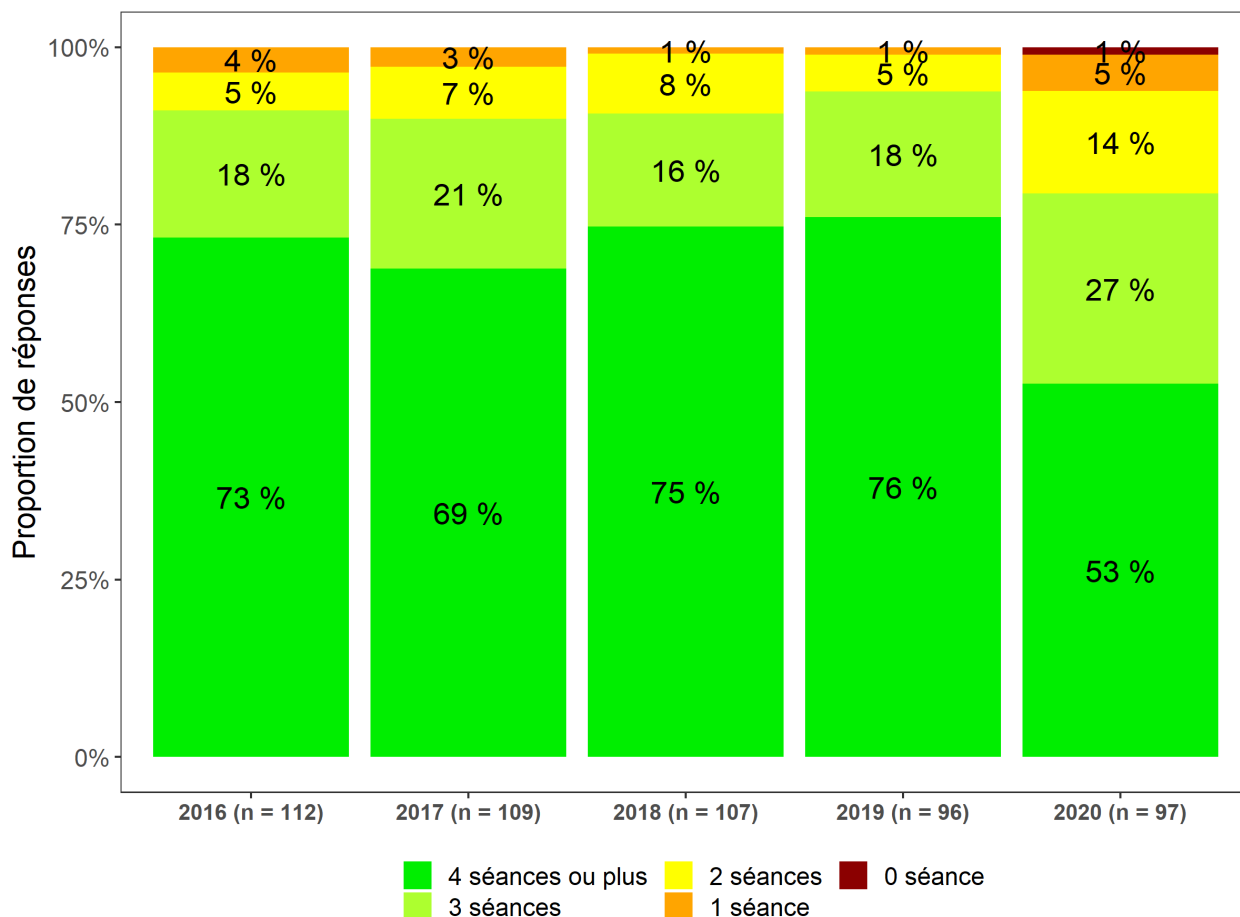
Nombre de réunions organisées

En 2020, un établissement n'a pas indiqué le nombre de réunion de la CDU.

Parmi les 97 établissements qui ont répondu sur le nombre de réunions organisées en 2020 :

- 20 % des établissements ont réuni la CDU 2 fois ou moins dans l'année (contre moins de 10 % les années précédentes)
- Environ la moitié des établissements ont réuni la CDU au moins 4 fois en 2020. C'est beaucoup moins que les années précédentes, où ce taux était proche de 75 %
- Un établissement a indiqué qu'aucune réunion de la CDU n'a eu lieu au cours de l'année

Evolution du nombre de réunions annuelles de la CDU par établissement de 2016 à 2020



Source : Synthèse des rapports des CDU 2020

Rédaction du rapport annuel

Sur les 98 établissements répondants, 77 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 67 établissements des 98 établissements répondants.

Processus de traitement des réclamations

Tous les répondants déclarent qu'une procédure de traitement des réclamations existe dans leur établissement et la quasi-totalité, à l'exception de deux établissements, déclarent qu'il existe un dispositif d'information sur la procédure à destination des usagers.

Concernant les réclamations écrites, 11 établissements déclarent n'avoir reçu aucune réclamation écrite et 3 n'ont pas répondu à la question. Les 95 établissements répondants rapportent un total de 3 282 réclamations écrites. La médiane est de 9 réclamations par établissement, avec un maximum de 419 réclamations écrites pour un établissement.

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

Le taux médian de réclamations déclarées (tous motifs confondus) rapportées au nombre d'hospitalisations est de 2 réclamations pour 1 000 hospitalisations.

Médianes des délais de traitement des réclamations en 2019 et 2020

	2019	2020
Délai moyen	10 jours	12 jours
Délai maximum	28 jours	30 jours

Source : Données issues du rapport des CDU 2020

Parmi les 85 établissements répondants en 2020, la moitié a déclaré un délai moyen de traitement des réclamations de 12 jours et un délai maximal qui n'excède pas 30 jours.

La médiation

La médiation a pour objectif de mieux comprendre l'objet d'une réclamation, en recherchant 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.

Parmi les 86 établissements répondants à la question, 56 établissements ont proposé au moins une médiation (contre 53 en 2019 et 48 en 2018), pour un total de 454 propositions de médiations. Parmi elles, 195 (43 %) ont été réalisées au cours de l'année 2020.

Observations - Préconisations : Le nombre de RU formé reste insuffisant même si l'on constate une augmentation au fil des années.

On constate qu'il y a eu une baisse du nombre de réunions en cette année liée à la crise sanitaire qui souligne que la règle des 4 réunions de la CDU n'a pas été respectée dans 50% des établissements. Peu d'évolutions sur le fait d'associer les RU à la rédaction du rapport annuel, (77 établissements sur 98).

A noter qu'un guide de bonnes pratiques sur le bon fonctionnement des instances (CDU, CVS) pendant la crise sanitaire a été diffusé à destination de toutes les directions des établissements. Celui-ci avait été travaillé par un groupe de travail régional ARS/CRSA/ France Assos Santé/FHP/FHF....

Malgré la crise sanitaire, les propositions de médiation ont été maintenues et on constate qu'elles sont en légère augmentation.

• Champ médico-social

Rappel cahier des charges

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

La loi du 2 janvier 2002 a placé les droits des usagers au cœur du fonctionnement des établissements sociaux et médico-sociaux. Parmi les outils de cette loi se trouve le CVS : une instance qui vise à associer les usagers au fonctionnement des établissements. Le CVS est élu 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, il est présidé par un membre représentant les personnes accueillies.

Le CVS donne son avis et fait des propositions sur toutes les questions liées au fonctionnement de l'établissement. 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.

L'ARS a souhaité mener une étude à l'automne 2020 pour décrire et analyser le fonctionnement effectif des CVS Bretons. Ce travail a été confié au CREAÏ Bretagne qui a réalisé une enquête auprès de l'ensemble des ESMS de la région, puis procédé à l'exploitation et l'analyse des données en 2021. Les résultats de l'enquête et de son analyse ont fait l'objet d'une présentation par l'ARS Bretagne et le CREAI en 2022.

A cette occasion, une synthèse de l'étude a été réalisée pour présenter les résultats de l'enquête à l'ensemble des acteurs en fonction du public accueilli : établissements ou services accueillant des enfants ou des adultes en situation de handicap et établissements hébergeant des personnes âgées dépendantes. En complément de cette synthèse, 3 capsules vidéo spécifiques à chaque public ont été produites pour expliquer le fonctionnement d'un CVS, les difficultés rencontrées et les besoins identifiés pour les personnes accompagnées.

Au moment de la rédaction du présent rapport annuel 2021, le CREAI Bretagne appui l'ARS Bretagne dans la formalisation des préconisations qui découlent des constats de cette étude. Ces préconisations prévues pour la fin du 1er semestre 2022 se traduiront par un ensemble d'actions, de mesures organisationnelles ou d'accompagnement, actuellement en cours de co-construction avec des participants à l'enquête. Leur mise en œuvre progressive à compter du 2nd semestre 2022 permettra une amélioration du fonctionnement de ces instances qui agissent pour la qualité des prises en charge.

Ces préconisations se traduiront par un ensemble d'actions, de mesures organisationnelles ou d'accompagnement, actuellement en cours de co-construction avec des participants à l'enquête. Leur mise en œuvre progressive à compter du 2nd semestre 2022 permettra une amélioration du fonctionnement de ces instances qui agissent pour la qualité des prises en charge.

Observations - Préconisations :

Pour la première fois une enquête régionale a été réalisée et nous permet d'avoir une vision du fonctionnement des CVS.

Aujourd'hui il est nécessaire que les représentants du CVS (direction et représentants des résidents et des familles) soient formés sur le fonctionnement du CVS.

Il semblerait intéressant de s'inspirer du fonctionnement des commissions des usagers pour l'organisation des CVS pour impulser une nouvelle dynamique et lever les freins que sont la communication, le manque de formation, la représentativité des résidents et le lien affectif des familles...

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.

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.

Nombre de plaintes transmises aux instances disciplinaires des ordres régionaux des professionnels de santé concernant la bientraitance

Conseils régionaux	Côtes-d'Armor		Finistère		Ille-et-Vilaine		Morbihan		Total	
	2019	2020	2019	2020	2019	2020	2019	2020	2019	2020
Ordre régional des médecins	9	12	0	1	0	0	0	0	9	13
Ordre régional des chirurgiens-dentistes	0	0	1	0	0	0	0	0	1	0
Ordre régional des infirmiers	0	0	0	0	0	0	1	0	1	0
Ordre régional des masseurs-kinésithérapeutes	1	1	0	0	0	0	0	0	1*	1

nd : données non disponibles

Source : Données collectées par l'ORS Bretagne auprès des Ordres régionaux des professionnels de santé

*Donnée non transmise lors de la rédaction du rapport droits des usagers 2020

Le conseil départemental de l'Ordre des médecins des Côtes d'Armor est celui qui rapporte la majorité des plaintes reçues concernant la bientraitance.

Observations - Préconisations : On peut s'interroger sur les chiffres des Côtes d'Armor et se demander si cela est lié au confinement.

Le peu de chiffre ne permet pas de tirer des conclusions ni des préconisations.

Il est important que la plaquette réalisée par France Assos Santé, l'ARS Bretagne et les Fédérations Hospitalières soit largement diffusée au grand public. Cette plaquette a pour objectif d'accompagner, informer, et aider les usagers à s'orienter dans le système de santé.

• 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.

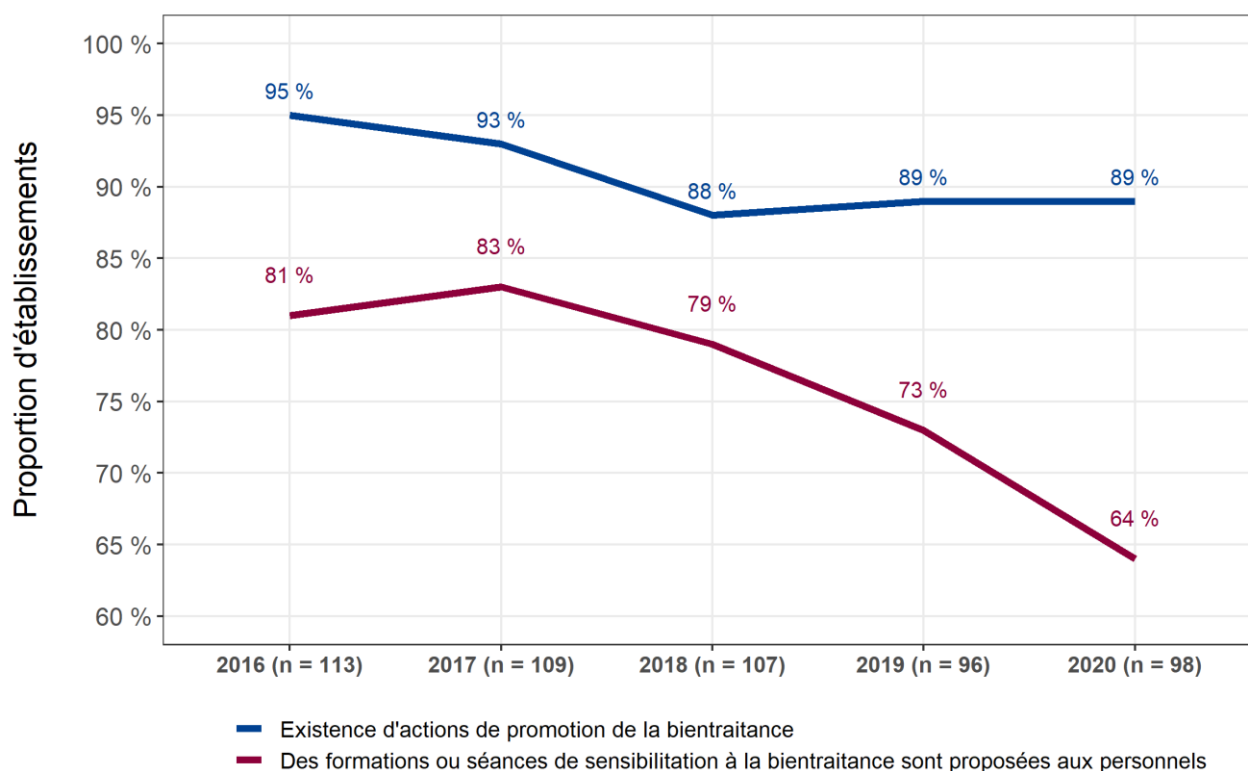
Données issues du rapport des CDU :

Promotion de la bientraitance dans les établissements

Parmi les 98 établissements répondants en 2020, 89 % établissements affirment avoir mis en place des actions de promotion de la bientraitance et 64 % des formations ou séances de sensibilisation à la bientraitance.

Depuis plusieurs années il y a une diminution de la part des établissements qui proposent des formations ou séances de sensibilisation à la bientraitance aux personnels (83 % en 2017 et 64 % en 2020).

Evolution des indicateurs en lien avec la bientraitance de 2016 à 2020



Source : Synthèse des rapports des CDU 2020

Le nombre de séances annuelles de sensibilisation à la bientraitance n'apparaît plus dans le rapport parce qu'il y a trop d'établissement non répondant à cette question.

Nombre de réclamations et médiations pour maltraitance

En 2020, les établissements ont déclaré 14 réclamations pour le motif de maltraitance, dont 1 a donné lieu à une médiation.

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

Par ailleurs, 57 établissements indiquent que des EPP ont été réalisées sur la thématique du respect des droits des usagers. Parmi ces 57 établissements, la majorité déclare avoir réalisé 1 à 3 EPP sur une thématique du respect des droits des usagers en 2020.

Observations - Préconisations : Nous constatons une baisse du nombre de personnels formés sur la bientraitance depuis plusieurs années. Cependant, on ne peut pas imputer cette baisse à la crise COVID car les chiffres sont en baisse depuis 2018.

Il est nécessaire d'impulser une dynamique sur la bientraitance (formations, groupes de réflexion, charte...) auprès des professionnels car c'est un sujet qui a pu être mis de côté pendant la crise sanitaire.

On ne peut qu'encourager la démarche de sensibilisation et la mise en place des évaluations des pratiques professionnelles (EPP).

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.

Il n'y a plus de données de la HAS pour cet item.

Données issues du rapport des CDU :

En 2020, parmi les 98 établissements répondants, 96 affirment avoir une procédure d'information des usagers sur la prise en charge de la douleur.

Pour ces 96 établissements, les modalités d'information des usagers sont :

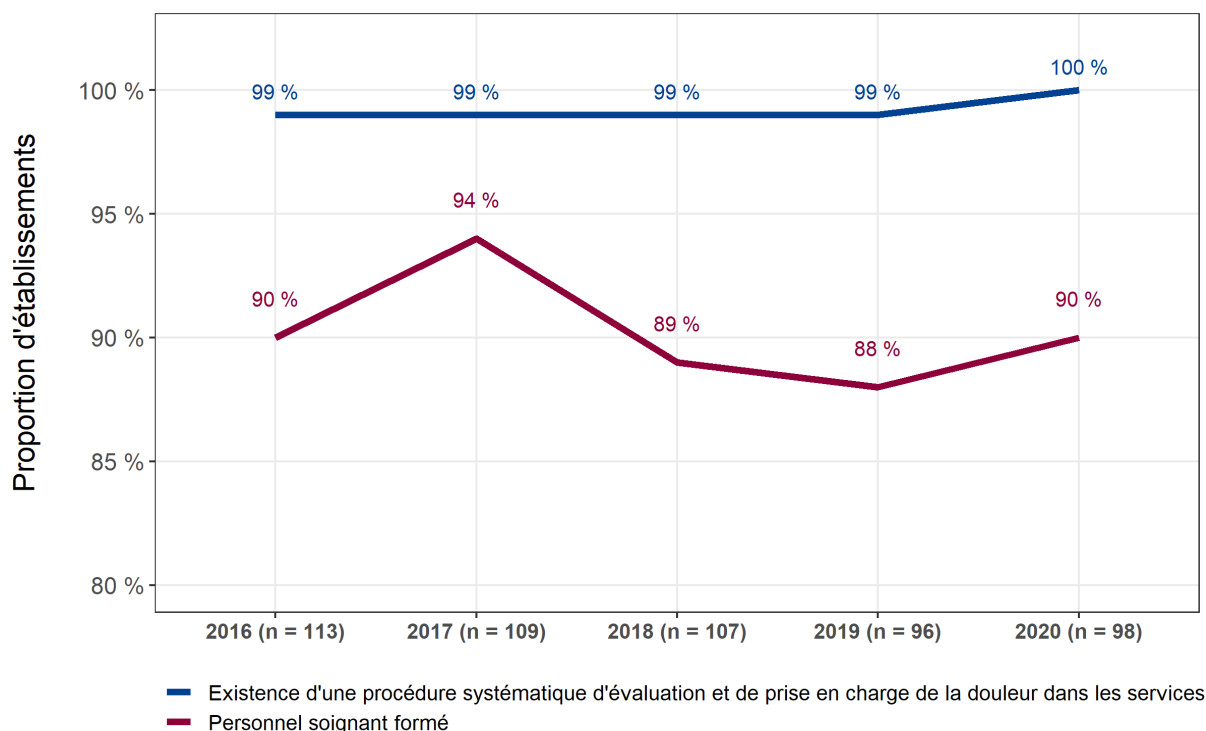
- Affichage ou livret d'accueil (94 %),
- La désignation d'une personne référente au sein du personnel (56 %),
- La procédure d'accueil ou d'entrée dans l'établissement (53 %),
- La mise en place de permanences pour l'information des usagers (4 %),
- D'autres modalités d'information (25 %).

