

Rapport

annuel

2013



Respect des droits des usagers  
du système de santé



Bretagne  
Conférence Régionale de Santé et de l'Autonomie

# Édito



Ce rapport d'activité 2013 sur les droits des usagers est relatif aux données de l'exercice 2012.

Il se distingue très singulièrement des rapports des années antérieures car il est établi conformément au cahier des charges réalisé par le Ministère de la Santé, lequel avait été soumis pour avis à la Conférence nationale de la santé.

Ce rapport n'est plus simplement constitué à partir des données provenant des établissements sanitaires, et notamment des rapports des CRUQPC (Commissions de la relation des usagers et de la qualité de la prise en charge). Il est tourné vers quatre grands objectifs qui concernent l'ensemble des citoyens :

- promouvoir et faire respecter les droits des usagers,
  - renforcer et préserver l'accès à la santé pour tous,
  - conforter la représentation des usagers du système de santé,
  - renforcer la démocratie sanitaire,
- lesquels sont eux-mêmes déclinés en 15 items.

Le cahier des charges fixé par l'arrêté du 5 avril 2012 indique que les données qui sont prises en considération sont des données détenues par les ARS ou collectées par ses services et que l'analyse de ces données relève de la Commission spécialisée sur les droits des usagers. « *Ce rapport est donc établi sur la base des données mentionnées dans le tableau annexé et disponibles en région ; ces données sont collectées et consolidées par l'Agence Régionale de Santé, la Conférence Régionale de la Santé et de l'Autonomie étant chargée de leur analyse.* »

C'est ainsi que pour l'ensemble des objectifs sont pris en compte les volets sanitaire (Ambulatoire, établissement) et médico-sociaux.

Or, force est de constater que si les données sont existantes ou plus faciles à obtenir pour le volet établissements sanitaires (du fait d'une procédure plus ancienne de recueil de données), cela est beaucoup plus complexe pour le champ ambulatoire ou pour le champ médico-social. En effet, les dispositions de la loi du 2 janvier 2002 rénovant l'action sociale et médico-sociale qui a institué les conseils de la vie sociale n'ont pas prévu de rapport annuel ni de transmissions aux instances, de même que les plaintes et réclamations ne sont pas traitées selon les mêmes procédures que pour le secteur hospitalier, ce qui complique ainsi les recueils de données.

Ce rapport a donc pris en compte l'ensemble des données qui ont pu être recueillies.

Il est aussi fait mention des difficultés à respecter le cahier des charges.

Force est donc de constater que les préconisations portent principalement sur le recueil des données et leur compilation et analyse. Des efforts importants restent à effectuer dans ce cadre.

La commission tient à remercier les différents partenaires et organismes qui ont communiqué les données nécessaires à ce rapport, ainsi que les Fédérations et établissements hospitaliers.

Un merci particulier aux services de l'ARS qui ont compilé les données, effectué les relances et mis en forme ce rapport.

**Le Président de  
la Commission Spécialisée  
Droits des Usagers Bretagne,**

**Claude LAURENT**

# Sommaire

## 1 ▶ Promouvoir et faire respecter les droits des usagers

<b>A</b>   Former les professionnels de santé sur le respect des droits des usagers .....	<b>4</b>
<b>B</b>   Rendre effectif le processus d'évaluation du respect des droits des usagers .....	<b>5</b>
<b>C</b>   Droit au respect de la dignité de la personne - promouvoir la bientraitance .....	<b>9</b>
<b>D</b>   Droit au respect de la dignité de la personne - prendre en charge la douleur .....	<b>12</b>
<b>E</b>   Droit au respect de la dignité de la personne - encourager les usagers à rédiger des directives anticipées relatives aux conditions de leur fin de vie .....	<b>13</b>
<b>F</b>   Droit à l'information - permettre l'accès au dossier médical .....	<b>15</b>
<b>G</b>   Assurer la scolarisation des enfants handicapés en milieu ordinaire ou adapté .....	<b>17</b>
<b>H</b>   Droit des personnes détenues - assurer la confidentialité des données médicales et l'accès des personnes à leur dossier médical .....	<b>20</b>
<b>I</b>   Santé mentale - veiller au bon fonctionnement des commissions départementales de soins psychiatriques .....	<b>20</b>

## 2 ▶ Renforcer et préserver l'accès aux soins pour tous

<b>A</b>   Assurer l'accès aux professionnels de santé libéraux .....	<b>22</b>
<b>B</b>   Assurer financièrement l'accès aux soins .....	<b>23</b>
<b>C</b>   Assurer l'accès aux structures de prévention .....	<b>23</b>
<b>D</b>   Réduire les inégalités d'accès à la prévention, aux soins et à la prise en charge médico-sociale sur tous les territoires .....	<b>25</b>

## 3 ▶ Conforter la représentation des usagers du système de santé

Former les représentants des usagers siégeant dans les instances du système de santé .....	<b>27</b>
--	-----------

## 4 ▶ Renforcer la démocratie sanitaire

Garantir la participation des représentants des usagers et des autres acteurs du système de santé dans les conférences régionales de santé et de l'autonomie et dans les conférences de territoire .....	<b>28</b>
--	-----------

## 5 ▶ Synthèse : les droits des usagers par secteur

<b>A</b>   Les droits des usagers dans le secteur sanitaire : (1) volet « Ambulatoire », (2) volet « Établissements Sanitaires » .....	<b>30</b>
<b>B</b>   Les droits des usagers dans le secteur médico-social : (1) volet « Personnes handicapées », (2) volet « Personnes âgées » .....	<b>31</b>

## 6 ▶ Préconisations et suivi des recommandations

**34**

## ANNEXES

<b>A</b>   Glossaire .....	<b>36</b>
<b>B</b>   Analyse des données des rapports des CRUQPC .....	<b>37</b>

# Promouvoir et faire respecter les droits des usagers



## FORMER LES PROFESSIONNELS DE SANTÉ SUR LE RESPECT DES DROITS DES USAGERS

### CHAMP AMBULATOIRE

#### Rappel Cahier des Charges

*Indicateurs / données à recueillir : le Guide d'application du cahier des charges prévoit pour cet objectif de recenser les programmes de développement professionnel continu (DPC) collectif annuel ou pluriannuel, les organismes chargés de mettre en œuvre le DPC dans la région. Et pour les médecins libéraux, d'identifier les formations disponibles en région en 2012 (éducation thérapeutique, relation médecin-patient, prise en charge de la douleur, soins palliatifs et fin de vie, système d'information et dossier médical...).*

*À noter : la notion de « champ ambulatoire » est définie par le cahier des charges du rapport. Il en est ainsi pour tous les items recueillis dans le secteur ambulatoire du rapport droit des usagers.*

Ces données ont été sollicitées comme prévu dans les modalités du cahier des charges. Dans le courrier récent du conseil de l'ordre, il est mentionné que le conseil ne dispose pas d'indicateurs pour cet item.

### CHAMP SANITAIRE

#### Rappel Cahier des Charges

*Indicateurs / données à recueillir : le Guide d'application du cahier des charges envisage que les CRSA examinent l'offre de formation proposée par l'ANFH à ses adhérents, qui s'articule autour d'actions de formations nationales et d'actions de formations régionales. Les données à recueillir sont donc les différentes actions de formations régionales (AFR) mises en place en 2012 sur les droits des usagers.*

À la date de ce rapport nous n'avons pu obtenir de données.

### CHAMP MÉDICO-SOCIAL

#### Rappel Cahier des Charges

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

Les services de l'ARS ont interrogé à plusieurs reprises les OPCA afin de disposer des données permettant de renseigner cet item.

Deux réponses ont été données mais qui ne font pas apparaître de formations spécifiques au profit des professionnels sur les droits des usagers. Cela est surprenant compte tenu qu'en 2012 et 2013, les actions d'évaluation interne étaient engagées pour l'ensemble des ESMS.



# B | RENDRE EFFECTIF LE PROCESSUS D'ÉVALUATION DU RESPECT DES DROITS DES USAGERS

## CHAMP AMBULATOIRE

### Rappel Cahier des Charges

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

Dans sa réponse récente, le conseil de l'ordre des médecins précise que ce dispositif est mis en place dans les 4 départements bretons, sans plus de précisions.