Les 98 établissements répondants déclarent l'existence d'une procédure systématique d'évaluation et de prise en charge de la douleur dans les services.

En 2020, quant à la formation du personnel soignant à la prise en charge de la douleur :

- 88 déclarent que le personnel soignant est formé sur la prise en charge de la douleur
- 7 ont répondu que le personnel soignant n'était pas formé
- 3 établissements n'ont pas répondu

Evolution des indicateurs en lien avec à la prise en charge de la douleur de 2016 à 2020



Source : Synthèse des rapports des CDU 2020

Ces indicateurs en lien avec la prise en charge de la douleur sont stables par rapport aux années précédentes.

En 2020, les établissements ont déclaré 57 réclamations pour le motif de la prise en charge de la douleur, dont 5 ont donné lieu à une médiation.

Observations - Préconisations : Les actions de prise en charge de la douleur sont à poursuivre et il faut maintenir, voir intensifier, les actions d'information et de formation des professionnels.

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 :

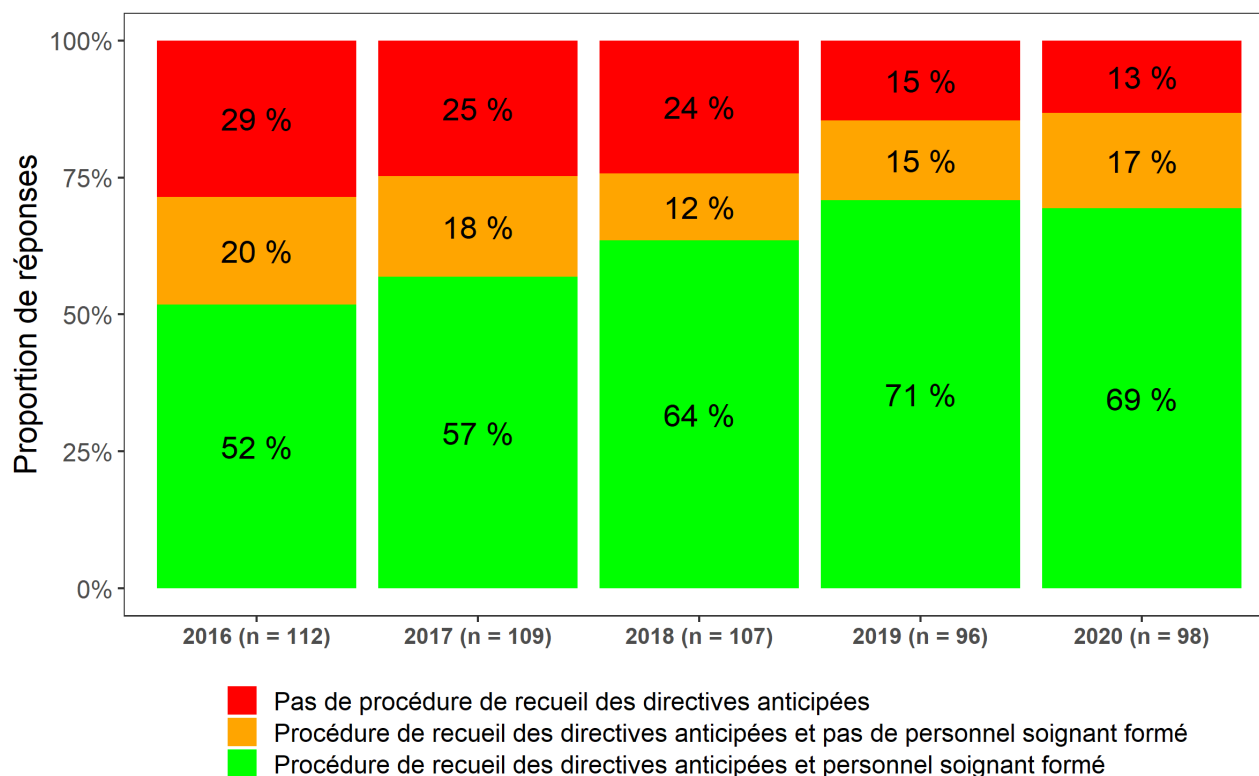
En 2020, parmi les 98 établissements répondants, 96 affirment avoir une procédure d'information des usagers de la possibilité de rédiger des directives anticipées relatives à la fin de vie.

Pour ces 96 établissements, les modalités d'information des usagers sont :

- Affichage ou livret d'accueil (96 %),
- La procédure d'accueil ou d'entrée dans l'établissement (49 %),
- La désignation d'une personne référente au sein du personnel (8 %),
- La mise en place de permanences pour l'information des usagers (8 %),
- D'autres modalités d'information (24 %).

De plus, 85 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.

Evolution des indicateurs en lien avec le recueil des directives anticipées relatives à la fin de vie de 2016 à 2020



Source : Synthèse des rapports des CDU 2020

Par rapport aux années précédentes, il y a une augmentation de la part des établissements qui déclarent l'existence d'une procédure de recueil des directives anticipées, et la formation du personnel soignant.

En 2020, les établissements ont déclaré 31 réclamations sur l'accompagnement de fin de vie, dont 2 ont donné lieu à une médiation.

Observations - Préconisations :

Le seul affichage ou intégration dans le livret d'accueil d'une information sur les directives anticipées n'est pas suffisant. Il faut accentuer la formation des professionnels en mettant des référents dans chaque service. Il ne faut pas négliger l'accompagnement psychologique des professionnels qui accompagnent les patients en fin de vie.

• 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) recueille des informations sur l'activité des établissements médico-sociaux accueillant les personnes âgées, sur le personnel qui y travaille, ainsi que les personnes âgées qui y résident.

L'enquête 2019 couvre 659 établissements bretons (résidences autonomie publiques, accueils de jours, USLD, EHPAD, les établissements d'hébergement pour personnes âgées ne percevant pas de crédits d'assurance maladie et les établissements d'hébergement pour personnes âgées percevant des crédits d'assurance maladie). Sur ces 659 établissements, 448 ont répondu à l'enquête, dont 9 ont regroupé les données. Il y avait 439 répondants à l'enquête EHPA 2019.

En 2019, par rapport aux enquêtes précédentes, il y a eu une augmentation de la part des établissements qui déclarent disposer de chambres pour les personnes en fin de vie (9 % contre environ 6 % en 2015 et 2011).

L'établissement dispose de chambres pour les personnes en fin de vie ?

	2019 (n = 439)	2015 (n = 420)	2011 (n = 498)
	Effectif (%)	Effectif (%)	Effectif (%)
Réponses manquantes	89	12	21
Oui	32 (9,1 %)	23 (5,6 %)	29 (6,1 %)
Non	318 (90,9 %)	385 (94,4 %)	448 (93,9 %)

Source : Enquête EHPA 2019, 2015 et 2011, DREES

De la même façon, il y a une augmentation de la part d'établissements répondants qu'il y a un volet soins palliatifs dans le projet d'établissement (75 % en 2019 contre 65 % et 53 % respectivement en 2015 et 2011).

Y-a-t-il un volet soins palliatifs dans le projet d'établissement ?

	2019 (n = 439)	2015 (n = 420)	2011 (n = 498)
	Effectif (%)	Effectif (%)	Effectif (%)
Réponses manquantes	93	19	38
Oui	259 (74,9 %)	259 (64,6 %)	242 (52,6 %)
Non	87 (25,1 %)	142 (35,4 %)	218 (47,4 %)

Source : Enquête EHPA 2019, 2015 et 2011, DREESS

En 2019, 27 % (contre 21 % et 12 % respectivement en 2015 et 2011) ont au moins un membre du personnel de l'établissement possédant une formation spécifique aux soins palliatifs (DU, DIU ou master en médecine palliative ou soins palliatifs).

Les établissements répondants à l'enquête EHPA 2019 sont :

- 73 % à déclarer que des prescriptions anticipées personnalisées sont mises à disposition du personnel de l'établissement
- 88 % à déclarer que les résidents sont informés de la possibilité d'être accompagnés au sein de l'établissement pour rédiger leurs directives anticipées.
- 69 % à avoir une convention avec une équipe mobile de soins palliatifs
- 41 % à avoir une convention avec un réseau de santé en soins palliatifs
- 32 % à avoir une convention avec une équipe mobile d'intervention gériatrique

Observations - Préconisations : On constate que 87 établissements indiquent ne pas avoir de volet « soins palliatifs » dans leur projet d'établissement. Cela pose la question de la gestion de la fin de vie pour les résidents.

Une formation à destination des professionnels sur la gestion de la fin de vie dans ces établissements est nécessaire.

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.

Nombre de plaintes transmises aux instances disciplinaires des ordres régionaux des professionnels de santé concernant l'accès au dossier médical

Conseils régionaux	Côtes-d'Armor		Finistère		Ille-et-Vilaine		Morbihan		Total	
	2019	2020	2019	2020	2019	2020	2019	2020	2019	2020
Ordre régional des médecins	0	3	1	1	0	0	0	0	1	4
Ordre régional des chirurgiens-dentistes	0	0	0	0	1	0	0	2	1	2
Ordre régional des infirmiers	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Ordre régional des masseurs-kinésithérapeutes	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0

nd : données non disponibles

Source : Données collectées par l'ORS Bretagne auprès des Ordres régionaux des professionnels de santé

Le nombre de plaintes transmises aux instances disciplinaires des ordres régionaux des professionnels de santé a augmenté entre 2019 et 2020 mais reste faible.

Observations - Préconisations :

Nous ne pouvons que souligner ces points positifs avec toutefois la remarque habituelle sur le fait que de nombreuses personnes peuvent hésiter à saisir les conseils de l'Ordre (peu connus du grand public). L'accès aux dossiers médicaux ne semble pas poser de difficultés.

Il faut que les représentants des usagers s'emparent aussi de la sensibilisation et de l'information auprès des usagers.

L'information sur la possibilité de saisir le Conseil de l'Ordre pourrait apparaître dans le livret d'accueil au niveau des droits des usagers.

• Champ sanitaire

Rappel cahier des charges

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

Données issues du rapport des CDU :

Procédure d'information sur l'accès au dossier médical

Parmi les 98 établissements répondants, 97 ont mis en place une procédure d'information sur l'accès au dossier médical.

Pour ces établissements, les modalités d'information des usagers sont :

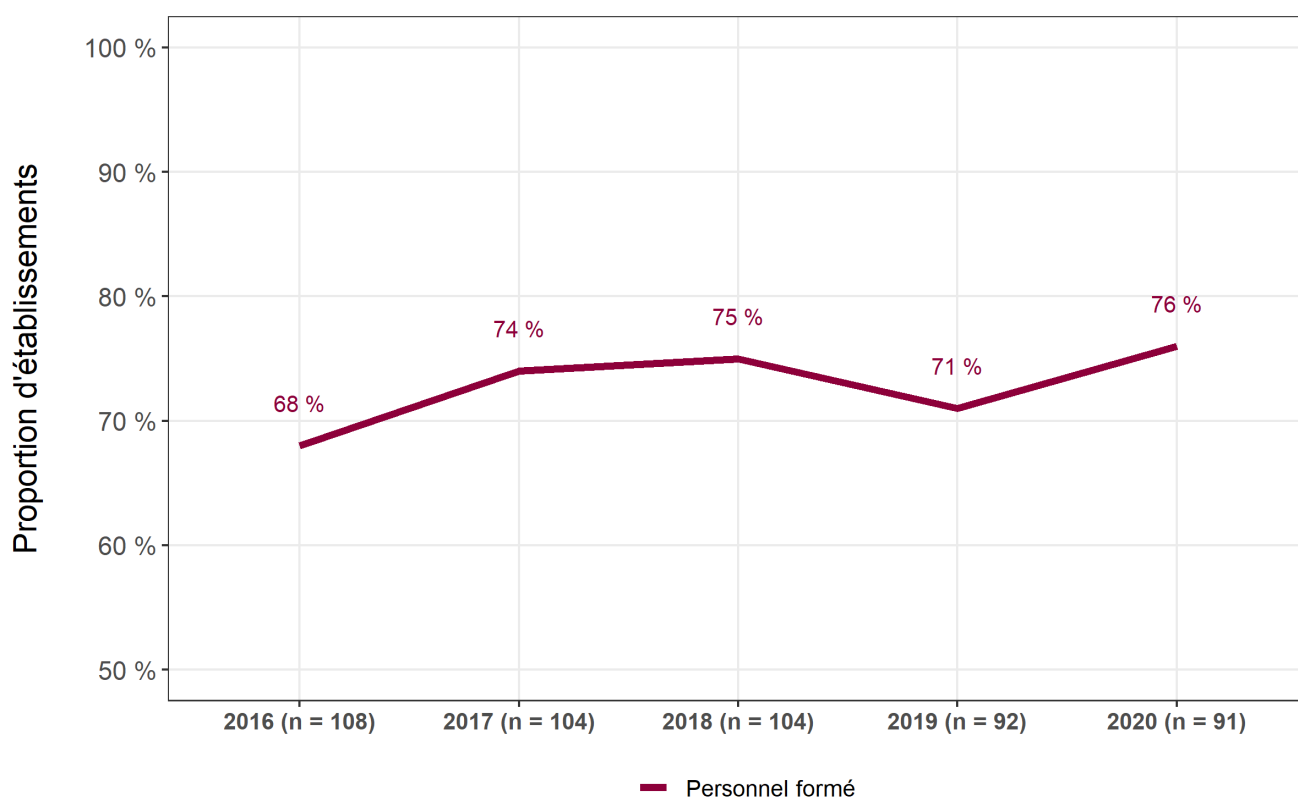
- Affichage ou livret d'accueil (96 %),
- La procédure d'accueil ou d'entrée dans l'établissement (31 %),
- La mise en place de permanences pour l'information des usagers (14 %),
- D'autres modalités d'information (41 %).

Formation du personnel sur l'accès au dossier médical

En 2020, parmi les 91 établissements ayant répondu à la question sur la formation du personnel sur le respect de l'accès au dossier médical, 69 (soit 76 %) ont répondu que le personnel était formé.

Cette proportion est relativement stable, légèrement plus élevée que les années précédentes, mais il y a aussi un peu plus d'établissement non répondant.

Evolution de la part des établissements déclarant que le personnel est formé sur le respect de l'accès au dossier médical



Source : Synthèse des rapports des CDU 2020

Pour information : le délai légal maximal d'accès à un dossier médical de moins de 5 ans est fixé à 8 jours, et ce délai est de 2 mois pour un dossier médical de plus de 5 ans. De plus, un délai minimal de 48 heures est prévu pour laisser au patient le temps d'être sûr de sa décision.

Accès aux dossiers médicaux de moins de 5 ans

En 2020, les établissements ont déclaré 8 405 demandes d'accès aux dossiers de moins de 5 ans. La médiane de demande est de 10 par établissement, 14 établissements n'ont déclaré aucune demande et 1 établissement a déclaré 1 914 demandes. Parmi les 8 405 demandes, 280 ont fait l'objet d'un refus.

En 2020, parmi les établissements répondants, 57 % (contre 63 % en 2019) déclarent un délai minimal strictement inférieur à 2 jours et 62 % (contre 55 % en 2019) un délai maximal strictement supérieur à 8 jours.

Quant aux délais moyens d'accès aux dossiers médicaux de moins de 5 ans, 63 % des établissements répondants (contre 66 % en 2019) déclarent un délai compris en 2 et 8 jours inclus.

Accès aux dossiers médicaux de plus de 5 ans

En 2020, les établissements ont déclaré 1 594 demandes d'accès aux dossiers de plus de 5 ans. La médiane de demande est de 4 par établissement, 36 établissements n'ont déclaré aucune demande et 1 établissement a déclaré 313 demandes. Parmi les 1 594 demandes, 50 ont fait l'objet d'un refus.

En 2020, parmi les établissements répondants, 48 % (contre 51 % en 2019) déclarent un délai minimal strictement inférieur à 2 jours et 18 % (contre 22 % en 2019) un délai maximal strictement supérieur à 60 jours.

Quant aux délais moyens d'accès aux dossiers médicaux de plus de 5 ans, 86 % des établissements répondants (contre 85 % en 2019) déclarent un délai compris en 2 et 60 jours inclus.

Délais moyens d'accès aux dossiers médicaux en 2019 et 2020

Année	Dossiers de moins de 5 ans		Dossiers de plus de 5 ans	
	2019	2020	2019	2020
Nb établissements non répondant (n)	13	20	30	35
< 2 jours (%)	11 %	6 %	14 %	11 %
≥ 2 et ≤ 8 jours (%)	66 %	63 %	30 %	30 %
> 8 et ≤ 60 jours (%)	23 %	31 %	55 %	56 %
> 60 jours (%)	0 %	0 %	2 %	3 %

Source : Données issues des rapports des CDU 2019 et 2020

Plaintes concernant l'accès au dossier médical en 2020

En 2020, les établissements ont déclaré 66 réclamations sur l'accès au dossier médical, et 1 a donné lieu à une médiation.

Autres éléments concernant l'accès au dossier médical

L'accès au dossier médical est possible sur place dans 93 établissements.

En cas d'hospitalisation d'office, 24 établissements ont une organisation prévue pour permettre la consultation du dossier médical.

Observations - Préconisations :

Sur une grande majorité des établissements, l'accès au dossier médical se fait correctement quelque soit l'ancienneté de la date d'hospitalisation.

Afin de répondre aux besoins des hospitalisations d'office, il serait important d'intégrer l'ensemble des données à l'espace numérique en santé.

• 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 2020

Observations - Préconisations :

On peut préconiser une meilleure communication sur le dispositif des personnes qualifiées auprès des familles et des directions.

Il est nécessaire de former les personnes qualifiées dans chaque département.

	Nomination des personnes qualifiées	Modes de désignations	Formations	Actions menées pour faire connaître le rôle des personnes qualifiées	Autres informations
Côtes-d'Armor	En 2020, il n'y a eu aucune nouvelle nomination. Date de l'arrêté de nomination : 06/12/2019	Pas de changement dans les modalités de désignation des personnes qualifiées.	Il n'y a pas eu de formation en 2020. Les personnes nommées fin 2019 amenées à intervenir en 2020 ont eu transmission d'informations (note d'information sur le dispositif, copie de l'arrêté de désignation, exemple de rapport...).	En raison de la crise liée à la COVID 19, celles-ci ont été réduites. Cependant, il y a eu mise à jour de l'information sur le site internet du Département. Des usagers d'ESSMS qui ont déposé une réclamation ont été incités à se saisir du dispositif lorsque cela était possible. Les conseillers techniques personnes âgées et personnes handicapées du Département ont été sensibilisées au dispositif. La vérification de l'affichage et de la connaissance du dispositif est mise en œuvre lors des contrôles sur place. Une présentation du dispositif a été faite auprès des Vices Présidentes du Département concernées ainsi qu'à des agents de la Direction des Personnes Agées et Handicapées.	En 2020, il y a eu 3 saisines dont une relative à un IME, une à une résidence autonomie et une relative à un FAM. Le pilotage du dispositif par l'ARS n'a pas pu être réalisé en 2020 en raison de la crise liée à l'épidémie de COVID 19. Ce dernier a été transféré au Département au cours du dernier trimestre 2020.
Finistère	En 2020, il n'y a eu aucune nouvelle nomination. Date de l'arrêté de nomination : 21/11/2019	Il n'y a aucun changement en 2020.	Il n'y a pas eu de formation des personnes qualifiées en 2020.	Information sur le dispositif des personnes qualifiées auprès des Services d'aide et d'accompagnement à domicile et des services de suivi des accueillants familiaux dans le cadre du dispositif de l'Accueil familial départemental.	Trois saisines dont trois pour des personnes en situation de handicap et une personne âgée en établissement, ainsi que deux personnes en situation suivie par un service d'aide et d'accompagnement à domicile.
Ille-et-Vilaine	En 2020, il n'y a eu aucune nouvelle nomination. Date de l'arrêté de nomination : 15/09/2016	Il n'y a eu aucun changement en 2020	Il n'y a pas eu de nouvelle formation des personnes qualifiées en 2020.	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	Il n'y a pas eu de réunion des personnes qualifiées. Bilan 2020 : 5 sollicitations : 1 en SAAD, 4 en EHPAD. Le Département 35 va recruter un stagiaire pour actualiser le dispositif PQ durant le premier semestre 2022 avec entre autres la rédaction d'un projet d'appel à candidature en lien avec l'ARS et la Direction Départementale de la Protection des Populations.
Morbihan	En 2018, désignation de 3 personnes qualifiées. Pas de nouvelle désignation depuis. Date de l'arrêté de désignation : 16/07/2018	Lors de la dernière désignation, les personnes ont été proposées par : - le Directeur départemental de la cohésion sociale, - la Directrice de la délégation départementale du Morbihan de l'Agence régionale de santé Bretagne, - la Directrice générale des services du département du Morbihan	Il n'y a pas eu de formation des personnes qualifiées en 2020.	Les établissements sociaux et médico-sociaux ont été informés par le département de l'existence des personnes qualifiées. L'information est également disponible sur le site internet du Conseil départemental du Morbihan.	

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.

Les données sur la scolarisation des enfants handicapés pour l'année scolaire 2020-2021 n'étaient pas disponibles.

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.

Composition de la CDSP

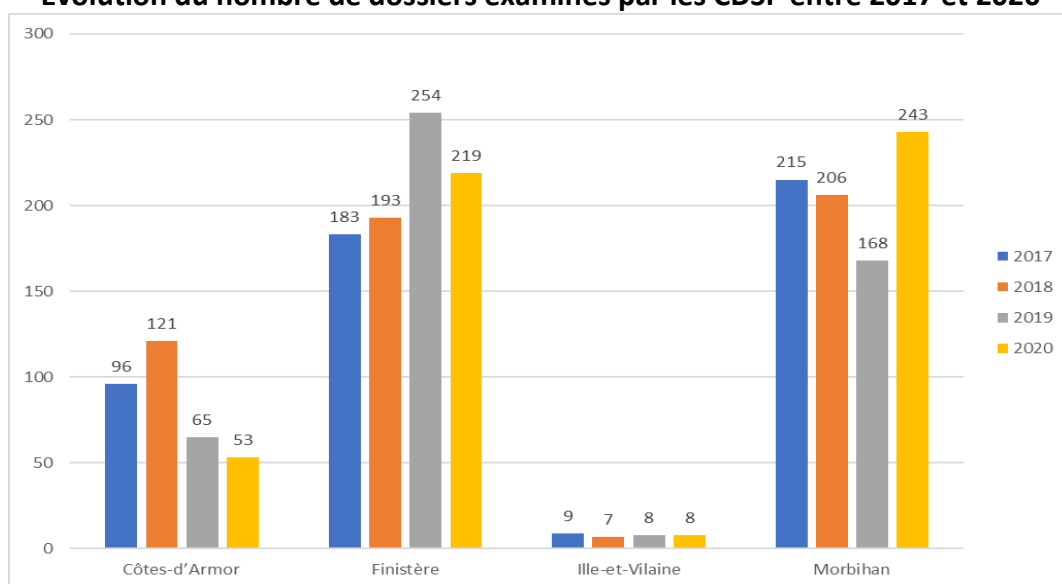
La CDSP est composée de :

- 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.

Evolution du nombre de dossiers examinés par les CDSP entre 2017 et 2020



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

En 2020, les CDSP se sont nettement moins réunies, mais le nombre de dossiers examinés est stable par rapport aux années précédentes.

Observations - Préconisations :

Le confinement a freiné le nombre de réunion mais l'augmentation du nombre de dossiers montre que l'urgence est de retrouver un rythme normal pour les réunions des CDSP.

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

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

Rappel cahier des charges

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

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

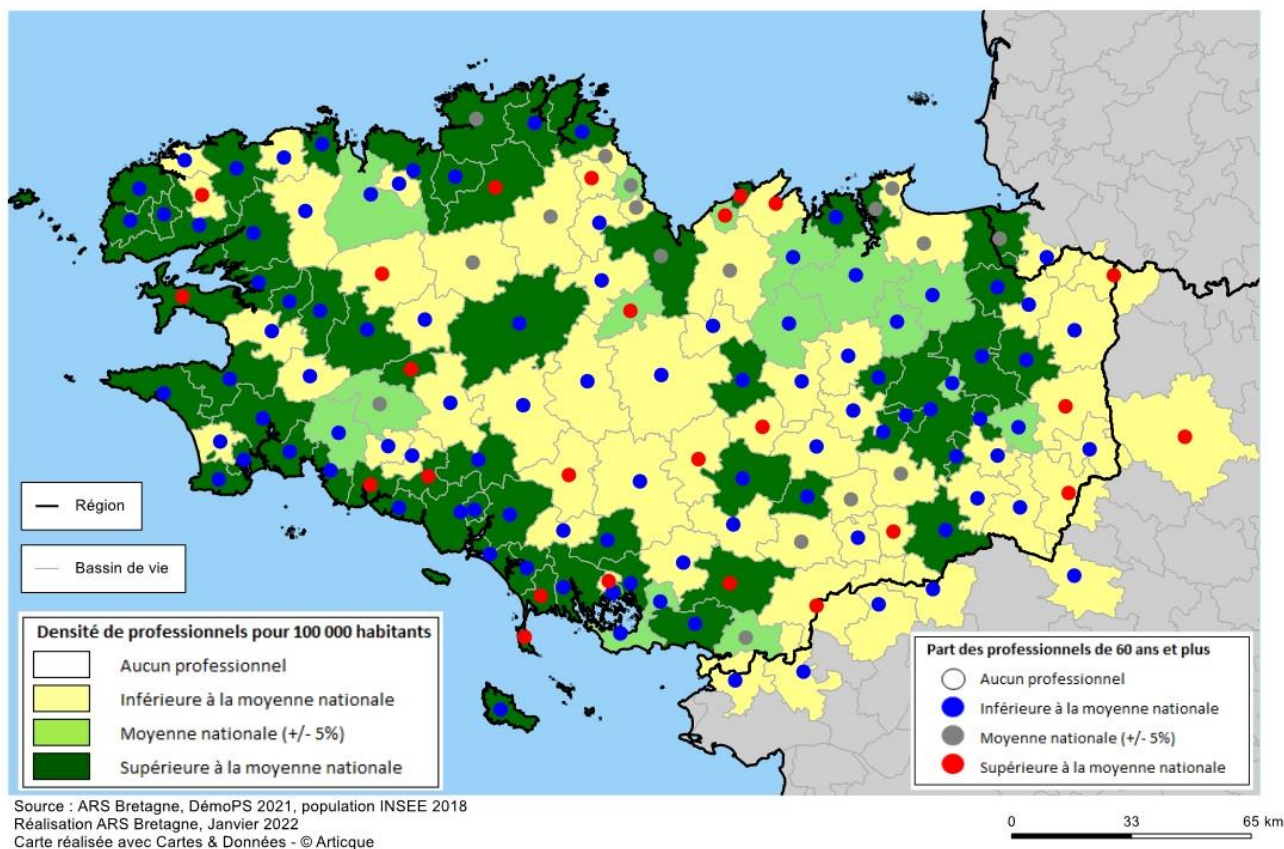
En revanche, le pourcentage d'offre en tarifs opposables par spécialité (secteur 1 + secteur 2) et par territoire de santé, ainsi que le taux de satisfaction des usagers de la permanence des soins n'ont pas pu être renseignés dans le cadre du CPOM et ne doivent donc pas être renseignés.

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.

Au 1er janvier 2021, en France métropolitaine, la densité de médecins généralistes libéraux moyenne des bassins de vie est de 82,5 pour 100 000 habitants.

8,3% 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 des bassins de vie.

Densité et part de professionnels de 60 ans et plus par bassin de vie - 01/01/2021



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

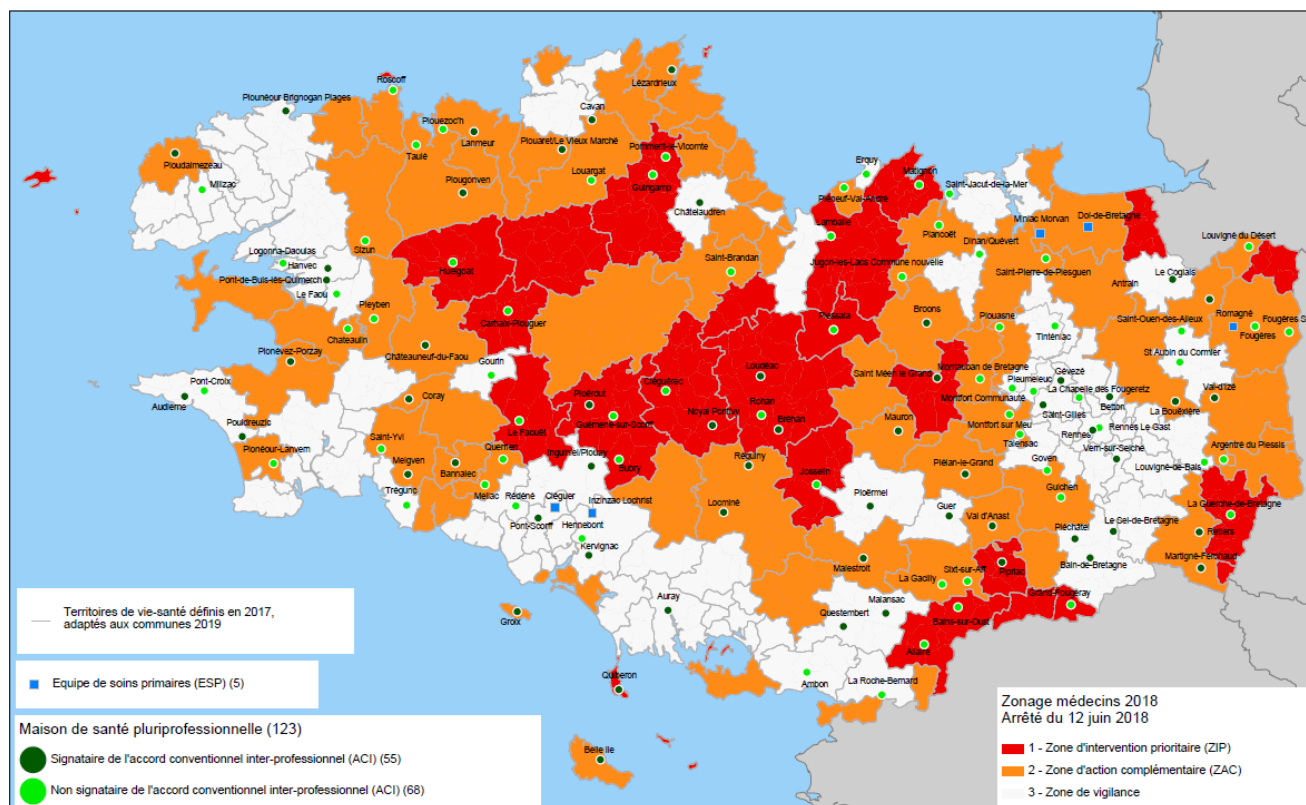
Part de la patientèle consommatrice de 17 ans et plus sans médecin traitant en 2019 et 2020

Département	2019	2020
Côtes-d'Armor	10,1 %	10,7 %
Finistère	9,1 %	9,7 %
Ille-et-Vilaine	10,7 %	10,9 %
Morbihan	9,6 %	9,6 %
Bretagne	10,1 %	10,2 %

Source : Données CPAM Bretagne

Au 31 décembre 2020, il y avait 123 Maisons de Santé Pluridisciplinaire en Bretagne (MSP).

Structures d'exercice coordonné au 31 décembre 2020



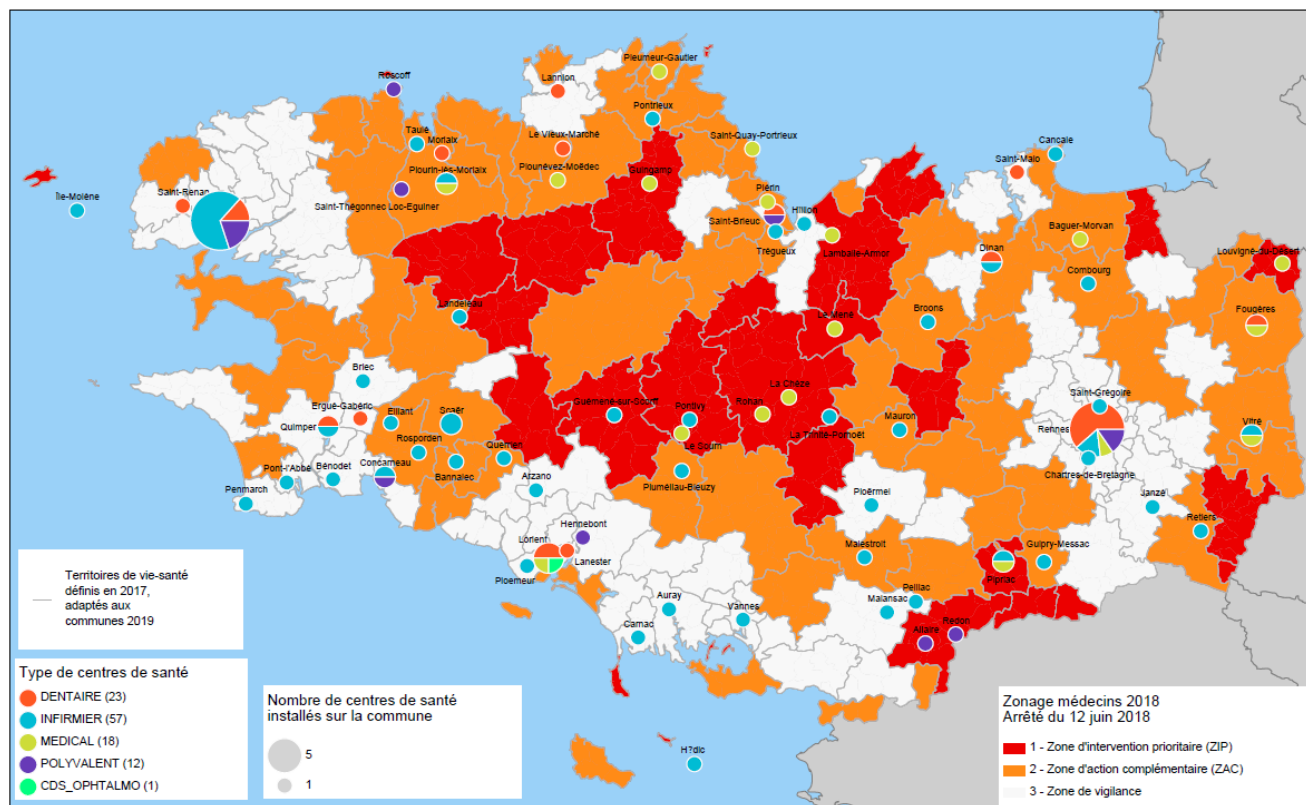
Source : ARS Bretagne, situation au 31/12/2020
Réalisation : ARS Bretagne, Décembre 2020
Carte réalisée avec Cartes & Données - © Artique

0 30 60 km

La carte ci-dessous présente la répartition des **111 Centres de santé au 31/12/2020** :

- Centre de santé dentaire : 23
- Centre de santé Infirmier : 57
- Centre de santé médical : 18
- Centre de santé polyvalent : 12
- Centre de santé ophtalmologie : 1

Centres de santé au 31 décembre 2020



Source : ARS Bretagne, situation au 31/12/2020
 Réalisation : ARS Bretagne, Décembre 2020
 Carte réalisée avec Cartes & Données - © Artique

0 30 60 km

Accès aux soins programmés urgents : part de la population > 30 minutes d'un soin urgent.

En janvier 2021, 2,2% de la population bretonne réside dans une commune située à plus de 30 minutes de délai d'accès à une prise en charge de soin d'urgence*.

* Inklus les structures des urgences (saisonnière ou non, hors pédiatrique), les SMUR (saisonnier ou non, hors pédiatrique), les médecins correspondant SAMU, les héliSMUR et les hélicoptères de la Sécurité Civile ; distancier METRIC ; population INSEE 2018

Observations - Préconisations : Les remarques des années précédentes sont toujours d'actualité. La répartition des professionnels de santé n'est pas aisée. Le centre Bretagne est le plus touché avec notamment 2,2 % de la population qui se trouve éloignée à plus de 30 minutes d'une unité de soins.

Les actions menées par l'ARS Bretagne ont pour but d'éviter au maximum les déserts médicaux en s'appuyant notamment sur les CPTS qui devraient faciliter la coordination des soins et répondre aux besoins de santé de la population locale.