## CHAMP SANITAIRE

### Rappel Cahier des Charges

*Indicateurs / données à recueillir : ici doit être renseigné d'une part, le critère 9a du manuel de certification de la HAS concernant l'évaluation de la satisfaction des usagers. Et d'autre part, les données suivantes comprises dans les rapports des Commission des Relations avec les Usagers et de la Qualité de la Prise en Charge (CRUQPC) :*

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

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

Le taux de réponse 2012 est nettement supérieur à celui de l'année dernière. En effet, sur 126 établissements assujettis, il y a eu 118 réponses, soit un taux de retour de près de 94%.

Années	2008	2009	2010	2011	2012
Taux de retours	60%	83%	93%	82%	94%

### Existence d'une CRUQPC :

Tous les établissements ayant répondu ont une CRUQPC.

**Les représentants des usagers :**

Les CRUQPC comportent des représentants des usagers d'origines diverses, allant de 5 titulaires et 3 suppléants une absence de RU. Cependant, il est à noter que plus de 90% des CRUQPC ont, dans leur composition, entre 2 et 4 représentants d'usagers en leur sein.

**Composition CRUQPC : représentants des usagers (RU)**

0 RU	1 RU	2 RU	3 RU	4 RU	+ de 4 RU
1 CRUQPC	4 CRUQPC	35 CRUQPC	19 CRUQPC	54 CRUQPC	4 CRUQPC

1 rapport n'indique pas les éléments sur la représentation des RU au sein de la CRUQPC.

**Fonctionnement des CRUQPC :**

Le nombre de réunions est très variable : de 0 à 8 réunions par an.

Aucune réunion	1 réunion par an	2 réunions par an	3 réunions par an	4 réunions par an	+ de 4 réunions par an
3	10	14	30	53	9

**Formation**

En règle générale, aucune formation spécifique pour les représentants des usagers dans les CRUQPC n'est mise en place par les établissements. Néanmoins, dans les quelques formations citées, on peut noter la formation à la bientraitance dans les soins.

Il est toutefois signalé que les formations des représentants d'usagers (RU) sont assurées soit par les associations d'appartenance des RU ou par le CISS (très souvent cité), ou alors il est indiqué que des informations sont données lors des réunions et avec la remise de guides aux RU.

**CHAMP MÉDICO-SOCIAL****Rappel Cahier des Charges**

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

- proportion d'établissements disposant d'un CVS ;
- proportion des rapports des CVS transmis, **sur la base du volontariat**, à l'ARS et à la CRSA (pas d'obligation réglementaire) ;
- nombre de réunions par an (médiane des nombres de réunions par établissement) ;
- composition et qualité des membres des CVS ;
- proportion d'établissements disposant de formations pour les membres des CVS.

Pour renseigner cet item sur le volet médico-social, il est pris en compte le rapport ANESM relatif à l'enquête bientraitance FAM/MAS de 2012 dans son exploitation Bretagne, ainsi que pour les EPHAD.

Les textes, dont la loi du 2 janvier 2002 sur l'action sociale et médico-sociale, ont prévu les CVS mais avec des missions et des configurations différentes des CRUQPC : on ne peut donc faire un parallèle entre le volet sanitaire et le volet médico-social. De plus, il n'est pas prévu par les textes de transmission d'un rapport annuel des CVS à l'ARS ou aux conseils généraux.

Toutefois, il a été sollicité par la CSDU et retenu qu'en Bretagne, à compter de l'exercice 2013, les ESMS transmettent avec leur compte administratif une synthèse sur l'application des dispositions de la loi du 2 janvier 2002 sur les droits des usagers, ce qui permettra de renseigner ces données pour les personnes handicapées et personnes âgées.

Les données ci-dessous reprennent donc les éléments de l'enquête ANESM sur la bientraitance de 2012 pour les FAM/MAS de Bretagne.

## La participation collective des usagers au Conseil de vie sociale (CVS)

Le conseil de vie sociale institué par l'article L311-16 du CASF est une structure permettant l'expression du président et sa participation à la vie de l'établissement. Véritable outil de démocratie participative, il permet, grâce à des réunions régulières, d'améliorer sensiblement le dialogue entre les résidents, leurs proches et les professionnels.

### • FAM/MAS

L'enquête auto-évaluation des FAM/MAS de l'ANESM, pour la région Bretagne, **révèle que les conseils de vie sociale (CVS) sont mis en place dans plus de 90% des structures MAS et FAM (88 établissements FAM/MAS sont concernés** par un CVS). 3 établissements ne possèdent pas de CVS et 3 établissements sont en cours d'élection. Nous ne possédons pas les données pour 6 établissements FAM/MAS.

Il est à noter que le nombre de réunions par an varie selon les FAM/MAS, par an :

- 3% des FAM/MAS se réunissent 1 fois par an ;
- 6% des FAM/MAS se réunissent 2 fois par an ;
- **73% des FAM/MAS se réunissent 3 fois par an ;**
- **18% des FAM/MAS organisent plus de 3 réunions par an.**

En moyenne, le nombre de réunions est de 3 par an par établissement (73%), comme le prévoit la réglementation. Certains le font davantage (18%), mais 9% se sont réunis moins souvent.

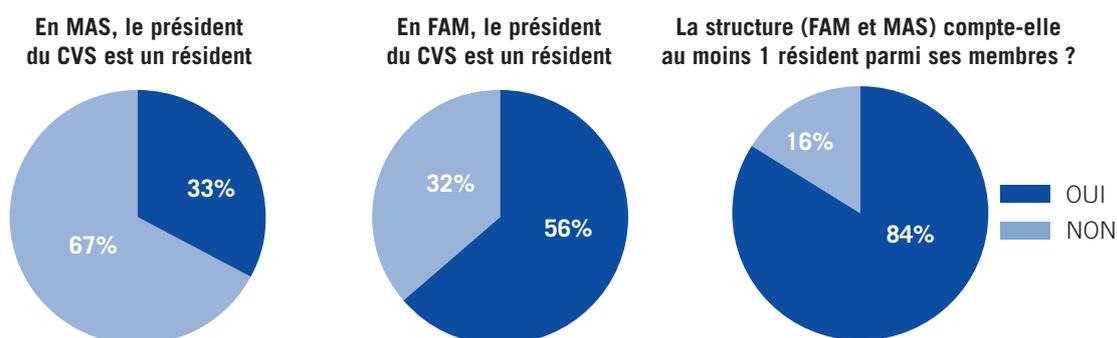
### • EHPAD

L'enquête nationale de l'ANESM note que **86,4% des EHPAD** possèdent un Conseil de vie sociale (CVS). Pour 10,2% de ces structures, des élections ou réélections des membres du CVS sont en cours. 3,1% des CVS ne sont pas mis en place dans les EHPAD sans raison spécifique.

**La médiane des nombres de réunions par EHPAD est, en 2012, de 3 réunions par an.**

## Composition des CVS

En moyenne, les CVS comprennent 8,6 membres titulaires.



**Le président du CVS est un résident dans la moitié des établissements (56% dans les FAM et 33% dans les MAS).**

Les FAM élisent davantage de résidents à cette fonction que les MAS, ce qui peut s'expliquer par les caractéristiques des résidents accueillis en MAS (résidents aux handicaps plus complexes).