Répartition des médecins généralistes au 1er janvier 2021 en Bretagne

Territoire observé	Effectif global							Par nature d'activité de l'activité (1)									
	Nb d'activités en cours	Effectif	Solde 2019(3)	Densité (4)	% Hommes	% moins de 40 ans	% 60 ans et plus	Salariée				Libérale				Exercice Mixte (2) - Effectif	
								Effectif	Solde 2019(3)	Densité (4)	% 60 ans et plus	Effectif	Solde 2019(3)	Densité (4)	% 60 ans et plus		
France métrop.		97 540		150,4	51%	26%	32%										
PS installés	109 007	89 035	-1 657	137,3	51%	23%	33%	39 185	-581	60,4	30%	55 617	-1 248	85,8	36%		5 767
PS non installés(5)		8 505		13,1	43%	58%	23%										
Bretagne		5 456		163,6	46%	34%	24%										
PS installés	5 644	4 840	85	145,1	47%	30%	25%	1 987	50	59,6	23%	3 054	24	91,6	26%		211
PS non installés(5)		616		18,5	40%	66%	18%										
Détail des PS installés																	
par département :																	
Côtes d'Armor	863	766	-19	127,8	54%	20%	33%	331	-14	55,2	33%	461	-8	76,9	33%		30
Finistère	1 679	1 433	17	157,2	45%	33%	21%	593	6	65,0	17%	886	8	97,2	23%		50
Ille-et-Vilaine	1 742	1 528	44	142,9	44%	32%	23%	596	30	55,7	23%	999	19	93,4	24%		77
Morbihan	1 360	1 138	38	150,8	49%	28%	26%	484	23	64,1	23%	710	3	94,1	27%		63
par territoire de démocratie en santé:																	
Brest / Carhaix / Morlaix / Quimper / Douarnenez / Pont-l'Abbé	1 583	1 348	19	157,0	46%	34%	20%	554	9	64,5	17%	837	6	97,5	23%		49
Lorient / Quimperlé	539	486	7	162,7	49%	30%	23%	213	8	71,3	15%	290	-4	97,1	28%		23
Vannes / Ploërmel / Malestroit	792	652	34	162,0	46%	27%	27%	272	10	67,6	28%	412	16	102,3	25%		43
Rennes / Fougères / Vitré / Redon	1 499	1 309	27	138,1	42%	33%	23%	514	23	54,2	23%	854	7	90,1	23%		68
St-Malo / Dinan	418	387	14	144,1	56%	28%	28%	138	4	51,4	28%	258	12	96,1	28%		14
St-Brieuc / Guingamp / Lannion	654	572	-15	136,7	52%	16%	33%	267	-5	63,8	31%	326	-12	77,9	34%		24
Pontivy / Loudéac	159	141	-3	100,2	57%	28%	33%	62	-1	44,1	31%	85	-4	60,4	35%		7

source : Observatoire DEMOPS de l'ARS Bretagne

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

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

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

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

(3) Solde 2018 : le différentiel entre le nombre d'installations et le nombre de départs de professionnels sur la zone géographique, entre janvier 2018 et janvier 2020.

(4) Densité : nombre de professionnels de santé pour 100 000 habitants (population municipale 2017).

(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.

Nombre de saisines des conciliateurs bretons en 2020 en lien avec les difficultés d'accès aux soins

Bénéficiaires	CPAM 22			CPAM 29			CPAM 35			CPAM 56			Total	Total	Total
	C2S	C2S	AME	C2S	C2S	AME	C2S	C2S	AME	C2S	C2S	AME			
	sans	avec		sans	avec		sans	avec		sans	avec				
	PF	PF		PF	PF		PF	PF		PF	PF				
	2020	2020	2020	2020	2020	2020	2020	2020	2020	2020	2020	2020	2020	2019	2018
Refus de soins	4	4	0	0	0	0	6	6	0	2	1	0	23	42	61

Source : Données CPAM Bretagne

Par rapport aux années précédents, la diminution du nombre de saisines en lien avec les difficultés d'accès aux soins se poursuit.

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

En 2019 et 2020, aucune plainte concernant les refus de soins pour les personnes en CMU et AME n'a été reçue par les ordres régionaux des médecins, des chirurgiens-dentistes, des infirmiers et des masseurs-kinésithérapeutes.

Observations - Préconisations : On observe une baisse très sensible du nombre de saisines des conciliateurs, 23 contre 42 en 2019. Aucune plainte reçue par les professionnels de santé.

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 participation au dépistage organisé du cancer colorectal :

Département	Taux de participation* 2017-2018	Taux de participation* 2018-2019	Taux de participation* 2019-2020
Côtes-d'Armor	33,1 %	31,4 %	31,5 %
Finistère	31,6 %	32,9 %	28,0 %
Ille-et-Vilaine	46,5 %	43,6 %	39,5 %
Morbihan	34,3 %	32,5 %	27,4 %
Bretagne	36,6 %	35,5 %	31,7 %
France entière	32,1 %	30,5 %	28,9 %

* standardisation sur la population française 2009 (Projections de population Insee (scénario central) 2007-2042)

Source : Santé publique France - Données issues des CRCDC et ELP de l'Insee

En 2020, au niveau national, il n'a pas été constaté de chute brutale de la participation à ce programme (moins 1,6 %). Par contre au niveau régional, la diminution de participation est plus marquée (moins 3,8 %). Cette diminution de la participation est constatée dans 3 des 4 départements bretons (Finistère, Ille-et-Vilaine et Morbihan), alors que le taux de participation est stable dans les Côtes-d'Armor.

Taux de participation au dépistage organisé du cancer du sein :

Département	Taux de participation* 2017-2018	Taux de participation* 2018-2019	Taux de participation* 2019-2020
Côtes-d'Armor	56,6 %	56,3 %	53,1 %
Finistère	53,1 %	54,2 %	50,0 %
Ille-et-Vilaine	55,2 %	53,7 %	50,3 %
Morbihan	57,6 %	55,5 %	52,4 %
Bretagne	55,5 %	54,8%	51,2%
France entière	49,6 %	49,1 %	45,6 %

* standardisation sur la population française 2009 (Projections de population Insee (scénario central) 2007-2042)

Source : Santé publique France - Données issues des CRCDC et ELP de l'Insee

En 2020, malgré une baisse importante de la participation due à plusieurs facteurs liés de la crise sanitaire du covid-19, le taux de participation dans les 4 départements bretons reste supérieur au taux national de participation pour la période 2019-2020 (45,6 %).

Il n'y a pas de données récentes sur le statut pondéral des enfants scolarisés en maternelle, les dernières données disponibles sont celles de l'enquête Elfe-PMI 2014-2016. Ces données ont été présentées dans le rapport 2020 sur le respect des droits des usagers.

Les dernières données disponibles concernant la couverture vaccinale Rougeole-Oreillon-Rubéole (ROR) datent de 2018¹.

Couverture vaccinale ROR des enfants de 24 mois en Bretagne* :

Département	2017		2018	
	1 dose CS24	2 doses CS24	1 dose CS24	2 doses CS24
Côtes-d'Armor	91,1 %	81,3 %	89,0 %	82,2 %
Finistère	90,8 %	83,5 %	92,4 %	86,7 %
Ille-et-Vilaine	89,1 %	81,1 %	89,5 %	84,1 %
Morbihan	90,5 %	80,4 %	92,3 %	83,1 %
France	89,6 %	80,3 %	90,9 %	83,4 %

Source : Santé publique France

*ERRATUM : le tableau présenté dans le rapport droits des usagers 2020 étant erroné nous apportons les éléments correctifs dans ce nouveau rapport.

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^{ère} et la 2^{ème} dose. En 2018, la moyenne nationale pour la 1^{ère} dose est de 90,9 %.

Observations - Préconisations : Même si les données de la Bretagne apparaissent meilleures que celles du national, il n'en reste pas moins qu'il y a encore des efforts à faire en matière de prévention etc ...

¹ <https://www.santepubliquefrance.fr/determinants-de-sante/vaccination/articles/donnees-infra-nationales-de-couverture-vaccinale-rougeole-rubeole-oreillons>

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).
- Nombre de logements ayant fait l'objet d'une évaluation sanitaire ayant conduit à une procédure d'insalubrité au titre du CSP.
- Ecart intrarégionaux 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 +).

Les contrats locaux de santé (CLS)

Le contrat local de santé constitue un engagement contractuel entre l'ARS et une collectivité territoriale, auquel il est souhaitable d'associer d'autres partenaires et institutions. L'ARS contractualise avec des regroupements d'EPCI représentant au moins 50 000 habitants.

Le contrat local de santé traduit l'engagement d'une collectivité dans l'amélioration de la santé de sa population. Il permet de mobiliser et de fédérer les acteurs d'un territoire autour de problématiques locales de santé. Il contribue à mettre « la santé au cœur de toutes les politiques » par l'élaboration d'une stratégie locale de prévention et de promotion de la santé.

Le contrat doit poursuivre les objectifs suivants :

- La réduction de la mortalité prématurée évitable par la structuration d'une offre locale en prévention et promotion de la santé
- Le développement d'organisations locales sanitaires et médico-sociales favorisant la fluidité des parcours et l'accès aux soins de tous
- Un meilleur accès à la santé des populations vulnérables

Les parties doivent s'attacher à développer la participation citoyenne et à mobiliser l'utilisateur dans l'élaboration et le déploiement du contrat.

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

En 2020, 4 nouveaux CLS ont été signés :

- Loudéac Communauté Bretagne Centre
- Pays de Saint-Malo
- Pays de Morlaix
- Dinan Agglomération

En 2020, le CLS Concarneau Cornouaille Agglomération s'est achevé.

Les 8 CLS en cours en 2020 :

- Saint-Brieuc Armor Agglomération
- Pays de Brest
- Lannion Trégor Communauté
- Pays du Centre Ouest Bretagne
- Pays de Brocéliande
- Pays de Ploërmel Cœur de Bretagne
- Iles du Ponant
- Redon Agglomération

Au 31/12/2020, 43% de la population Bretonne était couverte par un CLS.

Taux d'équipement au 01.01.2020 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	117,3	124,8	120,6	122,9	101,0	97,3
Taux d'équipement en places dans les structures non EHPAD (places en maison de retraite, résidence autonomie, USLD)	16,0	15,6	9,4	17,7	22,3	25,1
Taux d'équipement en places dans les centres de jour pour personnes âgées	0,5	0,5	0,6	0,6	0,1	0,6
Taux d'équipement en places dans les services de soins infirmiers à domicile (SSIAD + SPASAD)	19,0	24,1	18,6	18,5	15,5	20,0
Part des services dans l'offre médico-sociale pour personnes âgées (1) (%)	14,6	17,5	14,8	13,7	12,6	15,9

(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 2020

Taux d'équipement au 01.01.2020 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 places d'accueil spécialisé pour adultes handicapés (1)	1,0	1,7	0,9	0,8	0,8	1,0
Taux d'équipement en places d'accueil médicalisé pour adultes handicapés	1,1	1,1	1,4	0,8	1,4	0,9
Taux d'équipement en places d'accueil non médicalisé pour adultes handicapés	2,8	2,9	2,9	2,8	2,8	1,8
Taux d'équipement en places dans les Établissements et Service d'Aide par le Travail (ESAT)	4,0	4,4	4,2	3,8	4,1	3,6
Taux d'équipement en SAVS/SAMSAH	2,9	3,9	2,5	2,9	2,7	1,7
Taux d'équipement en services SAVS+SAMSAH+SSIAD+SPASAD moins de 60 ans	3,2	4,2	2,7	3,2	2,9	1,9

(1) Changement d'indicateur : donnée non comparable avec le STATISS 2019 (édition 2020).

Sources : DREES, FINESS ; estimations de population 2020

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 2020

PROCEDURES LHI BRETAGNE ARS - SCHS		Côtes- d'Armor	Finistère	Ille-et- Vilaine	Morbihan	Total 2020	Total 2019
ARS	Remédiable	5	0	1	1	9	7
	Irrémédiable	0	0	0	1	2	1
	Impropre	0	1	0	0	3	1
	Urgence	7	3	5	3	35	18
	Total	12	4	6	5	49	27
SCHS	Remédiable	0	4	0	0	2	4
	Irrémédiable	0	1	0	0	2	1
	Impropre	0	0	0	0	1	0
	Urgence	0	0	1	1	2	2
	Total	0	5	1	1	7	7
Nb de logements concernés		33	15	21	8	6	72
Nb de personnes concernées		nd	nd	11	14	17	nd
Nb d'arrêtés de main levée		6	7	3	4	1	14

nd : données non disponibles

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 2020

	Côtes- d'Armor	Finistère	Ille-et-Vilaine	Morbihan	Total 2020	Total 2019
Signalements	75	66	75	68	284	377
Visites	31	15	11 ¹	10	67	99
Règlement Sanitaire Départemental (RSD)	nd	nd	nd	nd	nd	112
Arrêtés	19	9	13	7	48	68
Constat de risque d'exposition au plomb (CREP) instruits	18	51	19	36	124	186

¹ : En Ille-et-Vilaine ne sont comptabilisées que les visites initiales

nd : données non disponibles

Source : Données ARS Bretagne

Observations - Préconisations : Les écarts devraient s'analyser en comparaison des décisions et orientations prises par les MDPH (MDA en 56) en ce qui concerne les besoins en établissements sanitaires et médico-sociaux, et non pas en comparaison avec la moyenne française. De même pour les réponses aux besoins des personnes âgées, il est important de tenir compte de la structure de la population bretonne de ces dernières années.

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 Bretagne en 2020 :

Fin 2019, l'ensemble des représentants des usagers en commissions des usagers a été renouvelé. L'année 2020 a donc débuté par l'organisation de la formation obligatoire pour les nouveaux représentants des usagers.

➤ **Formation « Représentant des usagers : en avant ! »**

Cette formation vise à améliorer leurs capacités d'action des nouveaux représentants des usagers, à mieux appréhender leur mandat, ce à quoi ils s'engagent, ce qu'il faut savoir faire pour être efficace et leur permettre de jouer pleinement leur rôle.

C'est aussi un lieu de rencontres et d'échanger entre représentants des usagers de différentes associations, qui démarrent un parcours de formation.

→ 6 sessions de formation de 2 jours (Vannes, Rennes, Châteaulin, Saint-Brieuc (x2) et Languieux) qui ont réuni 83 participants.

➤ **Formation « Représenter les usagers en commission des usagers »**

Dans la continuité de la formation initiale afin de poursuivre le parcours de formation des RU.

Les objectifs de la formation :

- Comprendre le fonctionnement de la commission des usagers : son rôle, son fonctionnement, la place de chacun de ses membres
- Identifier les évolutions législatives et réglementaires
- Agir méthodiquement sur les principaux sujets de la commission
- Se situer comme acteur de l'amélioration du système de santé

→ 2 sessions de formation de 1 jour (Rennes et Saint-Brieuc) qui ont réuni 17 participants.

➤ **Formation « Présider la commission des usagers »**

Cette formation a été proposée aux représentants des usagers qui président une commission des usagers.

Les objectifs de la formation :

- Identifier le rôle et les compétences du président de la commission des usagers.
- Être capable de veiller au bon fonctionnement de la commission des usagers, en incarnant les principes de la démocratie en santé.
- Être capable d'animer et d'organiser la vie de la commission des usagers.
- Repérer les éléments clés pour faire vivre la commission des usagers au sein de l'établissement.

→ 1 session de formation de 2 jours qui a réuni 7 participants.

Pendant le mois de mars 2020, France Assos Santé a adapté la plupart de ses formations en format distanciel.

Des formations sur 8 thématiques différentes ont été organisées en distanciel :

➤ **Formation « Mieux connaître son établissement »**

→ 1 session qui a réuni 5 participants.

➤ **Formation « Les points clés du règlement intérieur de la commission des usagers »**

→ 1 session qui a réuni 7 participants.

➤ **Formation « Comment obtenir les plaintes et réclamations en commission des usagers »**

→ 2 sessions qui ont réuni 11 participants.

➤ **Formation « Analyser les plaintes et réclamations en commission des usagers »**

Cette formation est à destination des représentants des usagers en commission des usagers des établissements de santé.

Les objectifs de la formation :

- Identifier le parcours d'une plainte ou réclamation dans un établissement de santé
- Analyser la plainte du point de vue du RU
- Connaître les différents niveaux de réponses à apporter
- Utiliser la plainte pour améliorer la qualité

→ 3 sessions qui ont réuni 20 participants.

➤ **Formation « Représentant des usagers : j'accompagne les usagers en médiation »**

→ 1 session qui a réuni 8 participants.

➤ **Formation « Représentant des usagers en conseil de surveillance »**

→ 1 session qui a réuni 8 participants.

En 2020, six groupes d'échanges de pratiques pour les représentants des usagers en commission des usagers ont été organisés en visioconférence.

Véritables compléments aux formations, ces temps d'échanges sont un espace de parole dédié aux représentants des usagers, mais c'est aussi un lieu d'expression de leurs difficultés afin d'évoquer des pistes d'actions à mettre en place en commission des usagers.

Observations - Préconisations : Encore une fois on constate la forte implication de France Assos Santé dans la formation des représentants des usagers. Ceux-ci sont de plus en plus nombreux à se former mais leur proportion reste cependant insuffisante. Il convient de poursuivre et accentuer ces actions de formation.

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 2020

L'année 2020 a été marquée par l'annulation des séances prévues le 24 mars et le 23 juin.

Le 3 juin, il y a eu un échange entre les membres de la CRSA et la Direction Générale de l'ARS, mais sans fiche de présence. Le 7 octobre, une séance en visioconférence a réuni 48 membres de la CRSA (sans le détail des participants).

La seule séance qui a réuni les membres de la CRSA en présentiel a eu lieu le 8 décembre 2020.

Taux de participation en CRSA pour la séance du 8 décembre 2020

Collège	Taux de participation
Collège des représentants des collectivités territoriales	54,5%
Collège des représentants des usagers de services de santé ou médico-sociaux	46,7%
Collège des représentants des conférences de territoire	100,0%
Collège des partenaires sociaux	10,0%
Collège des acteurs de la cohésion et de la protection sociale	60,0%
Collège des acteurs de la prévention et de l'éducation pour la santé	50,0%
Collège des offreurs des services de santé	23,3%
Collège des personnalités qualifiées	50,0%
TOTAL (CRSA dans sa globalité)	38,8%

Source : Données ARS Bretagne

Observations - Préconisations : Des besoins de remobilisation des membres des diverses instances sont nécessaires, il est dommage que pour certains collèges les représentations soient très faibles.

Présences constatées dans les Conseils territoriaux de santé (CTS) en 2020

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	Nb maximum de sièges*	Taux de participation en 2020 (en %)							TOTAL 2020	TOTAL 2019
		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	33%	22%	18%	nd	nd	45%	30%	30%	41%
Etablissements sociaux et médico-sociaux	5	53%	33%	60%	nd	nd	70%	75%	58%	53%
Organismes de prévention	3	78%	33%	50%	nd	nd	50%	50%	52%	45%
Professionnels de santé libéraux, ordre des médecins et internes	8	39%	38%	50%	nd	nd	58%	30%	43%	43%
Modes d'exercice coordonné et coopération territoriale	5	50%	25%	50%	nd	nd	50%	75%	50%	40%
Etablissements HAD	1	0%	0%	0%	nd	nd	0%	0%	0%	5%
Usagers et associations d'usagers du système de santé	10	77%	44%	65%	nd	nd	72%	55%	63%	67%
Collectivités territoriales ou de leurs groupements du territoire de démocratie sanitaire	7	36%	33%	57%	nd	nd	25%	10%	32%	40%
Représentants de l'Etat et des organismes de sécurité sociale	3	33%	100%	17%	nd	nd	50%	25%	45%	58%
Personnalités qualifiées choisies en raison de leurs compétences ou de leur expérience au regard des prérogatives des CTS	2	33%	33%	0%	nd	nd	50%	25%	28%	35%
TOTAL (CTS dans sa globalité)	50	43%	36%	37%	55%	78%	47%	38%	48%	43%
Nombre de séances		3	3	2	2	1	2	2		

Source : Données de l'ARS Bretagne

nd : données non disponibles

Dans la mesure où de nombreuses séances ont été annulées, les taux de participation dans les CTS en 2020 ne sont pas comparables avec les années précédentes. En 2020, le CTS Saint-Malo Dinan n'a organisé qu'une seule séance (pour laquelle nous n'avons pas le détail des présences par collège), les autres CTS ont organisé 2 séances, à l'exception des CTS des Côtes-d'Armor qui ont organisé 3 séances en 2020.