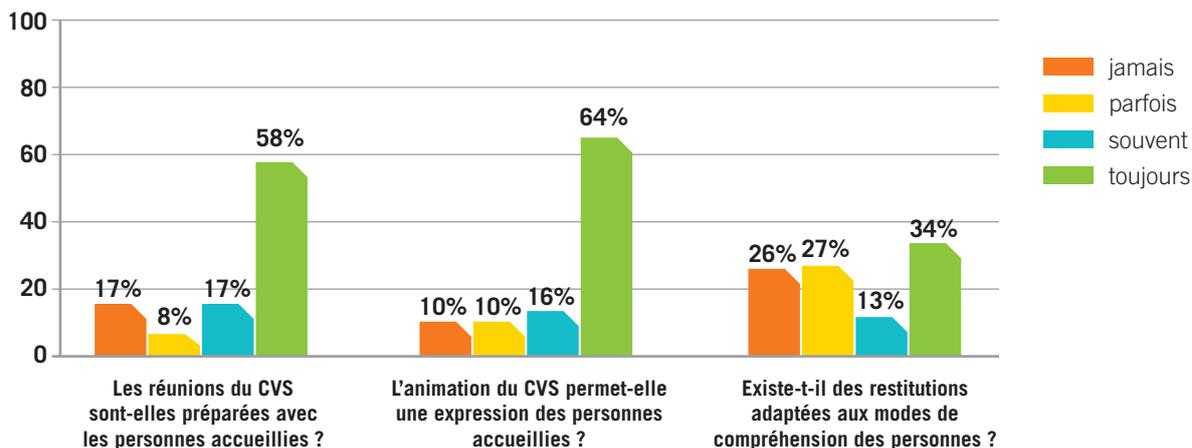
**84% des FAM/MAS comptent au moins un résident parmi ses membres**, soit un taux de 33% pour les MAS et de 56% pour les FAM. Cette différence s'explique notamment par la lourdeur des handicaps présents en MAS, ce qui ne permet pas aux personnes de s'auto-représenter.

Il apparaît que 28% des MAS (contre 35% au plan national) et 12% des FAM ne comptent aucun résident dans leur CVS (ce qui peut se concevoir compte tenu de la lourdeur des handicaps).

### Réunions et personnes accueillies

La majorité des établissements préparent les CVS avec les résidents. Il est toutefois à souligner que près d'un quart des établissements ne le fait jamais.

L'expression des personnes accueillies est « automatiquement » prise en compte par plus de la moitié des établissements (64%). Néanmoins, la restitution des réunions selon des modèles adaptés à la compréhension des usagers est moins répandue. En effet, seul 34% des ESMS proposent systématiquement ce système et, à l'inverse, 26% ne le font jamais.



### Prise en compte des plaintes formulées par les résidents et leurs représentants

Toutes les structures déclarent prendre en compte et analyser en équipe les suggestions ou plaintes émanant des personnes accueillies et/ou de leur entourage. Cette pratique n'est toutefois systématique que pour 56% d'entre eux.

### Nombre de personnes qualifiées désignées et nombre d'interventions réalisées (concerne tous les ESMS)

Le nombre de personnes qualifiées pouvant être sollicitées par les personnes prises en charge par un établissement ou un service social ou médico-social ou leur représentant légal est le suivant :

Département	22	29	35	56
Nombre de personnes qualifiées	Désignation en cours	5	6	4

**Il est surprenant de constater que les désignations de personnes qualifiées ne soient pas encore effectives dans un département, alors que cette disposition date de 2002. Les noms et coordonnées des personnes qualifiées doivent pourtant, selon les textes, être affichés dans tous les ESMS.**

Les personnes qualifiées du département d'Ille-et-Vilaine ont réalisé 9 interventions en 2012, soit 3 de plus qu'en 2011.

Une intervention a été réalisée sur l'année 2012 pour le département du Morbihan.

Le département des Côtes-d'Armor n'ayant pas procédé à la désignation d'une personne qualifiée dans le champ médico-social, par voie de conséquence, aucune intervention n'a été réalisée sur l'année de référence.

À ce jour, nous ne disposons pas des données concernant le nombre d'interventions réalisées par les personnalités qualifiées pour le département du Finistère.

**Le nombre de saisines des personnes qualifiées est très faible et montre que ce dispositif ne semble pas très connu.**

# C | DROIT AU RESPECT DE LA DIGNITÉ DE LA PERSONNE - PROMOUVOIR LA BIENTRAITANCE

## CHAMP AMBULATOIRE

### Rappel Cahier des Charges

*Indicateurs / données à recueillir : par courrier du 20 décembre 2012, la Direction générale de l'offre de soins 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.*

Le conseil de l'ordre indique dans sa réponse que ce dispositif existe dans les 4 départements de Bretagne et qu'un taux de réponses apportées aux réclamations et aux plaintes est de 100%.

En ce qui concerne le nombre de plaintes ou réclamations déposées pour maltraitance : le conseil de l'ordre précise que « les signalements pour maltraitance étant effectués directement par les médecins auprès des autorités, notamment du procureur de la république, l'Ordre ne dispose pas d'indicateurs. »

## CHAMP SANITAIRE

### Rappel Cahier des Charges

*Indicateurs / données à recueillir : le Guide d'application du cahier des charges préconise, s'agissant de la proportion d'établissements où un dispositif ou des procédures de promotion de la bientraitance existent, de récupérer les données disponibles dans les rapports des CRUQPC. S'agissant de la cotation des établissements de santé, il préconise de voir les données fournies par la HAS.*

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

Sur l'ensemble **des questionnaires de l'enquête reçus (soit 118 questionnaires)** en lien avec les rapports CRUQPC, **la majorité des établissements a instauré des dispositifs ou des procédures de promotion de la bientraitance**. Cela s'effectue par le biais de la charte de l'établissement, l'instauration d'une politique de bientraitance au sein des établissements, les formations des professionnels de santé, les documents informatifs remis à l'ensemble des personnels et aux familles des résidents, les groupes de travail instaurés sur cette thématique, etc.

Pour douze questionnaires, cette information n'est pas renseignée.

Il est à noter **qu'une dizaine d'établissements ayant retourné le questionnaire spécifique sur ces items ne dispose pas de dispositifs de promotion de la bientraitance en cours en 2012.**

### Proportion d'établissements ayant une cotation A, B, C, etc. dans les rapports de certification HAS (référence 10 de la V2010)

La démarche de la certification des établissements permet d'apporter une appréciation indépendante sur la qualité d'un établissement ou d'un service. Elle promeut des démarches d'amélioration et renforce la confiance du public par la communication des résultats.

La cotation est déterminée au regard de chacun des critères de la certification. Elle mesure le niveau de qualité atteint et indique si ce niveau est atteint régulièrement ou non et si la plupart ou l'ensemble des secteurs d'activité sont concernés. Pour rappel, le manuel de la HAS définit les cotations ainsi :

- **cotation A** : le critère est satisfait, au regard des éléments d'appréciation. Ce niveau de satisfaction se retrouve dans tous ou la plupart des secteurs d'activité et/ou de façon constante.
- **cotation B** : le critère est satisfait au regard des éléments d'appréciation et se retrouve dans la majorité des secteurs d'activité et/ou de façon habituelle ou partiellement satisfait dans la plupart des secteurs d'activité et/ou de façon habituelle.
- **cotation C** : le critère est peu ou partiellement satisfait au regard des éléments d'appréciation dans la plupart des secteurs d'activité et/ou de façon habituelle. Il peut exister une satisfaction correcte ponctuellement dans un seul secteur d'activité par exemple, ou une satisfaction partielle dans une minorité de secteurs d'activité et/ou de façon ponctuelle.
- **cotation D** : le critère est trop peu ou non satisfait dans les secteurs d'activité et/ou de façon trop rare.

### Promouvoir la bientraitance

La promotion de la bientraitance et son corolaire, la prévention de la maltraitance, sont des enjeux majeurs pour le système de santé aujourd'hui. Elle favorise l'implication des usagers dans leurs soins, dimension centrale de la qualité, de la sécurité des soins ; la qualité de vie au travail, en se centrant sur le sens du travail ; le développement de la démocratie sanitaire. La HAS montre une implication forte sur le sujet depuis plusieurs années. La parution du rapport de l'étude réalisée en 2009 sur la maltraitance ordinaire en a été un premier témoignage. La promotion de la bientraitance a depuis été intégrée dans le manuel de la certification V2010.

La référence 10 de la V2010 sur « la bientraitance et les droits », à analyser pour le rapport, comprend les critères suivants :

- prévention de la maltraitance et promotion de la bientraitance ;
- respect de l'intimité et de la dignité du patient ;
- respect de la confidentialité des informations relatives au patient ;
- accueil et accompagnement de l'entourage ;
- gestion des mesures de restrictions de liberté.