PARTIE 2 :

Les droits des usagers pendant la période COVID 19

Dans le contexte de crise sanitaire liée à la COVID-19, il nous est apparu que ce ne serait pas pertinent de devoir attendre le prochain rapport d'activité sur les droits des usagers durant cette période très difficile, aussi avons-nous souhaité, présenter dans ce rapport des données relatives aux droits des usagers en 2021 sur :

- Le fonctionnement des instances où siègent les représentants des usagers (CDU, CVS, CDCA...);
- Les différés de soins ou non accompagnement de personnes âgées ou handicapées ;
- La vaccination contre le COVID-19 en Bretagne
- Des exemples d'actions menées en Bretagne et dans nos départements ;

1 - LE FONCTIONNEMENT DES INSTANCES OU SIEGENT LES REPRESENTANTS DES USAGERS

LE FONCTIONNEMENT DES CDU DANS LES ETABLISSEMENTS SANITAIRES

Pour répondre à cette question nous avons retranscrit les témoignages de 5 RU qui siègent en CDU.

André LE TUTOUR

Président CDU du CHBA à Vannes
VP CDU GHT Brocéliande atlantique
Association Transhepate

20 ans après la loi relative aux droits des patients, l'épidémie de COVID-19 a soulevé des enjeux éthiques majeurs et les expériences traversées par les soignants et les patients sont riches d'enseignement pour progresser en matière de démocratie en santé.

La mise en tension de l'hôpital, l'éloignement des patients atteints de maladies chroniques de leurs professionnels de santé et les retards aux soins sont autant d'expériences qui ont révélé les difficultés rencontrées pour notre système de santé.

Par enjeux éthiques, on entend ici les dilemmes déontologiques auxquels les soignants ont fait face mais aussi les épreuves traversées par les patients et familles.

Confrontées aux choix difficiles que la crise a imposés au système de santé ; les déprogrammations de soins, les restrictions des visites à l'hôpital et en EPHAD, les conditions de deuil ont fait naître de multiples tensions nouvelles dans les pratiques des soignants et dans le vécu des patients.

L'expression des peurs traversées n'a pas reçu de canal dédié en dehors du format usuel des plaintes et réclamations, de la mobilisation des associations et du fonctionnement en mode dégradé des instances de démocratie en santé. Cette évolution des usages impose d'organiser le recueil, l'analyse et la prise en compte de l'expérience patient en donnant plus de place à l'écoute des patients et en analysant les retours d'expériences.

Impliquer les patients dans le parcours de santé constitue un impératif.

Un an après le début des symptômes, des patients avec un « Covid long » ressentent un impact très important de la maladie sur leur vie personnelle, professionnelle et sociale. Un accompagnement médical et paramédical doit être préconisé le plus précoce possible pour limiter l'errance diagnostic et la souffrance des patients et leurs proches.

La CDU s'est régulièrement réunie tous les 2 mois, les RU ont été régulièrement informés de la situation sanitaire des établissements.

La délégation départementale 56 de l'ARS a fait état de la situation sanitaire et de la vaccination aux acteurs du territoire grâce à des audioconférences fréquentes.

Maryannick SURGET

Présidente de France Assos Santé Bretagne
Association de France Rein

En 2021, les établissements publics ou privés que ce soit sanitaire ou médico-social, ont été plus ouverts pour les CDU. En effet celles-ci ont pu se réunir en présentielles ou en visioconférences ou en conférence téléphonique tous les trimestres.

Dans certains établissements des rapports complémentaires ont été envoyés au CDU quand une crise de COVID se propageait, une réunion extraordinaire s'établissait en visioconférence.

L'ensemble des instances de l'ARS, CRSA ou CTS ont aussi recommencé leurs réunions, y compris les plénières, principalement en visioconférences.

La cellule de crise sanitaire avec l'ARS existe toujours, mais les réunions se sont espacées.

Des webinaires se sont mis en place.

Bref, nous sommes presque revenus à la normale.

Bien évidemment pour toutes réunions en présentiel, le port du masque était obligatoire

Marie-Noëlle MARECHAL

RU CDU Groupement Hospitalier Bretagne Sud, HAD de l'Aven à Etel Maison Saint-Joseph, SSR à Quimperlé rattaché à l'hôpital de Pont L'abbé (groupe HSTV)
RU CDU Groupe HSTV
Bénévole JALMALV 56

L'année 2020 a été une année très difficile pour tous, usagers du système de santé, établissements sanitaires et médicosociaux, patients et résidents - et parfois, dans ce contexte de crise inédite, pour les représentants des usagers en difficulté pour continuer à exercer correctement leur mission.

D'une manière générale, tous s'accordent à reconnaître que la situation a évolué de manière positive en 2021.

Les réunions des CDU se sont tenues aussi régulièrement que possible, en référence aux textes et, pour les établissements dans lesquels je siège, avec les précautions d'usage, toujours en présentiel. De même pour les rencontres RU préparatoires aux réunions CDU plénières et l'étude des "plaintes et réclamations".

Si besoin, des informations importantes concernant la situation sanitaire, encore préoccupante, ont aussi été communiquées aux RU par les directions ou services Gestion des risques et relation avec l'utilisateur.

Globalement, même en dehors des préparations des certifications, nous constatons aussi que les sollicitations des établissements pour une implication des RU dans différentes commissions ou groupes de travail mis en place, augmentent et concernent même plus généralement les "usagers" - tels que bénévoles représentants d'association de santé, patients experts, "collectifs d'usagers" (à mettre en place), et usagers volontaires.

Ces différentes évolutions, qui allient les compétences techniques des soignants, aux expériences vécues et aux ressentis des patients, semblent être de "bon présage" pour l'amélioration de la qualité des prises en soins et le respect des droits des usagers...

Alain CAZENAVE

Président CDU de La Guerche de Bretagne
RU CDU CH de Vitré et Pôle gériatrique rennais
Membre du Conseil de surveillance du CH de Vitré et de La Guerche de Bretagne

Nous avons tous été désorientés, perdus avec l'arrivée de cette pandémie. Force est de constater que les établissements sanitaires dans lesquels je suis RU ont su réagir. Nous avons été pris en considération. En effet, j'ai été informé régulièrement de l'évolution de la situation sanitaire parfois en décalé par mail, par téléphone. Les professionnels mettaient toute leur énergie à endiguer le virus. On ne peut pas leur reprocher parfois la lenteur de communication, conséquence des évolutions rapides de la situation sanitaire.

Quelques exemples pour concrétiser cette volonté de nous impliquer dans les prises de décisions, dans l'adaptation de leurs protocoles :

- J'ai eu des échanges réguliers avec une directrice d'hôpital devenu depuis hôpital de proximité. Je me souviens notamment avoir envoyé un mail à 20h un dimanche soir suite à l'annonce par les médias de l'aggravation de la situation et avoir reçu un compte-rendu de sa part le soir même à 22h00.

- J'ai été sollicité pour la mise en place d'un plan de circulation au sein du pôle gériatrique rennais en étroite collaboration avec la directrice.

- J'ai pu aussi participer à une enquête auprès de patients sortis d'hospitalisation. Pour ce faire, je les ai contactés par téléphone afin de collecter leurs témoignages (sur les notions de liberté, d'informations, leur relation avec l'extérieur, avec leurs proches, les gestes barrière mis en place, etc.)

Quand la situation s'est stabilisée nous avons repris les réunions en visioconférence pour certains d'entre nous, puis en présentiel.

Je dirai que ces expériences ont permis de créer de nouveaux liens avec les membres de direction et les services qualité. Un grand merci à tous les professionnels quel que soit, leur fonction au sein des établissements concernés

Martine LABELLE

RU CDU Vivalto

Le fonctionnement des CDU en 2020 et 2021

Il y a eu 3 CDU / an, dont 1 en présentielle et 2 en visioconférence, (selon la disponibilité des RU).

Association aux réunions de crise

Il n'y a pas eu de réunion de crise en présentiel en raison de l'épidémie de COVID-19. Cependant, des points de situation ont été abordés par téléphone.

Les différés des soins

Il y a eu des différés de soins pendant le 1er confinement en 2020.

Ensuite, les interventions ont été différées pour des demandes non urgentes (exemple hors cancérologie).

Les changements de prise en charge

Des protocoles d'hygiène ont été mis en place (pass sanitaire, pas de visite, chambre individuelle), il a été établi une réduction de la durée du séjour.

Il y a eu des reports d'intervention pour les patients positifs au COVID-19.

Afin d'avoir des retours sur le fonctionnement des CVS des établissements médico-sociaux pour les personnes handicapées pendant la période COVID-19, nous avons sollicité les témoignages de RU impliqués dans les CVS de plusieurs EHPAD de Bretagne.

Patricia LEGUERINEL

RU dans le CVS de l'EHPAD Mutualiste La Noë à Rennes

Comment se sont réunis les CVS pendant la période COVID-19 ?

A la Noë, Nous avons transformé le bureau qualité (directrice, Médecin coordonnateur, infirmière coordinatrice, gouvernante, secrétaire, coordinatrice du secteur animation) en cellule de crise qui se réunissait autant de fois que nécessaire (chaque semaine voire plus). Les membres de la cellule de crise prenaient ensemble les décisions qui étaient soumises lorsqu'il y avait des enjeux importants aux membres du CVS par mail pour avis.

Très régulièrement et lorsqu'il y avait des informations importantes (suite nouvelles recommandations, etc...) la directrice adressait un mail à l'ensemble des référents familiaux (copie membres du CVS) et imprimait le mail pour les résidents en capacité de comprendre.

Le fonctionnement des CVS pendant la période COVID-19

Les membres du CVS sont réélus tous les 3 ans. Nous avons un collègue représentants des résidents, un collègue représentants des familles et un collègue représentants du personnel. La dernière élection a eu lieu en mai 2021.

Un seul résident s'est présenté mais il est malentendant et très fatigable.

Un seul salarié s'est présenté et est actuellement en arrêt maladie.

Six membres des familles se sont présentés et 4 ont été élus. En 2020, le CVS s'est réuni en présentiel 3 fois, 1 fois en visio et il y a eu en plus des échanges par mail.

En 2021, nous avons eu 4 CVS dont un CVS extraordinaire et des échanges par mail.

Les difficultés identifiées

Les difficultés rencontrées au sujet du CVS ne sont pas liées à la crise sanitaire, ni à des modalités d'organisation mais liées à la dépendance des résidents qui ne sont pas motivés ou plus en capacité de participer à une réunion de 2h. Nous accueillons plus de 75% de personnes désorientées et aujourd'hui les personnes âgées qui entrent en EHPAD sont très dépendantes (dernier GMP validé = 795). Nous devons nous appuyer sur les familles et à la Noë nous accordons beaucoup d'importance à la parole du conjoint qui vit encore « à la maison ». Dans les 4 membres élus représentants des familles, 2 ont leur conjoint qui réside à la Noë.

Action pendant la période COVID-19

Le COVID aura marqué de son empreinte l'année 2020. A la suite de ce virus, nous avons vécu une période plus ou moins difficile dans nos établissements EHPAD.

En Ille-et-Vilaine, nous avons souhaité construire un lien entre nos délégués Harmonie Mutuelle et la Résidence La Noë à Rennes. En nous rapprochant de la Directrice et de ses collaborateurs, nous avons tout de suite fait apparaître les besoins d'accueil des familles (les gestes barrières, les contrôles températures, la chartre d'engagement...).

Ce n'est pas moins de quinze délégués du Territoire et deux collaboratrices qui se sont tout de suite investis sur cette action qui a permis de renforcer la conviction des élus et l'intérêt de proximité auprès de nos aînés.

Par ailleurs, elle a garanti le maintien des animations, des aides et accompagnement des résidents par le personnel. Une très belle et riche expérience de terrain pour chacun et chacune.

La mutuelle HM et le mutualiste sont bien présents sur le terrain, les valeurs sont fortes, solidaires, utiles, proches et humaines.

Cathy BEAUSON

Vice-présidente du CVS de l'EHPAD Damien Delamaire (CHU de Rennes)

Comment se sont réunis les CVS pendant la période COVID ?

La période de crise sanitaire débutée en 2020 a bouleversé et bouleverse encore la vie des résidents, des professionnels et des familles dont je suis une des représentantes. L'importance de maintenir du lien est primordial et le CVS a un rôle majeur à jouer.

Après la période de sidération des confinements (comment agir ? avec qui ?), chacun des acteurs s'est préoccupé de maintenir la sécurité des résidents, les liens sociaux. Des CVS exceptionnels et plus rapprochés par vidéoconférence ont rapidement pu se mettre en place (en avril 2020) précédés d'échanges téléphoniques entre la direction et la présidente de CVS. Puis une fois par semaine, des points de trente minutes étaient faits en comité restreint et toujours en vidéoconférence.

Les familles, très inquiètes de la santé de leur résident, ont pu rapidement recevoir des comptes-rendus de la situation sanitaire et de la vie organisée au sein de l'établissement. De manière plus formelle, les familles étaient informées des nouvelles organisations mises en place suivant les directives institutionnelles (ARS). Un soutien constant de la Présidente du CVS auprès des familles s'est mis en place par des mails réguliers, des échanges téléphoniques avec certaines familles et ces préoccupations ont été remontées régulièrement au CVS.

Les difficultés identifiées

Les difficultés rencontrées étaient de l'ordre de la communication malgré les points réguliers en CVS exceptionnels. D'un côté, des professionnels épuisés de la gestion de la crise et de l'autre des familles inquiètes. Ce qui nous a permis de mettre en évidence que la communication était un élément clé. Pour beaucoup de familles, le rôle du CVS n'était pas clair, le rôle du président de CVS non plus. Nous ne souhaitons pas être le bureau des plaintes, notre rôle est bien plus large. Nous avons décidé d'élaborer en co-construction avec les membres du CVS un outil, une plaquette explicative à destination des résidents et des familles pour faciliter la compréhension et les relations.

Les évolutions entre 2020 et 2021

Les CVS aujourd'hui se déroulent plutôt en présentiel, mais aussi mixte ce qui avant la crise n'était pas du tout envisagé pour pallier l'absence de certains membres retenus hors Rennes.

Faire converger les droits des usagers, des patients, des résidents, des familles des structures de soins, sociales et médico-sociales, notamment au travers de la participation des représentants des familles et des résidents est primordial mais pas aisé. La RU en CDU est systématiquement invitée au CVS depuis 2021. A l'inverse les représentants des familles n'assistent pas aux CDU or les deux établissements sont liés par le service de soins longue durée et l'EHPAD.

Nous aurons appris de cette crise, la complexité de maintenir une démocratie en santé, que les préoccupations des uns ne sont pas les préoccupations des autres mais avec la volonté de tous et une communication efficiente cela a été possible et a permis de faire évoluer le fonctionnement du CVS notamment en termes de participation.

Thérèse CARO

RU dans le CVS de l'EHPAD de Moncontour
(groupe HSTV)

Comment se sont réunis les CVS pendant la période COVID ? Quelles ont été les évolutions entre 2020 et 2021 ?

Au début de la crise en 2020, les réunions ont été maintenues et se sont déroulées en visioconférence. Les résidents pouvaient y participer par petits nombres dans plusieurs salles. À présent on peut se réunir dans le grand parloir avec précautions en respectant les règles sanitaires.

On a toujours pu communiquer sur la situation et le fait de participer, en visioconférence ou en présentiel, aux réunions (hebdomadaire voire bi-hebdomadaire) de cellule Plan Bleu depuis septembre 2020, nous permet d'avoir les informations et de suivre la situation.

Les difficultés identifiées

Les plus grandes difficultés étaient bien évidemment pour les salariés et les résidents.

Le début de crise était bien compliqué et déchirant de devoir confiner les résidents et donc les priver de visites.

C'était douloureux pour tous (résidents, salariés et familles). Il y a toujours eu des dérogations au cas par cas, vues avec la direction et le cadre de santé.

À la reprise des visites, nous les 2 membres du CVS, avec l'aide de quelques bénévoles, avons proposé nos services à l'accueil pour diriger les familles et faire respecter les consignes sanitaires. Nous avons rencontré quelques difficultés pour le respect des gestes barrières et du temps autorisé pour la visite, mais dans la grande majorité des cas les familles étaient compréhensives et nous remerciaient de notre présence.

Nous avons également souhaité présenter le témoignage de deux résidents de l'EHPAD du Centre René Fortin à Bohars quant à leur vécu au sein de l'établissement pendant la période COVID-19 en 2020 et 2021.

Leurs propos ont été recueillis par **Béatrice SORRIEUL**, cadre supérieur de santé des EHPAD-USLD du CHU de Brest, auprès de 2 résidents, **Mme Chantal PELAYO** et **Mr Sylvestre CROGUENNEC**.

Dans ces établissements, les résidents ont vécu les périodes de confinement des 2 premières vagues mais aussi lors de clusters importants, qui durent encore actuellement.



Mme PELAYO nous dit : « Je n'aime pas la solitude lors des isolements. Je mets la télévision pour avoir une présence quand je suis seule, même la nuit. Dans mon travail, j'ai toujours eu l'habitude de discuter, ça faisait partie du boulot. Quand nous sommes confinés, je peux appeler mes enfants autant que je veux et quand je veux. J'ai mon téléphone portable et les aides-soignantes et les infirmières m'aident à l'utiliser. Par contre, les embrasser me manque. Ce qui me manque aussi, c'est de voir les autres résidents. Discuter, avoir du contact, pendant les repas, en buvant un café, en fumant une cigarette. A la fin des isolements, je suis très contente de retrouver tout le monde. »



Mr CROGUENNEC, quant à lui, a été à la rencontre des autres résidents pour rapporter le témoignage le plus large possible. « La plus grande difficulté pour moi, personnellement, c'est le manque de relationnel, ne plus voir personne, être confiné, le manque de lien social. Il y a eu aussi la peur de l'avoir (le COVID). Mais la solitude était plus difficile à vivre que la peur de l'attraper. Plus le temps passe, plus les isolements sont durs à supporter quand il y a des cas dans l'EHPAD. Les activités collectives, le contact avec les résidents, le Club. Quand la salle à manger réouvre, les gens retrouvent le sourire. On est content de retrouver le contact. Quand j'ai demandé à une résidente, Marie, sur ce qui lui a le plus manqué avec l'isolement, elle m'a répondu « c'est toi ». La famille nous manque, c'est sûr. Surtout les conjoints qui viennent régulièrement. Mais certains avaient peur de venir, même si c'était possible. On voit la famille à travers les écrans et au téléphone, on voit les soignants. Mais plus les autres résidents. Mais ce qui manque surtout, ce sont les voisins de chambres et de table, ce sont les copains. »

LE FONCTIONNEMENT DES CDCA PENDANT CETTE PERIODE

Afin d'avoir des retours sur le fonctionnement des CDCA pendant la période COVID-19, les représentants des formations PH et PA des CDCA de chacun des 4 départements bretons ont été sollicités.

Jean-Yves QUERE

VP FSPA CDCA 22

Le Décret de renouvellement du CDCA 22 date du 25/01/2021.

Le CDCA s'est réuni effectivement en présentiel tant en bureau, en formation spécialisée qu'en plénière selon l'évolution de la pandémie.

- En plénière à 3 reprises : 2 présentiels et 1 visioconférence
- En formation spécialisée à 3 reprises : 2 présentiels et 1 visioconférence
- En bureau à 4 reprises (surtout en visioconférence).
- En groupe de travail sur l'attractivité des métiers à de nombreuses reprises tantôt en présentiel, tantôt en visioconférence.

Un travail constructif aussi autour du schéma des solidarités humaines du Département est en cours.

Les avis et rapports habituels ont pu être produits : sur le bilan du schéma achevé, sur le budget autonomie, sur le plan Senior, sur la procédure de consultation du schéma des Solidarités humaines du CD 22...

Par ailleurs, il y a eu de nombreuses discussions sur l'habitat, les EHPAD, l'expression des usagers, etc.

Nous avons également noté une bonne synergie et un appui des services du Département, avec une bonne écoute des élus.

La principale difficulté identifiée pendant la crise sanitaire liée à la COVID-19 était l'impossibilité de se rendre sur site, non seulement pour les réunions mais sur des dossiers.

Enfin, nous avons entamé un travail sur « l'illectronisme » dans le mandat précédent et qui devra être poursuivi.

Le CD 22 a présenté tout un travail sur l'usage du numérique...

Pierre DELOURME

VP FSPH CDCA 22

La FSPH du CDCA22 a été renouvelée en octobre 2020.

Depuis, la FSPH s'est réunie à 3 reprises autour des thématiques suivantes :

- Le 10 décembre 2020 :
 - Information sur les désignations pour les instances où siègent les membres du CDCA
 - Avis sur la convention triennale CNSA - Département - MDPH
 - Thématiques de travail 2021/2023 de la FSPH et des prochaines réunions
 - Présentation du rapport Vachey
 - Eléments d'activités de la MDPH en 2019
- Le 17 mai 2021 :
 - Communauté 360
 - Habitat Inclusif
 - Retour sur le comité technique CFPPA/Habitat Inclusif
 - La Pair Aidance : Présentation de l'association l'Heureux Pair
 - Mise en place d'une programmation de conférences de type "Les vendredis du Handicap"
 - Lancement des groupes de travail
- Le 10 mars 2022 :
 - Bilan MDPH 2020
 - Politique départementale du Numérique
 - Schéma des Solidarités humaines volet « Autonomie » : méthodologie de travail et contribution du CDCA

Le CDCA du Finistère a été installé en 2017. L'année 2020 correspondait donc au renouvellement de ses membres. Les activités du CDCA ont bien eu lieu en 2020 et 2021, sous forme de bureaux et de séances plénières (2 par an, comme prévu dans le règlement intérieur). L'organisation des avis à donner sur les rapports d'activité (CFPPA, DPAPH, MDPH, etc.) a été plus difficile voire empêchée dans certains cas.

Les échanges en visioconférence organisés par la FSPA (formation spécialisée personnes âgées) ont constitué des solutions intéressantes pour garder les liens, prendre des décisions, co-construire des avis... On peut noter que les thématiques développées avant le confinement dans différents ateliers ont pu être poursuivies. D'autres ont été développées en fonction des besoins.

Ainsi, les activités de la conférence des financeurs de la prévention et de la perte d'autonomie (CFPPA) ont – elles gardé une place importante dans les travaux d'ateliers. Depuis 2016, le CODERPA puis la FSPA participent, à leur demande, aux séances de la CFPPA. Deux RU de la FSPA siègent à chaque séance, à titre consultatif. Cette présence, préparée ou/et suivie par des ateliers, donne toujours l'occasion de rappeler combien, pour nous FSPA, sur un territoire, la coordination des actions de prévention comme une évaluation qualitative des projets mis en place est essentielle. De même, par ses mandats, la formation peut indiquer combien elle est attachée à ce que les actions touchent en priorité les personnes âgées fragilisées, démunies économiquement ou socialement ou culturellement.

Nous avons également donné une place primordiale à l'évaluation du quatrième schéma « Bien vieillir en Finistère ». Nous avons participé pleinement aux COPILs organisés sur ce sujet en distanciel par le CD. Ce travail approfondi a permis de construire un document contributif de la FSPA, pour l'évaluation du schéma qui se termine et l'élaboration du prochain (document remis en janvier 2022 ; dossier joint au rapport d'évaluation).

Il paraît important de souligner qu'en 2020 comme en 2021, en dehors des périodes de confinement, des séances plénières FSPA ont pu se tenir en « présentiel ». Ces sessions ont rappelé, par comparaison, le rôle indispensable des échanges directs entre les membres des différents collèges.

Ce retour sur expérience fait exprimer quelques regrets. Les périodes de travail à distance n'ont pas permis que soit organisé, parallèlement à l'installation du nouveau CDCA, une journée de formation pour transmission d'informations indispensables aux membres d'un organisme consultatif chargé d'analyser des politiques publiques envers les personnes âgées et de contribuer à leur élaboration (journée demandée de manière conjointe par les deux formations PA et PH). De même, une réunion des porteurs de projets soutenus par la CFPPA pour confronter des expériences n'a pu se réaliser. Pour La FSPA une telle journée d'étude aurait pu permettre, entre autres, de rendre compte d'actions de prévention dites innovantes ou traditionnelles construites non seulement pour mais avec les personnes âgées, un principe que la FSPA 29 essaie de mettre en avant chaque fois que cela est possible.

Je voudrais souligner ici combien la façon de travailler « en distanciel » - en quelque sorte imposée par le contexte sanitaire – s'est montrée de grand intérêt, tout particulièrement pour des groupes à nombre limité. Pour les grands effectifs en effet, plusieurs difficultés sont apparues (décrochage de certains membres, limite des échanges...).

Aujourd'hui, entre les membres de la FSPA, nous continuons à utiliser le « distanciel » de manière régulière pour échanger, préparer un bureau ou autre instance... Mais nous la considérons davantage comme un moyen complémentaire aux séances de travail en direct et non comme une façon de faire pouvant remplacer les réunions en « présentiel ». Celles-ci permettent de chercher ensemble, dans le dialogue, avec des rôles, des statuts, des expériences proches ou différentes, les meilleures réponses aux besoins et attentes des personnes âgées du département.

Michel LEBLOIS
Président CDCA 29

Pour la période de mars 2020 au 1er semestre 2021 quant au fonctionnement du CDCA, je dirai ceci :

Les 3 réunions de bureau plénier et les 2 réunions de la FSPH ont eu lieu en visioconférence, une réunion plénière CDCA a été annulée (30/03/2020), 2 autres ont eu lieu en visioconférence (23/6/2020 et 01/12/2020) et 1 en présentiel (04/05/2021).

Les réunions de bureau en visioconférence ont pu se dérouler normalement compte tenu du petit nombre de membres concernés. Par contre, les réunions plénières CDCA ou FSPH ont été très difficiles en visioconférence.

Il y avait également un absentéisme important pour ces réunions plénières.

Myriam CUSSONNEAU
VP FSPH CDCA 29

Les personnes qui siègent en CDCA prennent part également dans l'instance de la MDPH (CDAPH).

Durant la période COVID-19, nous avons essayé d'éviter les ruptures à tous les niveaux.

Les réunions ont été compliquées avec souvent plus de 20 minutes d'attente, car les PA n'avaient pas l'habitude de se connecter.

Nous avons essayé Teams, c'était laborieux il fallait téléphoner aux personnes qui n'arrivaient pas à se connecter. Puis nous sommes passés sur Zoom, là aussi ça a été folklorique.

Avec beaucoup de patience, nous avons eu tout le monde ou presque. Il a juste fallu téléphoner à deux d'entre eux, car ils n'avaient pas de support informatique ou des problèmes de connexion.

Claude LAURENT & Françoise MARCHAND
VP FSPH CDCA 35 - VP FSPA CDCA 35

L'année 2021 pour le CDCA a été particulière avec le renouvellement du CD et le changement de la présidence du CDCA (départ de Mme COURTEILLE et l'arrivée de Mme BILLARD). Au cours de 1er semestre il n'y a donc pas eu de réunion plénière : seulement une réunion du bureau et une réunion des formations spécialisées PA et PH pour évoquer les propositions d'avis obligatoires.

Au cours du 2e semestre : il y a eu des réunions des formations spécialisées pour préparer les avis pour le **Rapport annuel de la conférence des financeurs et le Rapport annuel de la MDPH**. Le rapport des caisses de retraite n'était pas encore prêt et donc n'a pas donné lieu à examen. Les avis ont été rendus conformément aux textes en séance de décembre.

Au cours de l'année 2020, nous avons sollicité de pouvoir disposer d'informations sur les modalités durant la période COVID pour les PA et PH, et leur vécu. Le travail qui a été mené par le CD à ce sujet n'a pas donné lieu pour notre instance à une communication malgré de multiples relances.

Une autre difficulté rencontrée est l'impossibilité de se réunir en formation complète : titulaires et suppléants. Ce qui limite la participation des membres et leur implication au sein du CDCA.

Les commissions et groupes de travail qu'il avait été envisagé de remettre en œuvre au cours de l'année 2021 n'ont pu se remettre en place qu'au 1er trimestre 2022. C'est ainsi qu'au 1er semestre 2022 on souhaite pouvoir disposer d'une communication dans la revue « NOUS VOUS ILLE » pour présenter le CDCA.

En juin 2021, la formation PH s'est réunie pour dresser un point de situation sur cette période difficile. Les échanges ont été particulièrement riches pour évoquer les modalités mises en œuvre par la MDPH et les autres instances durant cette période.

Les avis et les rapports habituels ont bien pu être formalisés lors de la séance plénière de décembre.

Dans cette période de crise, on peut signaler que l'ensemble des instances a dû agir au mieux dans une situation inédite.

Les droits MDPH ont donné lieu à reconduction. Mais en Ille-et-Vilaine nous avons voulu poursuivre les examens des dossiers pour ne pas nous retrouver submergés en sortie de crise.

Les protocoles très nombreux et changeants, quelquefois contradictoires n'ont pas toujours été bien compris.

Les nombreuses difficultés auxquelles nous avons dû faire face que ce soient les manques de matériel et de moyens, dont le manque de moyens de prévention et de vaccination a donné lieu à de nombreuses réunions- débats et séances de communication.

Il y a eu aussi des implications des RU comme la maison associative de la santé, France assos santé, la CSDU/CRSA, la mise en place d'une cellule de crise régulière pour être informés des évolutions.

Pour l'association Unafam : les retours en famille des personnes accueillies en ESMS a conduit à des difficultés. Il y a eu la mise en place des services d'écoute et des liens avec les PH rentrées à domicile, mais pour les familles cette période a été très difficile

Pour APF : cette période a donné lieu à la mise en place de temps conviviaux pour lutter contre l'isolement tout en maintenant les principes de précaution. : des sorties en petits groupes, création d'activités nouvelles permettant de poursuivre du lien social.

Des subventions ont pu être allouées permettant de poursuivre et de repenser des projets. Toute cette période a été également une source d'inventivité pour mettre en place les outils nécessaires pour des échanges et rencontres en visioconférence.

Des incompréhensions ont été pointées quant aux inscriptions en établissement. Mais à ce jour, les choses semblent à nouveau correctes.

Sur les vaccinations, les positions ministérielles étaient différentes entre les PA et les PH, et entre diverses familles de handicap, ce qui a généré de l'incompréhension et des colères.

A cet effet, j'ai été interpellé par des PH à domicile afin qu'elles puissent rentrer dans les

catégories prioritaires. Je suis intervenu auprès l'ARS pour pointer ces situations.

L'ARS est aussi venue en soutien aux ESMS sur les salaires versés aux ouvriers des ESAT et sur les tarifications aux établissements.

Le CD a adapté son règlement départemental d'aide sociale pour ne pas pénaliser les adultes qui avaient dû rentrer à domicile.

Le maintien des aides au logement a été décidé comme pour le RSA.

Le constat global que l'on peut dresser est que cette session démarrée en Janvier 2020 et qui doit s'achever début 2023, n'aura guère pu mener les diverses actions qui sont attendues.

Michel GUILLEVIN

Représentant UDAF56 au CDCA 56

Le 1er juillet 2021, il y a eu un nouveau Conseil Départemental.

Jusqu'à présent, aucune réunion plénière du CDCA n'a eu lieu.

Les formations spécialisées PA et PH n'ont pas été constituées.

La réunion plénière qui permettra la constitution des formations spécialisées, et la nomination des VP PA et PH, est prévue pour le 4 avril 2022.

LE FONCTIONNEMENT DES MDPH ET LES CDAPH PENDANT CETTE PERIODE

Afin d'avoir des retours sur le fonctionnement des MDPH et des CDAPH pendant la période COVID 19, la MDPH 29 et la MDA 56 ont été contactées. Les témoignages des directrices de MDPH 22 et 35 sont disponibles dans le rapport de l'année dernière.

Delphine BOURDAIS
Directrice MDPH 29

Lors des premières semaines du confinement, la MDPH a fonctionné de manière dégradée. En effet, nous n'étions pas outillés pour que nos 107 agents puissent travailler de manière dématérialisée alors que nous faisons face à des demandes urgentes liées à la crise sanitaire. Il a fallu environ un mois pour équiper l'ensemble des agents en matériel informatique permettant le télétravail.

En parallèle, l'ordonnance n°2020-312 du 25 mars 2020, a assoupli le fonctionnement de la MDPH et a prolongé, de manière automatique, les droits des personnes handicapées afin que la MDPH puisse se concentrer sur les situations urgentes.

Concernant l'organisation de la MDPH, pour l'instruction et l'évaluation des dossiers

Depuis 2019, la MDPH du Finistère s'est engagée dans un processus de simplification des démarches des usagers notamment avec l'allongement des périodes d'attribution des droits. La crise sanitaire a accéléré ce processus de transformation de la MDPH afin de fluidifier et de simplifier les démarches pour les personnes en situation de handicap et leurs accompagnants.

Ainsi, la MDPH du Finistère a suivi les différentes recommandations de la CNSA et de la DGCS, notamment :

- En acceptant les certificats médicaux de moins d'un an (réglementairement, la durée de validité était de 6 mois) ;
- En cas de renouvellement ou de révision d'un droit, la MDPH ne demandait pas les pièces obligatoires de recevabilité du dossier ;
- En priorisant les situations d'urgence et en assouplissant les formalités, notamment pour

les retours à domicile des personnes en situation de handicap.

Dans ce contexte, les agents de la MDPH ont dû apprendre à télé-travailler en s'adaptant à ce mode de travail, qui ne facilite pas l'évaluation pluridisciplinaire des dossiers MDPH. Par ailleurs, il a fallu traiter en même temps : les flux de dossiers classiques de la MDPH (première demande, renouvellement ou réexamen d'un dossier), mais également les situations urgentes, liées ou non avec le contexte sanitaire, afin de limiter l'effet de la crise sur un public souvent dans une situation précaire.

De plus, la MDPH a mis en place des permanences régulières et thématiques pour l'accompagnement des personnes en situation de handicap par des professionnels experts. Ces permanences ainsi que d'autres mesures de simplifications ont perduré et sont toujours en vigueur afin d'améliorer le fonctionnement de la MDPH du Finistère.

En parallèle et en complément, lors de la crise sanitaire, le département du Finistère, sous l'impulsion du gouvernement a mis en place une cellule de coordination et de répit COVID-19, composée de l'ARS, du Conseil Départemental, de la MDPH, des DAC et du PCPE. Un numéro a été mis en place pour les usagers en difficulté en lien avec la crise sanitaire. En 2020, 136 situations ont été accompagnées par ce dispositif, qui sera le préambule de la communauté 360.

Concernant l'organisation de la MDPH, pour les décisions de la CDAPH et des droits des usagers

L'ordonnance du 25 mars 2020, a permis d'assouplir le fonctionnement de la MDPH, notamment de la CDAPH, elle a également introduit un système de prolongation des droits au bénéfice des usagers afin de prévenir toute rupture de parcours ou de droits financiers.

Conformément à cette ordonnance, la Commission Exécutive de la MDPH (COMEX) a décidé le 31 mars 2020, d'organiser la CDAPH en formations spéciales :

- La « CDAPH classique », en format réduit, avec trois membres de la CDAPH qui représentaient l'Etat, le Conseil départemental et les usagers. Cette CDAPH classique avait pour fonction de traiter le flux classique des dossiers MDPH (première demande ou renouvellement des droits).
- La « CDAPH Urgences COVID-19 », qui permettait la validation des dossiers uniquement par la Présidente de la CDAPH.

A compter du 23 juillet, suite à l'allègement des mesures sanitaires, la CDAPH est réorganisée et s'élargit à 12 membres. A titre d'information, la CDAPH plénière est normalement composée de 23 membres. Ainsi, en fonction de l'évolution de la crise sanitaire, il a fallu adapter le nombre de participants à la CDAPH, tout en respectant le droit des personnes handicapées et de leurs familles à intervenir en Commission, par tous les moyens possibles : en présentiel, par téléphone, par visioconférence.

Par ailleurs, afin de limiter les ruptures des droits pendant ces périodes sanitaires, l'ordonnance du 25 mars 2020 a institué le mécanisme de prolongation automatique des droits MDPH pour une durée de six mois, lorsque les droits expiraient entre le 12 mars et le 31 juillet 2020. Cette logique a été reprise dans les ordonnances suivantes (ordonnances du 13 mai 2020 et du 9 décembre 2020).

Ainsi, la MDPH du Finistère a dû élaborer avec les organismes payeurs ou gestionnaires (CAF,

MSA, Conseil départemental, Education nationale), une stratégie de gestion des dossiers pour pouvoir identifier les situations qui relevaient des prolongations automatiques. Dans le Finistère, plus de 500 personnes ont pu bénéficier de cette prolongation des droits par le dispositif des ordonnances de mars, mai et décembre 2020, dont 286 personnes qui bénéficiaient de la PCH – prestation qui est la plus complexe à évaluer.

Ce dispositif de prolongation des droits était un dispositif d'urgence, il a permis de ne pas créer de rupture de droit en soulageant d'une part, les personnes qui n'étaient pas disposées à déposer leur dossier MDPH ; d'autre part, la MDPH qui n'était pas en capacité de traiter ces dossiers du fait de la crise sanitaire. Néanmoins, six mois après le début des prolongations, ce dispositif a engendré une accumulation de dossiers qu'il a fallu instruire et évaluer dans un temps restreint. En effet, le dispositif de prolongation a généré un stock important de dossiers complexes.

La crise sanitaire a dégradé le délai moyen de traitement des dossiers MDPH, qui était de 4,8 mois en 2019 et de 7,1 mois en décembre 2020. Aujourd'hui, avec le soutien du Conseil départemental, de l'Etat et de la CNSA, la MDPH a les moyens d'augmenter la qualité de service rendu, notamment en diminuant progressivement le délai moyen de traitement, actuellement ce délai moyen est de 4,8 mois. Cette dynamique départementale s'inscrit dans le plan d'action handicap pour le Finistère.

ORGANISATION MDA 2020/2021

Une organisation sous l'égide de la pandémie sanitaire et guidée par le maintien du lien avec les usagers.

L'objectif principal a été le maintien de la continuité de l'activité pendant la pandémie (équipement informatique progressif des agents en portables ou accès à distance sur leurs ordinateurs personnels ; accès aux logiciels métiers à distance ; agents en présentiel et en travail à distance)

Les liens ont été maintenus avec les partenaires institutionnels pour apporter des réponses à domicile aux usagers.