**Les données ci-dessous correspondent aux 11 établissements ayant donné lieu à rapport de certification en 2012, soit 11 établissements, alors que la Bretagne en compte 126.**

Les données ci-dessous ne correspondent donc qu'à cette année et ne sont donc pas le total cumulé des années antérieures.

Sur 2012, un total de 7 établissements sur 11 possèdent une cotation A, B, C, etc. dans les rapports de certification HAS, sur la référence 10 de la V2010, en région Bretagne :

Département	Nombre d'établissements	Territoire de santé
22	1	N°7
29	/	/
35	5	N°5
56	1	N°3

#### > Sur le critère du respect de la dignité et de l'intimité du patient :

Le respect des droits des patients est une dimension essentielle de la qualité et une priorité de la certification depuis sa création. La certification réaffirme les droits fondamentaux des personnes malades, notamment en termes de respect de l'intégrité et de la dignité de la personne, ainsi que de la confidentialité des données le concernant.

Les projets de l'établissement (projets des secteurs d'activité, projets architecturaux) intègrent ces dimensions de respect de la dignité et de respect de l'intimité du patient.

- 3 établissements sont certifiés sur le département des Côtes-d'Armor, pour le territoire de santé n°7.
- 1 établissement est certifié en Ille-et-Vilaine, pour le territoire de santé n°5.
- Nous ne disposons pas de données pour les départements du Morbihan et du Finistère.

*> Concernant le critère de la gestion des mesures de restriction et de liberté :*

La loi n°2002-303 du 4 mars 2002 relative aux droits des malades et à la qualité du système de santé réaffirme l'obligation de respect des libertés individuelles.

Ce sont les projets médicaux et/ou de secteurs d'activité qui identifient les situations nécessitant une restriction de liberté, en particulier de la liberté d'aller et venir (isolement et contention mais aussi limitation des contacts, des visites, retrait des effets personnels, etc.). Le respect des bonnes pratiques en matière de restriction de liberté est, quant à lui, évalué à périodicité définie en lien avec les structures concernées (espace de réflexion éthique ou équivalent, CRU, CME, CSIRMT, etc.).

À ce jour :

- 2 établissements sont certifiés sur le département de l'Ille-et-Vilaine, pour le territoire de santé n°5.
- 1 établissement est certifié dans le département du Morbihan, pour le territoire de santé n°3.

Nous ne disposons pas de données pour les départements des Côtes-d'Armor et du Finistère.

*> Au sujet de la prévention de la maltraitance :*

Les modalités de signalement des cas de maltraitance sont définies et diffusées. Un état des lieux permettant d'identifier les situations, les risques et les facteurs de maltraitance est réalisé en lien avec la CRU. La promotion de la bientraitance est intégrée dans les projets de l'établissement (projet médical, projet de soins, projet social, etc.).

2 établissements sont ainsi certifiés en Ille-et-Vilaine sur le territoire de santé n°5. Nous ne disposons pas des données pour les départements du Morbihan, des Côtes-d'Armor et du Finistère.

## CHAMP MÉDICO-SOCIAL

### Rappel Cahier des Charges

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

Depuis l'opération « *Bientraitance des personnes âgées accueillies en établissement* » lancée en octobre 2008, les EHPAD doivent s'inscrire dans une démarche d'auto-évaluation des pratiques concourant à la bientraitance. Est ainsi diffusé aux EHPAD depuis 2009 un questionnaire, au double objectif :

- soutenir les professionnels, ainsi que les autorités de contrôle, agences régionales de santé (ARS) et conseils généraux (CG), dans une dynamique de déploiement de la bientraitance au sein des EHPAD ;
- réaliser, au niveau national, un état des lieux des pratiques de bientraitance au sein des EHPAD à partir de l'exploitation des résultats du questionnaire d'auto-évaluation.

### Formation des professionnels

Diverses formations sont proposées aux personnels des établissements. Elles portent sur des problématiques tant spécifiques que transversales, à l'image de la bientraitance. Ces formations permettent ainsi de répondre de manière plus adéquate aux besoins des usagers et favorisent une consolidation des compétences et des pratiques professionnelles par rapport à certains aspects complexes de l'accompagnement.

L'ANESM relevait **dans son rapport national, en 2010**, que seulement 27% des professionnels de l'établissement étaient formés sur la thématique de la bientraitance. **En 2012, 65% des établissements déclarent avoir formé les professionnels au sujet de la bientraitance et 72% d'entre eux précisent que le thème de la bientraitance a fait l'objet d'une réflexion collective au cours des 3 dernières années.**

Le volet Bretagne du rapport national de l'ANESM **indique que 20% des structures favorisent toujours la formation continue, soit l'actualisation régulière des connaissances du personnel. Dans 61% des structures, cela est fait souvent et dans 19%, ce n'est le cas que parfois.**

**Cependant, nous ne possédons pas de données précises relatives aux formations sur le thème de la bientraitance.**

## D DROIT AU RESPECT DE LA DIGNITÉ DE LA PERSONNE - PRENDRE EN CHARGE LA DOULEUR

### CHAMP AMBULATOIRE

#### Rappel Cahier des Charges

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

À ce jour, nous ne disposons pas des données.

### CHAMP SANITAIRE

#### Rappel Cahier des Charges

*Indicateurs / données à recueillir : le Guide d'application du cahier des charges précise que l'indicateur du taux de satisfaction des usagers n'est pas à renseigner cette année car les données de l'indicateur I-SATIS ne seront disponibles qu'à partir de 2013. Le taux d'établissements où une structure d'étude et de traitement de la douleur chronique (SDC) existe n'est pas à renseigner cette année. S'agissant de la cotation des établissements de santé, le Guide préconise de voir les données fournies par la HAS.*

À ce jour, nous ne disposons donc pas des données suivantes :

- taux d'établissements où une structure d'étude et de traitement de la douleur chronique (SDC) existe.
- taux de satisfaction des usagers (questionnaire SAPHORA).

#### Nombre d'établissements ayant une cotation A, B, C, etc. dans les rapports de certification HAS (référence 12a de la V2010)

La loi relative aux droits des malades et à la qualité du système de santé du 4 mars 2002 reconnaît le soulagement de la douleur comme un droit fondamental de toute personne. La stratégie de prise en charge de la douleur est formalisée dans les différents secteurs de l'établissement en concertation avec le CLUD (ou équivalent). Des protocoles analgésiques issus des recommandations de bonne pratique et adaptés au type de chirurgie pratiquée, à la pathologie donnée, aux types de patient et à la douleur induite par les soins sont définis. L'indicateur HAS 12a de la V2010 évalue la traçabilité de la prise en charge de la douleur et de son évaluation dans le dossier du patient.

**Les données ci-dessous correspondent aux 11 établissements ayant donné lieu à rapport de certification en 2012, soit 11 établissements alors que la Bretagne en compte 126. Les données ci-dessous ne correspondent donc qu'à cette année et ne sont donc pas le total cumulé des années antérieures.**

**8 établissements sur 11 sont certifiés en région Bretagne sur le critère de la prise en charge de la douleur, répartis comme suit :**

Département	Nombre d'établissements	Territoire de santé
22	1	N°7
29	4	N°1 / N°2 / N°3
35	2	N°5
56	1	N°4

## CHAMP MÉDICO-SOCIAL

### Rappel Cahier des Charges

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

À ce jour, nous ne disposons pas de la donnée suivante :

- pourcentage de conventions ayant un axe « douleur » dans la région parmi les conventions signées entre établissements et services médico-sociaux et établissements de santé.

### FAM/MAS

Les résultats de l'enquête nationale de l'ANESM démontrent que les MAS se sont plus intéressées que les FAM au thème de la douleur. **62% des MAS ont ainsi mené des réflexions collectives sur la douleur, contre 55% des FAM ; 44% des MAS ont formé leurs professionnels sur le sujet de la douleur, contre 29 % des FAM.**

**Nous ne disposons pas des données pour le volet régional de la Bretagne.**

## **E** 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

## CHAMP AMBULATOIRE

### Rappel Cahier des Charges

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

À ce jour, nous ne disposons pas des données sur les formations et, a fortiori, sur les formations liées à cet item.