Des procédures idoines pour traiter les situations d'urgence, notamment autour de la PCH avec le Conseil départemental (CD) ont été formalisées. La coordination avec les partenaires institutionnels pour le traitement des situations signalées (PCPE ; ESMS, CD, EN...) a été accentuée pour éviter les ruptures de parcours.

Les équipes d'évaluation de la MDA ont dû s'adapter pour travailler à distance avec les partenaires : par exemple les liens ont été maintenus avec l'Education Nationale pour garantir les rentrées scolaires.

Le travail avec les EAS en 2020/2021 (espaces autonomie santé) pour déployer un accueil de niveau 1 de proximité pour les personnes en situation de handicap s'est poursuivi pendant la pandémie.

CDAPH 2020/2021

Fonctionnement

Les ordonnances ont été pleinement appliquées pour permettre d'assurer le fonctionnement des CDAPH (plénière et spécialisées).

Lors du premier confinement en 2020, Madame la Présidente de la CDA Plénière a garanti le fonctionnement des CDAPH en prenant l'ensemble des décisions.

Au premier déconfinement, seule la CDA Plénière s'est réunie en formation restreinte dans le respect des normes sanitaires. Une attention a été portée sur la participation des

associations, majoritaires dans cette composition).

Dès que cela a été possible, la CDA Plénière s'est réunie en semi-présentiel couplé avec une participation par audio.

En octobre 2021, les CDA Spécialisées ont repris et le présentiel des membres dans les CDAPH a été généralisé.

Décisions

Les ordonnances ont été appliquées pour éviter les ruptures de droits et les liens CAF/ CD maintenus pour éviter des ruptures de paiement.

Les délais moyens de traitement des demandes se sont dégradés et ont dépassé les 4 mois à compter de mai 2020 (5/6mois). Cette dégradation s'est poursuivie en 2021 (+ 6 mois) et a connu une décure dès octobre 2021 (5mois) suite à la prise de mesures de simplification administrative et de recrutement de postes en renfort à compter de septembre 2021 (6 postes) Cette dégradation des délais a trouvé sa source dans le contexte de pandémie sanitaire et celui d'évolution de la MDA (dématisation des dossiers ; Changement du système de traitement des dossiers-SIH et réorganisation de services).

Un accent a rapidement été mis sur la prise de droits sans limitation de durée : 8 128 en 2020 ; 15 566 en 2021.

RELATION USAGERS 2020/2021

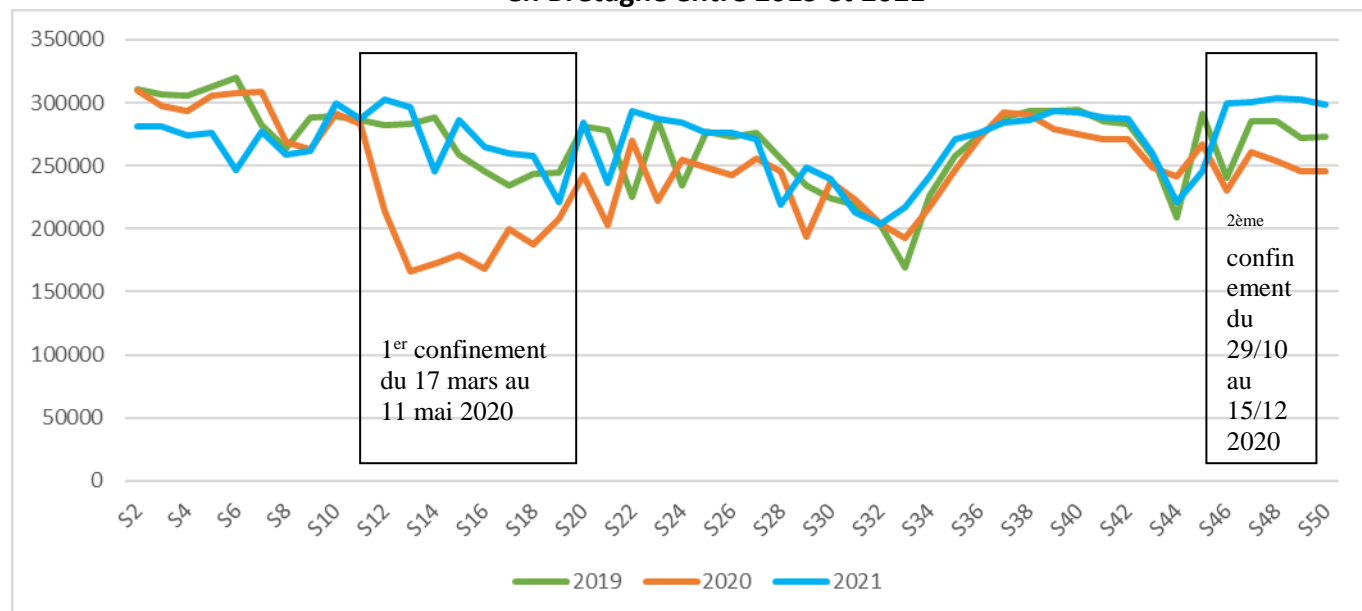
Le contact téléphonique a été maintenu en 2020/2021. L'accueil physique a été ré-ouvert en septembre 2020 et est resté ouvert aux usagers pendant les autres confinements aux horaires normaux d'ouverture.

Le numéro vert Communauté 360 COVID a été mis en place dès septembre 2020.

2 - LES DIFFERES DE SOINS OU NON ACCOMPAGNEMENT DE PERSONNES AGEES OU HANDICAPEES

LES RECOURS AUX SOINS PENDANT LA CRISE SANITAIRE

Evolution des recours hebdomadaires aux médecins généralistes libéraux en Bretagne entre 2019 et 2021



Source : SNDS (DCIR)– Exploitation ORS Bretagne

Les données extraites du Système national des données de santé (SNDS) permettent de visualiser et comparer le nombre de recours aux soins, ici les recours aux médecins généralistes libéraux, des années 2019, 2020 et 2021.

Les recours aux médecins généralistes ont été impactés par le premier confinement. Il y a eu une baisse importante du nombre de recours aux soins entre la semaine 11 (283.000 recours) et la semaine 12 (214.000 recours), correspond au début du confinement national.

Durant la période du 1^{er} confinement (de la semaine 12 à la semaine 19 incluses), il y a eu une diminution du nombre de recours aux médecins généralistes de 28 % par rapport à l'année 2019 sur la même période.

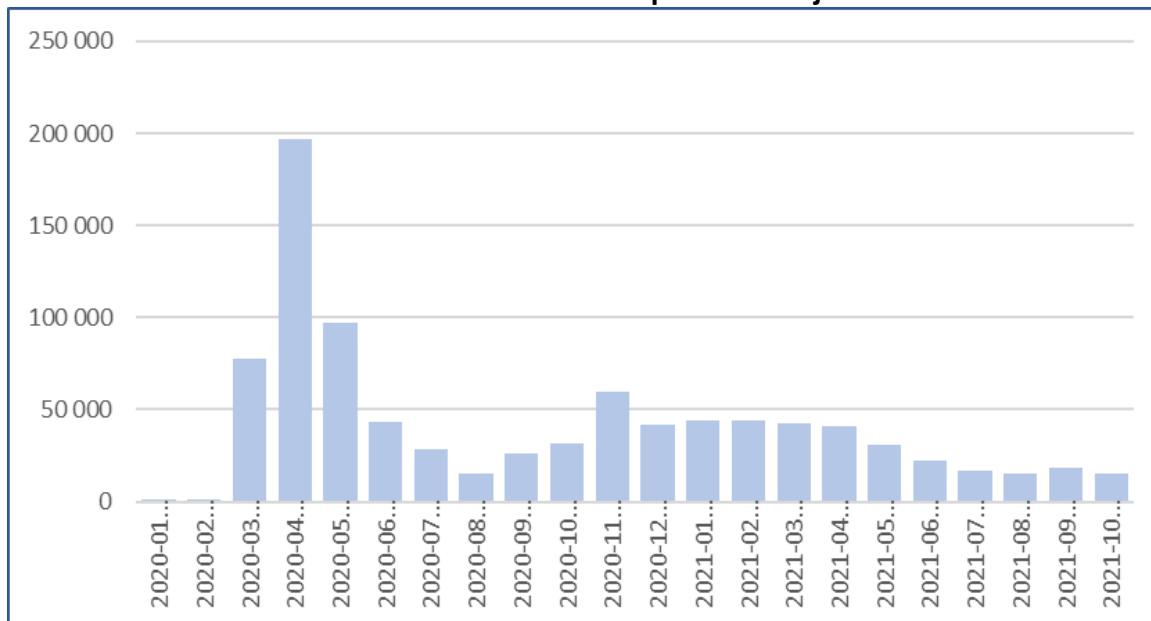
Après la fin du confinement, le nombre de recours hebdomadaires a mis plusieurs semaines avant de retrouver son niveau de 2019. Depuis juillet 2020, le recours aux médecins généralistes libéraux est comparable à l'année 2019.

Pendant la période du 2^{ème} confinement (de la semaine 45 à la semaine 50 incluses), il y a eu une baisse d'environ 9 % du nombre de recours aux médecins généralistes par rapport à l'année 2019. Le nombre de recours est revenu au niveau de l'année précédente début février 2021.

Les vagues suivantes de l'épidémie de COVID-19 n'ont pas impacté le nombre de recours aux médecins généralistes libéraux.

LES ACTES DE MEDECINE EN TELECONSULTATION EN BRETAGNE EN 2020 ET 2021

Nombre d'actes de médecine en téléconsultation par mois de janvier 2020 à octobre 2021



Source : SNDS. Ensemble des professionnels exerçant en Bretagne, et ayant donné l'information de leur acte à l'assurance maladie (Libéraux, Centres de santé). Les actes peuvent ne pas avoir fait l'objet d'un remboursement (Exercice externe hôpital).

Avant le début de la crise sanitaire lié au COVID-19, on dénombrait environ 900 actes de téléconsultation par mois. A partir du mois de mars 2020, il y a eu une explosion du nombre d'acte de téléconsultation, avec un pic à 196.000 actes au mois d'avril. Au total sur l'année 2020, près de 620.000 actes de téléconsultations ont été réalisés en Bretagne (dont 60 % entre mars et mai). De juin à octobre 2020, il y a eu une baisse en lien avec le déconfinement et le besoin pour les professionnels de santé de revoir les patients. A partir de novembre 2020 et jusqu'en mai 2021, le nombre de téléconsultations est remonté et s'est stabilisé à environ 42 000 actes par mois.

Au mois du 3 juin 2021, la téléconsultation par téléphone n'est plus comptabilisée, d'où une nouvelle chute du nombre d'actes de téléconsultation (passage de 42 000 actes à 15 000 actes par mois).

La majorité des actes de téléconsultation (82 %) sont des actes de médecine générale, des actes de psychiatrie (8 %) et d'anesthésie-réanimation (1 %).

Environ 40 % des actes de téléconsultation ont eu lieu en Ille-et-Vilaine, 27 % dans le Finistère, 19 % dans le Morbihan et 14 % dans les Côtes d'Armor.

En Bretagne, Les bénéficiaires d'actes de téléconsultation sont 13 % à avoir moins de 20 ans, 61 % ont entre 20 et 59 ans, 25 % ont 60 ans ou plus. Au mois d'octobre 2021, environ 28 % des téléconsultants ont une ALD.

En 2021, les téléconsultations représentent 2,2% des actes totaux réalisés par les médecins généralistes et spécialistes en Bretagne (contre 3,8% en France).

Pour suivre l'évolution des pratiques, un indicateur mesure la part des médecins de ville généralistes et spécialistes ayant facturé au moins une téléconsultation au cours du dernier trimestre. La cible est de 45 % pour la fin 2022. En 2021, la moyenne de cet indicateur est 37,3 % en Bretagne (contre 35,9 % en France).

Les constats

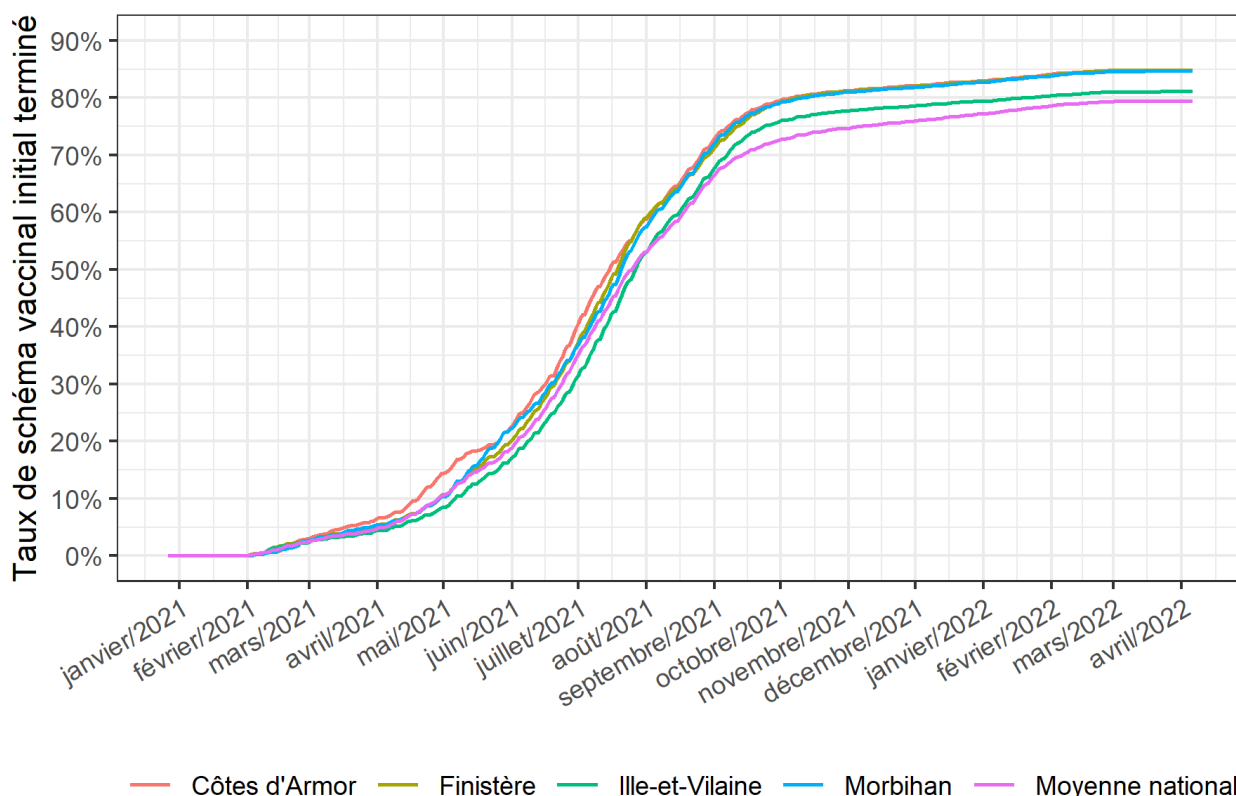
- Beaucoup de médecins à l'hôpital ont converti leurs consultations de spécialistes en téléconsultations afin d'éviter les ruptures de prise en charge (80 spécialités recensées en mai 2022 dans les établissements sanitaires bretons).
- Certains médecins ont démarré au téléphone au début par manque de matériel informatique (caméra en rupture) puis sont passés à un système de visioconférence.
- L'accès s'est démocratisé : mise à disposition gratuite de solution de téléconsultation a permis à chaque professionnel de santé de s'approprier cette nouvelle pratique et d'essayer la solution qui lui convenait le mieux
- Les solutions ont « fleuri », le ministère référence plus d'une centaine de solutions
- La crise a permis l'accélération de l'entrée de nouvelles professions autorisées à exercer en télésanté
 - Médical : sage-femmes
 - Paramédical : les orthophonistes, les ergothérapeutes, les psychomotriciens et les masseurs-kinésithérapeutes
- Arrivée progressive des actes dans le droit commun suite à une négociation conventionnelle, ce qui est un bénéfice pour le patient

Enjeux relatifs à la télésanté identifiés par l'ARS

- Pérenniser les usages acquis pendant la crise et malgré l'arrêt de la téléconsultation par téléphone
- Développer l'offre des professionnels de santé
- Maintenir une dynamique des porteurs sans un outil de télémédecine commun
- Faire vivre une communauté de référents sans un outil de télémédecine commun
- Accompagner l'arrivée des nouveaux actes et professions dans le droit commun
- Former les professionnels et futurs professionnels de santé
- Sensibiliser les usagers

3 - LA VACCINATION CONTRE LA COVID-19 EN BRETAGNE

Evolution du taux de couverture vaccinale des personnes complètement vaccinées¹ contre la COVID-19 dans les départements bretons entre janvier 2021 et avril 2022



Source : Santé Publique France - Données relatives aux personnes vaccinées contre la Covid-19 disponibles en open data au 8 avril 2022 : <https://www.data.gouv.fr/fr/datasets/donnees-relatives-aux-personnes-vaccinees-contre-la-covid-19-1/> - Exploitation ORS Bretagne

¹ : Le taux de couverture vaccinal des personnes complètement vaccinées contre la COVID-19 est le nombre de patients, rapporté à la population dont la vaccination était considérée comme terminée avant la mise en place du rappel vaccinal.

De mars à mai 2021, le département des Côtes d'Armor était en avance sur la vaccination par rapport aux autres départements bretons. Alors qu'en Ille-et-Vilaine, la couverture vaccinale était inférieure à la moyenne nationale jusqu'à la fin de l'été 2021.

Globalement, la grande majorité des vaccinations complètes a eu lieu durant la phase de progression rapide de la vaccination de mai à septembre 2021.

Depuis la fin du mois de septembre 2021, la progression est beaucoup plus lente dans tous les départements.

Dans les départements des Côtes d'Armor, du Finistère et du Morbihan, la progression était comparable depuis septembre pour atteindre une couverture de près de 85 % début avril 2022.

En Ille-et-Vilaine en avril 2022, la couverture vaccinale était plus faible (81,2 %) bien que légèrement supérieure à la moyenne nationale (79,5 %).

**Couverture vaccinale des personnes complètement vaccinées par classe d'âge
dans les départements bretons au 3 avril 2022**

	Côtes-d'Armor	Finistère	Ille-et-Vilaine	Morbihan	Bretagne	France
0-11 ans	3,5%	4,6%	2,8%	3,0%	3,4%	2,5%
12-17 ans	94,7%	94,9%	92,5%	93,5%	93,7%	82,4%
18-29 ans	99,0%	99,0%	93,3%	99,0%	99,0%	95,5%
30-39 ans	90,8%	92,3%	92,2%	89,5%	91,4%	90,3%
40-49 ans	91,6%	93,1%	93,5%	92,9%	92,9%	91,8%
50-59 ans	94,9%	95,4%	96,3%	94,8%	95,4%	93,9%
60-69 ans	94,6%	95,8%	95,3%	95,8%	95,4%	92,5%
70-79 ans	99,0%	99,0%	99,0%	99,0%	99,0%	98,9%
80 ans et plus	89,5%	92,0%	92,0%	90,7%	91,2%	87,1%
Total	84,9%	84,9%	81,2%	84,7%	83,7%	79,5%

Source : Santé Publique France - Données relatives aux personnes vaccinées contre la Covid-19 disponibles en open data au 8 avril 2022 : <https://www.data.gouv.fr/fr/datasets/donnees-relatives-aux-personnes-vaccinees-contre-la-covid-19-1/> - Exploitation ORS Bretagne

NB : Pour le calcul des taux, SPF a utilisé comme dénominateur les données du Recensement de la Population. Les taux calculés sont tronqués à 99,0%.