## CHAMP SANITAIRE

### Rappel Cahier des Charges

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

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

### Rapport HAS

La loi du 22 avril 2005 impose aux équipes soignantes de respecter la volonté d'un patient, notamment lorsque celui-ci refuse tout traitement, et d'organiser les procédures permettant une limitation ou un arrêt des traitements.

Ainsi, des modalités de recueil de la volonté du patient et, le cas échéant, de conservation des directives anticipées sont définies. Les patients adultes reçoivent également des informations écrites sur leur droit d'établir des directives anticipées.

### Proportion d'établissements prenant en compte la dimension de la fin de vie et des directives anticipées dans leur établissement

18 établissements n'ont pas renseigné cette donnée dans les rapports CRUQPC et les questionnaires.

6 établissements ne sont pas concernés par cet indicateur (centres de réadaptation professionnelle, associations, centres de post-cure psychiatrique ou cliniques psychiatriques, etc.).

La majorité des établissements ayant répondu au questionnaire a néanmoins mis en place des procédures ou dispositifs prenant en compte les dimensions de la fin de vie et des directives anticipées, et ce bien que le recueil des directives anticipées ne soit pas systématique - voire absent - dans certains établissements.

**En revanche, la donnée concernant « la proportion de résidents ayant rédigé des directives anticipées par rapport au nombre total de résidents » n'a été renseignée dans aucun rapport ou questionnaire par les établissements.**

## 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 et la collecte des informations est en cours pour l'année 2011. Les ARS ont disposé des bases de données en juin 2013.*

### FAM/MAS

**Selon l'enquête nationale de l'ANESM**, près d'un établissement sur deux (soit 43%) a organisé une formation sur la fin de vie et le deuil, en parallèle de réflexions menées à ce sujet au cours des trois dernières années (56% des établissements).

**En Bretagne**, les MAS et les FAM sont de plus en plus confrontés à l'accompagnement de résidents en fin de vie. **Il apparaît que seulement 12% des structures forment « toujours » leur personnel interne aux soins palliatifs (médecins, IDE, psychologues). 20% le font souvent, 32% parfois et 36% jamais.**

L'accompagnement et la formation à la fin de vie sont ainsi des axes à améliorer en FAM et en MAS. Des réflexions à ce sujet pourraient notamment être conduites en Conseil de la vie sociale (CVS) et lors de la révision des projets d'établissements.

**Par ailleurs, nous ne disposons pas à ce jour de la donnée relative au pourcentage de résidents ayant rédigé des directives anticipées, ni de la proportion d'établissements prenant en compte cette dimension dans leur projet d'établissement.**

**Il sera nécessaire d'avoir les résultats des évaluations externes (date limite début 2015).**

# F DROIT À L'INFORMATION - PERMETTRE L'ACCÈS AU DOSSIER MÉDICAL

Selon des données récentes de 2013, la Bretagne est en position correcte dans le cadre des ouvertures de DMP, ce qui permet aux patients l'accès sans difficulté à leur dossier médical. Cela signifie aussi une forte implication du patient à sa santé (**données à fin novembre 2013**) :

- En Bretagne ce sont 14 440 DMP qui sont ouverts. Seulement 7 638 sont alimentés.
- De plus, on constate des inégalités importantes entre les départements : le Morbihan est largement en tête avec 10 740 DMP créés, suivi difficilement par l'Ille-et-Vilaine (2 972 DMP). Quant aux départements du Finistère et des Côtes-d'Armor, le nombre des DMP créés est insignifiant (respectivement 520 et 168 DMP).
- 15 établissements utilisent le DMP en Bretagne. On constate que le DMP est aussi une affaire d'établissements sanitaires qui ont voulu s'y investir pleinement, comme le CH Bretagne Atlantique, le pôle médical Saint-Helier et la Clinique Océane Vannes.
- 213 professionnels libéraux utilisent le DMP. Il ressort que ce sont le Morbihan et l'Ille-et-Vilaine qui se sont essentiellement investis.

Et pourtant, quelle belle occasion d'impliquer le patient !

## 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.*

À ce jour, nous ne disposons pas des données.

## CHAMP SANITAIRE

### Rappel Cahier des Charges

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

*S'agissant de la cotation des établissements de santé, il préconise de voir les données fournies par la HAS.*

### Demandes de communications de dossiers médicaux (à partir des rapports des CRUQPC)

La tendance des années précédentes se poursuit : le nombre de demandes de communication de dossiers médicaux signalés par les établissements ayant renseigné cet item est en forte augmentation.

#### Communication des dossiers médicaux

Années	2008	2009	2010	2011	2012
Nombre de demandes totales	3 479	4 638	5 901	4 519	7 284

À noter que la baisse du nombre total de demandes enregistrées en 2011 est liée à un taux de retour des rapports CRUQPC plus faible cette année-là. Par exemple, le CHU de Brest n'avait pas retourné son rapport (alors que cet établissement enregistre traditionnellement beaucoup de demandes : 1 045 en 2010, 1 438 en 2012) et le CHU de Rennes n'avait pas renseigné cette donnée comme les années passées.

Selon les 119 questionnaires CRUQPC reçus, les demandes de communication des dossiers médicaux pour l'ensemble des établissements de la région Bretagne se répartissent comme suit :

Nombre de demandes	0-20	20-40	40-60	60-80	80-100	100-1000	+1000
Nombre d'établissements	70	8	12	3	2	15	2

Le nombre de demandes des dossiers médicaux varie selon les établissements, leur profil et leur taille, soit d'aucune à 1 438 demandes (pour le CHU de Brest).

Le traitement des demandes et par conséquent, le temps de réponse à ces demandes, varie de 2 jours à +30 jours pour les dossiers, en particulier pour les dossiers datant d'il y a plus de cinq ans. Les dossiers incomplets, les demandes complexes à gérer ou les circuits de transmission des dossiers peuvent également ralentir les délais de réponses.

#### Nombre d'établissements ayant une cotation A, B, C, etc. dans les rapports de certification HAS (référence 14 de la V2010)

À ce jour, nous ne disposons pas des données concernant la référence 14 de la V2010 des rapports de certification HAS, portant sur les critères suivants :

- gestion du dossier du patient.
- accès du patient à son dossier.

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

Pour l'année 2012, les questionnaires CRUQPC reçus montrent que la majorité des établissements ne reçoit pas de plaintes et réclamations ou a un taux inférieur à 5 plaintes et réclamations. Un seul établissement comptabilise 35 plaintes et réclamations en 2012, sur 122 demandes de communication de dossiers médicaux.

En outre, 6 réclamations ont été portées à la connaissance de la Mission Inspection-Contrôle - Gestion des réclamations (MIC) de l'ARS Bretagne.

## 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.).*

À ce jour, nous ne disposons pas des données. Ce recueil est prévu *via* le questionnaire élaboré et transmis aux ESMS pour retour avec leur compte administratif.

# G | ASSURER LA SCOLARISATION DES ENFANTS HANDICAPÉS EN MILIEU ORDINAIRE OU ADAPTÉ

## Rappel Cahier des Charges

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

Pour ce faire, il convient de demander au Rectorat la transmission des données recueillies dans le cadre des enquêtes menées par le ministère de l'Éducation nationale de manière annuelle (résultats des enquêtes 3, 12 et 32 qui recensent respectivement les enfants scolarisés dans les établissements du 1<sup>er</sup> degré, du 2<sup>nd</sup> degré et dans les établissements médico-sociaux ou hospitaliers - au sein d'unités d'enseignement).

## En milieu ordinaire

### ► Élèves handicapés scolarisés à la rentrée 2013

Les chiffres fournis par le Rectorat révèlent que **11 424 élèves handicapés** sont scolarisés à la rentrée 2013 en milieu ordinaire (scolarisation individuelle, dispositifs d'inclusion collective, SEGPA et EREA\*) soit **+ 624 élèves** par rapport à la rentrée 2012.

Ceci représentent 1,9% des effectifs prévisionnels totaux et une augmentation de + 5,8% à cette rentrée à comparer au + 5 % à la rentrée 2012.

La progression observée, depuis la mise en œuvre de la loi de 2005, se confirme (+ 11% en 2011, + 23% en 2010, + 0,4% en 2009, + 2% en 2008 et + 34,4% en 2007).