La classe d'âge où les taux de couverture vaccinale sont les plus élevés, en Bretagne et en France, est celle des 70-79 ans, suivie de celle des 18-29 ans. Pour cette dernière classe, le taux calculé pour l'Ille-et-Vilaine (93,3 %) est inférieur aux autres départements bretons (99,0 %) et au taux national (95,5 %).

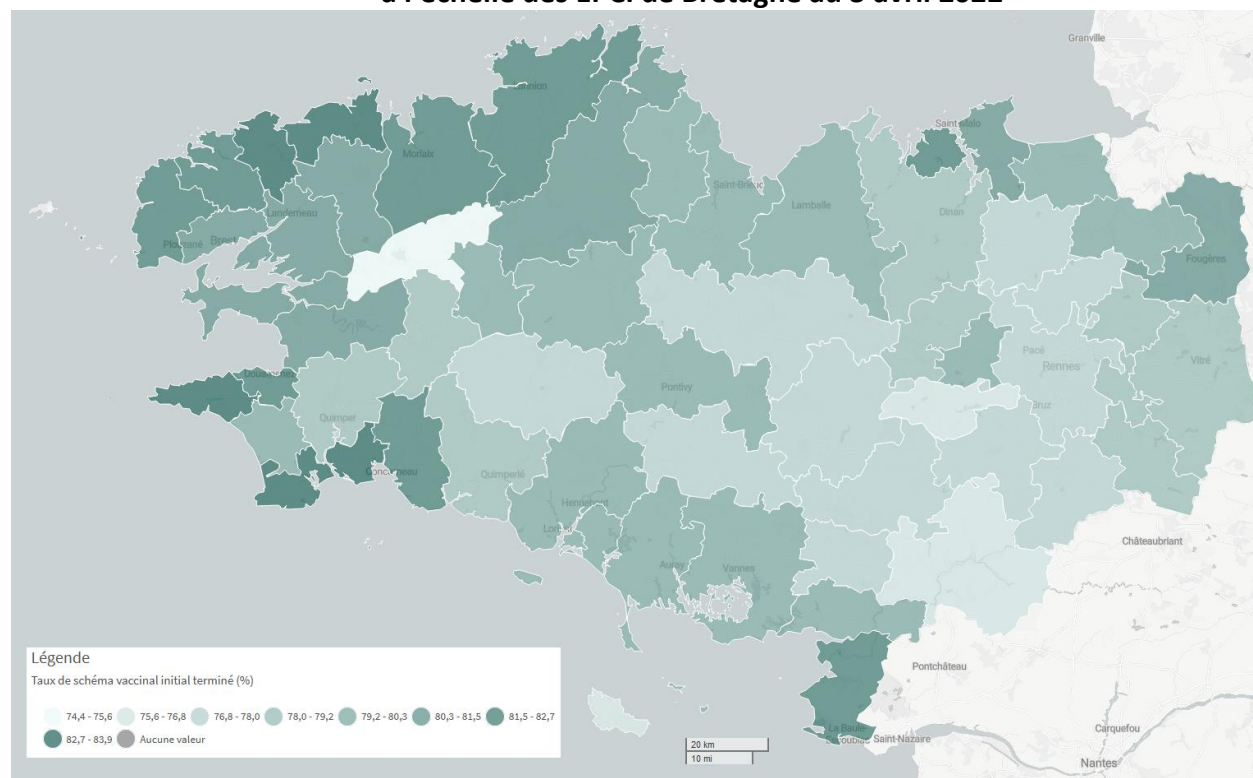
Pour les classes d'âge comprises entre 30 et 69 ans, les taux sont globalement homogènes entre les départements bretons, compris entre 89,5 % pour les 30-39 ans dans le Morbihan et 96,3 % pour les 50-59 ans en Ille-et-Vilaine. A l'exception des taux pour les 30-39 ans dans le Morbihan (89,5 %) et pour les 40-49 ans dans les Côtes-d'Armor (91,6 %) qui sont légèrement inférieurs aux moyennes nationales (respectivement 90,3 % et 91,8 %), les taux de couverture vaccinale sont toujours légèrement supérieurs aux moyennes nationales.

Pour la classe d'âge des 12-17 ans, les taux dans les départements bretons sont compris entre 92,5 % en Ille-et-Vilaine et 94,9 % dans le Finistère, soit plus de 10 points au-dessus de la moyenne nationale (82,4 %).

Pour la classe d'âge des 80 ans et plus, les taux sont compris entre 89,5 % dans les Côtes-d'Armor et 92,0 % en Ille-et-Vilaine et dans le Finistère. Ces taux sont légèrement supérieurs à la moyenne nationale (87,1 %).

Les données de SPF ne permettent pas de visualiser les taux de couverture vaccinale à une échelle plus fine que le département. Les données de l'Assurance Maladie ont été utilisées pour visualiser les contrastes en termes de couverture vaccinale à l'échelle des EPCI de Bretagne. Pour la même date, les taux correspondant à la couverture vaccinale des personnes complètement vaccinées sont plus faibles qu'à l'échelle des départements. Le dénominateur utilisé n'est pas le même, les taux calculés par SPF ne sont pas comparables avec ceux calculés par l'Assurance Maladie.

Couverture vaccinale des personnes complètement vaccinées contre la COVID-19 à l'échelle des EPCI de Bretagne au 3 avril 2022



Source : Données de l'Assurance Maladie - Carte disponible sur internet : <https://datavaccin-covid.ameli.fr/pages/details-epci-communes/>

A l'échelle des EPCI de Bretagne, les taux de couverture vaccinale des personnes complètement vaccinées sont hétérogènes.

La couverture vaccinale est plus élevée dans les EPCI situés près du littoral (CAP Atlantique, CC Côte d'Emeraude, CA Saint Malo Agglo...), notamment sur les côtes littorales du Finistère sud (CC du Pays Bigouden sud, CC du pays Fouesnantais, CA Concarneau Cornouaille Agglo...) et du Finistère nord et jusqu'au nord des Côtes-d'Armor. L'EPCI avec le taux le plus élevé est la CC Haut Léon Communauté (83,9 %).

Les EPCI avec les couvertures vaccinales les plus faibles sont situés dans les terres, plutôt en Ille-et-Vilaine (CA Redon Agglo, CC de Brocéliande) et dans le centre Bretagne (CC Loudéac Communauté Bretagne Centre, CC Roi Morvan Communauté). L'EPCI avec la couverture la plus faible est la CC Monts d'Arrée Communauté (74,4 %), soit près de 10 points de moins que l'EPCI avec le taux le plus élevé.

4 – ILLUSTRATIONS D’ACTIONS MENEES EN BRETAGNE ET DANS NOS DEPARTEMENTS

Malgré le contexte sanitaire, en région Bretagne les partenaires ont poursuivi leur mobilisation au service des usagers par différentes actions.

UNE INNOVATION DANS UN EHPAD : LE CAFE ETHIQUE

Christine PERRONE

RU au CVS de l’EHPAD St Louis à Rennes

Le café éthique a été mis en place par la direction de la maison de retraite St Louis à Rennes.

Le but est de permettre aux agents mais aussi à des personnes extérieures comme les représentants des familles et aussi les représentants des résidents de réfléchir à certaines situations posant des questions éthiques au personnel.

La confrontation entre des réflexions émanant de professionnels et de personnes extérieures permettent de déceler et apporter des réponses adaptées et plus respectueuses du résident, de sa liberté et répondant aussi aux inquiétudes du personnel.

Les personnes qui participent au café éthique sont : les membres du personnel du service requérant, les représentants des familles élus au CVS et ceux des résidents élus au CVS, mais peuvent s’y adjoindre des intervenants extérieurs comme un kiné ou des bénévoles...

Il n’y a pas de fréquence établie car le café éthique se réunit lorsqu’une question éthique se pose au personnel.

Cette expérience permet une meilleure compréhension des conditions de travail du personnel, permet aux familles et résidents de participer à la recherche de solutions en bonne entente et avec les personnels. Cela permet de dédramatiser certaines situations, de prendre du recul, d’apporter des solutions qui peuvent provoquer la mise en place de modalités dans les relations avec les résidents. D’une situation isolée peut se mettre en place des actions plus généralisées. D’autres peuvent faire l’objet ultérieur de discussion en CVS...

LA CELLULE DE CRISE ARS/USAGERS EN 2021

France Assos Santé Bretagne

En 2021, la cellule de crise usagers a continué à se réunir régulièrement pour évoquer la situation sanitaire en Bretagne et les mesures de gestion mises en place. Comme en 2020 nous avons pu avoir des éléments chiffrés et explicités sur la pandémie en Bretagne et ainsi suivre les différentes mesures mise en place (dépistage, centre de vaccination...). Nos différents échanges nous ont aussi permis d’apporter des remarques ou suggestions sur ces mesures mais également relayer les questions ou problématiques émanant de nos associations, RU et usagers.

Ces rencontres régulières restent nécessaires pour le soutien et l’animation de notre réseau associatif.

ARS Bretagne

Dans la continuité de l’année 2020, la cellule ARS/Usagers s’est réunie en 2021, tous les 15 jours en période de crise, puis tous les mois quand les conditions sanitaires se sont améliorées.

Ce temps d’échange privilégié entre l’ARS et les associations de représentants de patients est l’occasion d’aborder l’évolution de l’épidémie COVID-19, les données d’hospitalisations, les chiffres de la vaccination... Il constitue également un lieu de partage et de questionnement sur des sujets plus courants tels que la permanence des soins, l’actualité sanitaire...

En fin d’année 2021, la cellule usagers a souhaité mettre à jour les recommandations de bonnes pratiques à destination des établissements sanitaires et médico-sociaux pour associer les usagers et leurs représentants dans la crise et améliorer les droits des patients et de leurs familles. Une communication spécifique a été faite auprès des établissements au même titre que celle que nous avons réalisée en 2020.

ENQUETE AUPRES DES RU EN CDU EN PERIODE D'EPIDEMIE DE COVID-19

France Assos Santé a mené une enquête auprès des RU en CDU en février 2021 au niveau national.

En Bretagne, 89 RU ont participé à l'enquête. Voici un extrait des résultats :

Des témoignages sur les échanges entre RU :

« Manque d'information et d'implication des RU alors qu'avant la crise sanitaire nous étions très impliqués dans divers groupe travail. »

« En juillet 2020, nous avons souhaité nous retrouver pour des échanges sur notre mandat de RU et envisager ensemble les recommandations que nous souhaitons présenter en CDU, l'occasion aussi de faire plus ample connaissance car deux nouveaux représentants ont rejoint la commission depuis le renouvellement en 2019. »

« A chaque fois que l'avis est demandé, l'échange téléphonique a permis une réponse collégiale. »

« Elle (l'autre représentante des usagers) ne répond pas à mes mails. »

Des témoignages sur le fonctionnement de l'établissement :

« Depuis le début de la pandémie, et entre les réunions, les RU ont été destinataires de plusieurs notes expliquant les difficultés rencontrées par l'établissement et les mesures prises, et sollicitant nos observations. »

« Pas de difficulté de fonctionnement. »

« Excellent partenariat professionnels / RU dans cet établissement. »

« Information à posteriori sur les situations de crise. La presse et les syndicats étaient informés avant nous. »

« Tout paraît être en sommeil. »

« La démocratie sanitaire est une belle invention mais cela reste des mots pas des faits. »

« Nous sommes traités avec courtoisie mais je crains que nous ne soyons considérés que comme une instance décorative obligatoire. »

Une partie de la conclusion de Madame RAMBAUD :

Cette enquête ne nous permet de mieux comprendre comment a pu s'exercer ou non au sein des établissements de santé, nos hôpitaux et nos cliniques, ce que l'on appelle la démocratie en santé. Est-ce que cette démocratie a aussi eu à souffrir de la crise ? Les résultats démontrent hélas que, dans de trop nombreux cas, l'exercice de démocratie en santé au sein des établissements de santé a souffert lui aussi de la crise : des instances se réunissant trop peu ; des plaintes et réclamations moins, voire plus du tout, transmises alors qu'elles constituent un levier majeur pour améliorer ou au moins adapter les pratiques ; des représentants des usagers trop souvent mis sur la touche y compris sur des sujets majeurs pour les patients et leurs proches comme les visites.

Une mise en retrait que certains RU ont pu parfois d'eux-mêmes exercer, ainsi, ils ne sont que 41,8% à indiquer avoir eu des échanges entre RU de l'établissement en dehors des réunions de CDU. Certains nous ont également indiqué pendant cette année 2020 qu'ils ne se sentaient pas en position de « déranger » les établissements et les professionnels noyés par la crise ou encore qu'ils étaient inquiets pour leur santé ce qui est bien compréhensible puisque beaucoup sont eux-mêmes (ou leurs proches) concernés par la maladie.

Cependant cette enquête démontre bien que certains établissements ont su très heureusement maintenir cette nécessaire démocratie en santé pendant cette période en réunissant les instances, en consultant les RU sur de nombreux points afin de les faire participer aux nécessaires adaptations du fonctionnement des établissements pendant la période. Ces établissements et les représentantes et représentants qui y siègent nous apportent la preuve que cela est possible ; les périodes de crise ne sont donc pas des périodes où la démocratie en santé s'éteint.

SYNTHESE

Globalement, aux vues des diverses observations faites ainsi que des préconisations, avis et force est de constater que le rapport 2021 ressemble à celui de l'année précédente avec quelques points à souligner.

On s'aperçoit que les établissements ont formé moins de professionnels sur le respect du droit des usagers, mais aussi organisé moins de réunions avec les représentants d'usagers. On peut s'interroger sur l'impact du COVID sur les organisations.

Une nouveauté étant d'avoir une vision du droit des usagers au sein des CVS, elle nous montre aussi une demande forte de formation des professionnels mais également des représentants des personnes concernées. Il est important pour nous, Commission Spécialisée Des Droits des Usagers, de s'appuyer sur des organisations et associations produisant de la documentation et proposant des formations à destination des usagers et de leurs représentants et de remobiliser nos troupes pour redynamiser les CDU (Commissions des Usagers) et commissions internes au fonctionnement des établissements sanitaires (CLUD, CLIN, CLAN...)

Force est de constater que dans le champ médico-social peu d'établissement ont rédigé un volet « soins palliatifs » dans leur projet d'établissement, on peut s'interroger sur l'accompagnement de ces prises en charge par les professionnels.

De bons résultats à confirmer et à faire encore progresser au niveau de l'accès au dossier médical.

A défaut de données accessibles sur la scolarisation des enfants en situation de handicap pour l'année scolaire 2020-2021, nous ne pouvons apporter d'observations.

Comme les années précédentes, nous ne pouvons apporter d'observations et informations sur les droits des personnes détenues faute de données disponibles dans ce champ.

Il est à noter que dans le domaine de la santé mentale, de très gros efforts sont encore à faire et nous ne devons pas nous contenter des résultats actuels, ce sujet mériterait d'être approfondi.

En ce qui concerne l'accès aux soins pour tous, les remarques des années précédentes sont récurrentes, De plus, le fait qu'il y ait une baisse du nombre de saisines de conciliateurs n'est pas nécessairement un progrès, mais au contraire probablement un abandon de soins.

Un des axes d'amélioration serait d'augmenter le nombre des représentants des usagers, renforcer et compléter leurs formations par l'intermédiaire des associations agréées (France-Assos-Santé par exemple...) qui permettront de consolider leurs connaissances et ils pourront ainsi être mieux armés pour faire valoir les droits des usagers au sein des instances de démocratie en santé.

GLOSSAIRE

ADAPEI : Association départementale de parents et d'amis des personnes handicapées mentales
AFR : Actions de Formations Régionales
ALMA : Association de lutte contre la maltraitance
AM : Assurance Maladie
AME : Aide Médicale d'Etat
AMOS : Assurance Maladie Offre de Soins
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
ASTEQ : Association des Professionnels de Santé du Territoire et Environs de Questembert
AVS : Auxiliaire de Vie Scolaire
CCI ou CRCI : Commission Régionale de Conciliation et d'Indemnisation
CDCA : Conseil départemental de la citoyenneté et de l'autonomie
CDSP : Commission départementale des soins psychiatriques
CDU : commission des Usagers (remplace la CRUQPC)
CLS : Contrats Locaux de Santé
CASSAJA : Centre d'Accueil et de Soins Spécialisés pour Adolescents et Jeunes Adultes
CFPPA : Conférence des Financeurs de la Prévention de la Perte d'Autonomie des personnes âgées
CMU : Couverture Maladie Universelle
CPAM : Caisse Primaire d'Assurance Maladie
CRSA : Conférence Régionale de la Santé et de l'Autonomie
CRUQPC : Commission des Relations avec les Usagers et de la Qualité de la Prise en Charge
CSDU : Commission Spécialisée Droit des Usagers
CT : Conférence de Territoire
CVS : Conseil de la Vie Sociale
DGOS : Direction Générale de l'Offre de Soins
EHPA : Etablissement d'Hébergement pour Personnes Agées
EHPAD : Etablissement d'Hébergement pour Personnes Agées Dépendantes
ERASME : Extraction, Recherche, Analyse, Suivi Médico Economique
ESAT : Établissement et Service d'Aide par le Travail
ESMS : Etablissement et service Médico-Social
ESPIC : établissement de santé privé d'intérêt collectif
FSPA : Formation spécialisée relative aux personnes âgées
FSPH : Formation spécialisée relative aux personnes handicapées
FAM : Foyer d'Accueil Médicalisé
HAS : Haute Autorité de la Santé
IME : Instituts Médico-Educatifs
MAS : Maisons d'Accueil Spécialisées
MCO : Médecine, Chirurgie, Obstétrique
MDPH : Maison Départementale des Personnes Handicapées
MSP : Maison de Santé Pluridisciplinaire
OSSD : Observatoire des Structures de Santé des personnes Détenues

PPC : Plan Personnalisé de Compensation

RU : Représentant des Usagers

SAMSAH : Service d'Accompagnement Médico-Social pour Adultes Handicapés

SAVS : Service d'Accompagnement à la Vie Sociale

SCHS : Service communal d'hygiène et de santé

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

SNDS : Système National des Données de Santé

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 Localisées pour l'Inclusion Scolaire

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

USLD : Unité de Soins Longue Durée

CRSA
Rapport annuel
2021

Respect des droits des usagers du système de santé



Directeur de la publication : Roland OLLIVIER
Coordination : Pascal Royer, Samantha Dodard, Clélia Bassinat
Rédaction : ORSB, CSDU
Crédits photos : ARS Bretagne
Impression : Cloître
Réalisation : ARS Bretagne
Dépôt légal : à parution
N° ISSN : 2416 - 4674