Rentrée scolaire	2011	%	2012	%	2013	%	Différence rentrée 2013 / rentrée 2012
22	2 115	2	2 332	2,2	2 524	2,4	+192
29	2 638	1,9	2 793	1,7	3 068	1,9	+275
35	3 677	1,6	3 595	1,8	3 611	1,8	+16
56	1 917	1,4	2 080	1,6	2 221	1,8	+141
<b>Académie</b>	<b>10 347</b>	<b>1,8</b>	<b>10 800</b>	<b>1,8</b>	<b>11 424</b>	<b>1,9</b>	<b>+624</b>

Cette augmentation justifie les efforts importants de l'Académie pour répondre au nombre croissant de notifications délivrées par les maisons départementales des personnes handicapées (MDPH).

### La scolarisation des élèves handicapés dans le secteur privé :

Dans l'Académie, **3 936 élèves handicapés** sont scolarisés dans le secteur privé (soit 34,4% des élèves handicapés, et 1,6% des effectifs prévisionnels totaux).

22	731 élèves (soit 29% des élèves handicapés)
29	1 062 élèves (soit 35% des élèves handicapés)
35	1 202 élèves (soit 33,3% des élèves handicapés)
56	941 élèves (soit 42,4% des élèves handicapés)

\*Dans les données fournies par le rectorat sont compris les élèves des SEGPA et des EREA, qui ne sont pas spécifiquement dans le champ du handicap au regard de la loi du 11 février 2005.

### ► Ouverture de dispositifs d'inclusion collective à la rentrée 2013 dans les départements de l'Académie

Dépt.	CLIS		ULIS Collège		ULIS Lycée		ESMS	Autres
	PU	PR	PU	PR	PU	PR		
22	-	-	1	-	-	-	-	-
29	-	-	1	1	-	1	-	-
35	-	1	2	1	-	-	-	1 CPC 2 référents
56	-	-	2	-	-	-	2	1 référent
<b>Académie</b>	<b>-</b>	<b>1</b>	<b>6</b>	<b>2</b>	<b>-</b>	<b>1</b>	<b>2</b>	<b>4</b>

La scolarisation en milieu ordinaire se développe. À la rentrée 2013, un peu plus d'un quart des élèves scolarisés en milieu ordinaire (3 074 élèves, soit 26,9%) le sont dans des dispositifs d'inclusion collectifs (CLIS et ULIS).

Prévisions effectifs Public/Privé		Rentrée scolaire 2013	Élèves handicapés 1 <sup>er</sup> degré		Élèves handicapés 2 <sup>nd</sup> degré		Nombre d'élèves handicapés scolarisés
1 <sup>er</sup> degré	2 <sup>e</sup> degré		Inclusion collective	Inclusion individuelle	Inclusion collective	Inclusion individuelle	
332 141	266 620	Académie	1 858	5 105	1 216	3 245	11 424 (1,9 %)

Au bilan, la rentrée cette année **s'est globalement bien déroulée**. Le maillage départemental en CLIS permet sensiblement de faire face aux besoins.

Par contre, le nombre d'élèves scolarisés dans le second degré, en progression constante, nécessite de **poursuivre les efforts de développement du réseau des ULIS en collège et en lycée**.

Des listes d'attente sont créées dans les départements ; on observe ainsi des taux de remplissage de 108% en ULIS collège à 110% en ULIS lycée dans certains établissements.

De plus, certains élèves sont orientés ou maintenus par défaut dans les SEGPA, les EREA et dans les CLIS.

**Les listes d'attente dans les établissements médico-sociaux et dans les services de soins sont toujours très conséquentes, obligeant les élèves à poursuivre leur parcours scolaire uniquement en milieu ordinaire. Ils sont alors souvent mal ou peu scolarisés malgré la forte présence des aides humaines mise à leur disposition.**

À noter que, dans le secteur privé, des besoins importants, notamment en postes de psychologues scolaires et d'enseignants référents, sont identifiés par les départements.

### ► Un accompagnement en aide humaine qui progresse toujours

	Nbre AED Sur emploi AVSI Titre 2 ETP	Nbre EVS Hors titre 2 ETP	Nbre ETP Assistants de scolarisation Hors titre 2	Nbre C. Aidé sur fonction AVSI ETP	Total ETP sur fonction AVSI	Total EPT sur fonction AVSM	Ratio élèves accompagnés / ETP recrutés	Besoin non couvert en ETP Au 30/09/13
Académie	607	1 270,69	174,4	1 270	2 053,9	104,43	2,52 et 5,74 pour AVSM	102,1 et 6,90 pour AVSM

L'augmentation régulière des dossiers instruits par les MDPH entraîne une augmentation toujours significative du nombre d'élèves accompagnés par une aide humaine : + 20,5% environ par département.

**Les taux d'accompagnement sont globalement satisfaisants sur l'ensemble des départements :**

- **dans le 22** : 96% de taux d'accompagnement dans le public et 75% dans le privé.  
Pas encore de mise en œuvre de l'aide mutualisée.
- **dans le 29** : 80% de taux de couverture dont 2% des accompagnants le sont sous forme mutualisés.
- **dans le 35** : 97% de taux d'accompagnement. 330 notifications d'accompagnement mutualisé sont en cours.
- **dans le 56** : 85% de taux d'accompagnement par des AVSI ou AVSM.

## En milieu adapté

### ► *Nombre d'établissements et de services :*

Établissements	Bretagne	Côtes-d'Armor	Finistère	Ille-et-Vilaine	Morbihan
<b>Instituts médico-éducatif (I.M.E)</b>					
Nombre d'établissements	53	11	12	14	16
Nombre de places	3 165	622	880	946	717
<b>Établissements enfants et adolescents polyhandicapés</b>					
Nombre d'établissements	12	4	3	4	1
Nombre de places	251	69	73	89	20
<b>Instituts thérapeutiques, éducatifs et pédagogiques (I.T.P.E.P)</b>					
Nombre d'établissements	14	1	4	5	4
Nombre de places	518	45	189	193	91
<b>Instituts d'éducation motrice (I.E.M)</b>					
Nombre d'établissements	5	1	1	2	1
Nombre de places	238	40	66	82	50
<b>Instituts pour déficients sensoriels</b>					
Nombre d'établissements	8	2	2	3	1
Nombre de places	388	123	18	170	77

Soit un nombre d'ESMS de **92** et un nombre d'enfants à scolariser dans le cadre de l'enseignement adapté de **4 560**.

### ► *Nombre d'enseignants mis à disposition*

**167 enseignants de l'Éducation nationale** sont mis à disposition dans l'enseignement adapté. Il en résulte une faible scolarisation en ESMS compte tenu des postes d'enseignants mis à disposition. Force est de constater que la scolarisation des personnes en situation de handicap au sein des ESMS va être fonction de leurs possibilités : certains pourront avoir un temps de scolarité de une à quelques heures par semaine, d'autres aucune car ce seront les missions d'éducation et d'accompagnement thérapeutique qui seront nécessaires et plus urgentes. Par ailleurs, il n'existe pas d'enseignants sous contrat en ESMS.

## H DROIT DES PERSONNES DÉTENUES - ASSURER LA CONFIDENTIALITÉ DES DONNÉES MÉDICALES ET L'ACCÈS DES PERSONNES À LEUR DOSSIER MÉDICAL

### Rappel Cahier des Charges

*Indicateurs / données à recueillir* : concernant les personnes détenues, notamment leur droit d'accès aux soins, il est possible d'apprécier l'effectivité de ce droit en observant le nombre d'extractions pour consultations ou examens médicaux et les motifs d'annulation de ces dernières. Ces annulations nécessitent le report de ces examens, générant pour certains des délais d'attente supplémentaires de plusieurs mois. Les raisons peuvent être de la responsabilité de l'administration pénitentiaire, de la police, de la personne détenue voire de l'établissement de santé. Il est possible d'obtenir des informations concernant les extractions du milieu pénitentiaire vers les établissements de santé pour consultations ou examens médicaux, via l'observatoire des structures de santé des personnes détenues (OSSD) que les établissements de santé renseignent (déclaratif). Même si la qualité du recueil de ces données peut être améliorée, celles-ci peuvent être transmises aux CRSA pour analyse et avis.

Afin de renseigner cet item, nous avons adressé une demande au Directeur interrégional des services pénitentiaires de notre inter-région, lequel nous a indiqué que le nombre des extractions n'était pas communicable sinon au préfet. De plus, il signalait dans sa réponse que le cahier des charges qui nous était transmis allait au-delà des dispositions de l'arrêté, lequel ne mentionnait que la proportion de dossiers médicaux à la seule disposition des personnels soignants.

Nous avons sollicité ces données (conformes à celles de l'arrêté) à plusieurs reprises, mais sans résultats.

## I SANTÉ MENTALE - VEILLER AU BON FONCTIONNEMENT DES COMMISSIONS DÉPARTEMENTALES DE SOINS PSYCHIATRIQUES

### Rappel Cahier des Charges

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

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

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

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

- adresser chaque année son rapport d'activité au juge des libertés et de la détention compétent dans son ressort, au préfet, au directeur général de l'Agence régionale de santé, au procureur de la République et au contrôleur général des lieux de privation de liberté ;
- proposer au juge des libertés du tribunal de grande instance dans le ressort duquel se situe l'établissement d'accueil d'une personne admise en soins psychiatriques sous contrainte, d'ordonner, dans les conditions relatives à la mainlevée judiciaire facultative, la levée de la mesure de soins psychiatriques dont cette personne fait l'objet ;
- statuer sur les modalités d'accès aux informations médicales détenues par les professionnels ou établissements de santé de toute personne admise en soins psychiatriques sans consentement.

## ► **Composition de la CDSP**

La CDSP est composée de :

- 2 psychiatres, l'un désigné par le procureur général de la cour d'appel, l'autre par le préfet ;
- d'un 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'État dans le département ;
- d'un médecin généraliste, désigné par le préfet.

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

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

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

## ► **Les CDSP en Bretagne**

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

- Il existe une CDSP en Ille-et-Vilaine. Elle se réunit 8 fois dans l'année et transmet à l'Agence régionale de santé Bretagne un rapport après chaque séance (soit 8 rapports par an), en plus d'un rapport d'activité annuel.
- Dans le département du Finistère, la CDSP produit un rapport d'activité par an.
- Concernant les Côtes-d'Armor, la CDSP s'est réunie trois fois en 2012 et produit *a minima* un rapport par an.
- Une CDSP existe également dans le département du Morbihan. À ce jour, nous ne disposons pas des données concernant le nombre de réunions et le nombre de rapports produits pour l'année 2012.

# Renforcer et préserver l'accès aux soins pour tous



## ASSURER L'ACCÈS AUX PROFESSIONNELS DE SANTÉ LIBÉRAUX

### 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 État-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 État-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.

### Nombre de maisons et pôles de santé en Bretagne

En 2012, **44 MSP ou PSP** (Maisons et Pôles de Santé Pluridisciplinaires) existent en Bretagne.

Le mode d'exercice libéral ou mixte des médecins se répartit comme suit, en secteur 1 et en secteur 2, par territoires de santé bretons (source : DEMOPS 2012) :

Territoire observé	Secteur 1	Secteur 2
	Effectif	Effectif
T1	857	94
T2	488	41
T3	455	35
T4	569	69
T5	1 280	174
T6	414	58
T7	566	80
T8	163	8

La part de professionnels en santé libérale ou mixte par départements bretons est égale à :

58% pour le département des Côtes-d'Armor ;

55% pour le département du Finistère ;

56% pour le département de l'Ille-et-Vilaine ;

60% pour le département du Morbihan.

Soit un total de 57% pour la région Bretagne, qui est légèrement en-dessous de la moyenne de la France métropolitaine (58%).

Par ailleurs, une étude sur les dépassements d'honoraires a été réalisée par l'ARS et l'Assurance Maladie.

**Elle démontre que la Bretagne est dans les premières régions affichant un taux de professionnels de santé effectuant des dépassements le plus faible de France.**

En termes d'accès aux professionnels de santé libéraux, la part de la population vivant dans un bassin de vie dont la densité médicale de médecins généralistes est inférieure à 30% de la moyenne nationale était de :

Région	2009	2010	2011	2012
Bretagne	4,7%	4,2%	4%	pas de données

Toutefois, cet indicateur est à prendre avec précaution car les bassins de vie sont actuellement en cours de redéfinition.



Concernant le taux de satisfaction des usagers de la permanence des soins, cet indicateur n'a pas fait l'objet de recueil d'informations au sein de l'ARS Bretagne. En revanche, la nouvelle organisation régionale, dont l'élaboration s'est faite sur juillet 2011 / mai 2012, a été réalisée avec un représentant des usagers dans le groupe de travail régional ; il a ainsi participé à l'ensemble de la réflexion pour la mise en œuvre du dispositif ainsi que de son suivi. Une évaluation de cette organisation a été faite en mars / avril 2013, également avec la participation des usagers au groupe de travail régional.

## B | ASSURER FINANCIÈREMENT L'ACCÈS 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 et AME : en attente de la réponse des ordres au courrier de la DGOS.*

Pour la région Bretagne, la mission Inspection-Contrôle - Gestion des réclamations (MIC) de l'ARS Bretagne n'a relevé **aucune réclamation sur le refus de soins pour les personnes en CMU et AME**. Il ressort que des points santé sont mis en place dans différents départements. Peu de suites sont néanmoins données sur les difficultés d'accès aux soins. En effet, les personnes font le constat mais ne revendiquent pas ; nous ne pouvons donc disposer des données sur ces difficultés.

## C | ASSURER L'ACCÈS AUX STRUCTURES DE PRÉVENTION

### 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 État-ARS.*

**Le taux de participation au dépistage organisé du cancer colorectal** chez les 50 à 74 ans est en baisse par rapport à l'an passé mais demeure **supérieur à la moyenne nationale** (31,7%). En termes de comparaison interrégionale, **la Bretagne se situe à la 9<sup>e</sup> place**.

Cible				Valeurs réalisées fournies par le niveau national				
2010	2011	2012	2013	2009	2010	2011	2012	Détail
35%	40%	45%	50%	-	36,5%	34,7%	33,4%	Voir page suivante

Les résultats mettent en exergue des disparités territoriales, avec des taux de participation très bons en Ille-et-Vilaine et assez faibles dans le Finistère :

Côtes-d'Armor	Finistère	Ille-et-Vilaine	Morbihan	Bretagne
31	28	41,3	33,1	33,4

**Pour ce qui est du cancer du sein**, les chiffres du dépistage montrent **une bonne mobilisation et une bonne sensibilisation de la population bretonne**. Avec un taux de participation de 61,9%, la région Bretagne se situe nettement au-dessus de la moyenne nationale (52,7%). Seules 3 régions font mieux.

Cible				Valeurs réalisées fournies par le niveau national				
2010	2011	2012	2013	2009	2010	2011	2012	Détail
61%	62,5%	64%	65%	60,9%	61,3%	61,2%	61,9%	Voir ci-dessous

Cela se vérifie tout particulièrement dans le Morbihan qui, avec un taux de 66,9%, devient cette année le premier des 101 départements français en matière de dépistage du cancer du sein.

Côtes-d'Armor	Finistère	Ille-et-Vilaine	Morbihan	Bretagne
60,4	59,4	61	66,9	61,9

**En termes de vaccination des enfants de 24 mois** contre la rougeole, les oreillons et la rubéole, les résultats montrent une légère amélioration du taux de couverture (pour 2 doses) en 2011 par rapport à 2010 :

Cible					Valeurs réalisées fournies par le niveau national	
2010	2011	2012	2013	2009	2010	2011
90%	92%	93%	95%	Non fournie	Enfants nés en 2008 1 dose 86,1% / 2 doses 53,8% Côtes-d'Armor 1 dose 89% / 2 doses 52,9% Finistère : 1 dose 83,8 % / 2 doses 56% Ille-et-Vilaine : 1 dose 84,7% / 2 doses 52,4% Morbihan 1 dose 88,1% / 2 doses 54 %	Enfants nés en 2009 1 dose 86,1% / 2 doses 58,7% Côtes-d'Armor 1 dose 90,4% / 2 doses 61,7% Finistère : 1 dose 82,7% / 2 doses 56,8% Ille-et-Vilaine : 1 dose 83,7% / 2 doses 56,2% Morbihan 1 dose 90,5% / 2 doses 62,6%

Ces chiffres demeurent néanmoins **en-dessous des objectifs nationaux de santé publique** qui sont de 95% pour une dose et de 80% pour deux doses (au niveau national, les chiffres sont également en-dessous des objectifs avec un taux de couverture vaccinale de 89,4% pour 1 dose et de 67,3% pour 2 doses).

À noter que le taux de retour des certificats du 24<sup>e</sup> mois aux services de PMI est faible (de l'ordre de 50% à 60% selon les départements), ce qui relativise la valeur de ces chiffres.

**Concernant le surpoids et l'obésité des enfants en grande section de maternelle**, les données n'avaient pas été fournies les années précédentes. Cette année, les résultats disponibles font état d'un taux de surpoids et d'obésité en grande section de maternelle de 12,1% pour la région Bretagne.

Cible				Valeurs réalisées fournies par le niveau national			
2010	2011	2012	2013	2009	2010	2011	2012
13,8%	13,4%	13%	12,6%	NC	NC	NC	12,6%

# D RÉDUIRE LES INÉGALITÉS D'ACCÈS À LA PRÉVENTION, AUX SOINS ET À LA PRISE EN CHARGE MÉDICO-SOCIALE SUR TOUS LES TERRITOIRES

## Rappel Cahier des Charges

### Indicateurs / données à recueillir :

- Nombre de contrats locaux de santé signés au titre de l'art. L.1434-17 (CSP) sur des territoires prioritaires urbains (CUCS, ZEP) ou ruraux (isolés).
- Écarts intra-régionaux d'équipements en ESMS mesurés à partir de la dépense d'assurance maladie rapportée à la population cible (personnes handicapées de 0 à 59 ans et personnes âgées de 75 ans et +).
- Nombre de logements ayant fait l'objet d'une évaluation sanitaire ayant conduit à une procédure d'insalubrité au titre du CSP.

Ces trois indicateurs sont disponibles dans le contrat pluriannuel d'objectifs et de moyens État-ARS.

Le nombre de contrats locaux de santé (CLS) signés au titre de l'article L.1434-17 du CSP sur les territoires prioritaires urbains ou ruraux est de 7 en Bretagne. **5 nouveaux CLS ont été signés en 2013.**

Cible				Valeurs réalisées fournies par le niveau régional				
2010	2011	2012	2013	2009	2010	2011	2012	2013
1	3	5	7	0	0	1	3	6

### ◆ Les CLS signés

Pays de Vitré - Porte de Bretagne  
Pays Centre Ouest Bretagne  
Morlaix Communauté  
Pontivy Communauté  
Belle-Île en Mer  
Ville de Rennes  
Pays de Ploërmel - Cœur de Bretagne

### ◆ Les CLS étant en cours

Pays de Fougères  
Pays de Redon Bretagne Sud  
Pays du Trégor Goëlo  
Pays de Guingamp  
Pays du Centre Bretagne  
Pays de Brocéliande

L'analyse des écarts intrarégionaux d'équipements en établissements et services médico-sociaux (ESMS) mesurés à partir de la dépense d'assurance maladie fait ressortir des chiffres plutôt bons en Bretagne en 2010 et 2011. **Les inégalités d'accès à la prise en charge médico-sociale sont moins importantes que la moyenne nationale.** Toutefois, nous ne disposons pas des données pour l'année 2012 du fait que la valorisation de cet indicateur par le niveau national n'a pas encore été effectuée.

Il est à noter que ces ratios correspondent à la population générale et non pas aux nombres de personnes en situation de handicap, ni aux personnes âgées (la Bretagne est « **une terre de retour** » et elle connaît donc un nombre plus important de personnes handicapées et de personnes âgées ayant besoin de réponses en ESMS).

		Valeurs cibles				Valeurs réalisées en Bretagne		
		2010	2011	2012	2013	2010	2011	2012
Écarts intrarégionaux d'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 plus)	Personnes âgées	6,5%	6%	5,5%	5%	6,8%	6%	-
	Personnes handicapées	23,2%	22,4%	21,9%	21,4%	21,5%	18,6%	-

Nous disposons néanmoins de données sur le montant des dotations attribuées pour l'année 2012 aux ESMS, par territoire.

## Secteur « Personnes âgées » en 2012 :

Département	Population + 75 ans	Dotation PA 2012 (USLD + EHPAD et EHPA)	€/Hab	Dotation par dépt. en % par rapport à la région
22	71 171	137 540 309 €	1 932, 53 €	21,9%
29	96 217	184 358 134 €	1 916, 07 €	29,3%
35	83 247	173 685 647 €	2 086, 39 €	27,6%
56	78 236	133 348 035 €	1 704, 43 €	21,2%
Région	328 871	328 392 126 €	1 912, 40 €	100%

Sur le champ des personnes âgées, les écarts sont peu importants et sont à corrélérer avec le niveau de dépendance des personnes âgées.

## Secteur « Personnes handicapées » en 2012 :

Département	Population 20/59 ans (en 2012)	Dotation PH 2012 (adultes/enfants)	€/Hab	Dotation par dépt. en % par rapport à la région
22	280 218	89 458 489 €	319 €	23%
29	457 127	101 308 624 €	221 €	26%
35	535 272	118 790 855 €	221 €	30%
56	363 586	82 377 782 €	226 €	21%
Région	1 636 203	391 935 751 €	239 €	100%

Sur le champ des personnes handicapées, le tableau met en lumière le fait que 3 départements sur 4 présentent une dépense euros/habitant quasi identique. Les efforts de l'ARS se portent donc sur la réduction des dépenses sur le quatrième département : les Côtes-d'Armor.

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

À ce jour, nous ne disposons pas de données sur cet item.

# 3 Conforter la représentation des usagers du système de santé

## FORMER LES REPRÉSENTANTS DES USAGERS SIÉGEANT DANS LES INSTANCES DU SYSTÈME DE SANTÉ

### Rappel Cahier des Charges

#### Indicateurs / données à recueillir :

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

Ces formations sont principalement assurées par le Collectif Inter-associatif Sur la Santé Bretagne. Pour l'année 2012, le CISS a organisé 15 formations, pour plus de 600 personnes formées (données présentées ci-dessous).

Thèmes	Forme des formations	Nombre de personnes formées
Le Dossier Médical Personnel (DMP) / Télémédecine	Une journée	37
Rassemblement des administrateurs représentant les Usagers dans les CPAM à Rennes	Une journée	26
L'agrément des associations : bilan, enjeux et améliorations	Une journée	55
Chirurgie ambulatoire (matin) et dossier pharmaceutique (après-midi)	Une journée	22
Maltraitance // Bientraitance	Une journée	20
Représentant des usagers : l'essentiel...	Une journée	16
Représentant des usagers en CRUQPC	Une journée	16
Défendre les droits des usagers	Une journée	16
Handicaps sensoriels	Une journée	27
Assises régionales des représentants des usagers du système de santé en Bretagne	Une journée	94
Représentant des usagers en CRUQPC	Une journée	17
Environnement et santé : quels liens ?	Une journée	83
Pharmacovigilance ; le médicament : des idées reçues à la réalité	Une journée	84
Sensibilisation des représentants des usagers	Une journée	102
Formation CISS national	Une journée	4

Les formations à l'attention des nouvelles personnes désignées dans les CRUQPC semblent avoir atteint leur but. On constate en effet une diminution des participants sur les derniers modules proposés.

Le CISS Bretagne assure la communication sur ces formations au moyen :

- du site CISS Bretagne ;
- de la lettre d'information CISS Bretagne ;
- du Service « Santé Info Droits ».

Nous tenons à remercier le CISS de sa franche collaboration et de son implication dans les actions de formation des RU.

## 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 CONFÉRENCES DE TERRITOIRE

### Rappel Cahier des Charges

#### Indicateurs / données à recueillir :

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

**La participation globale à la CRSA est de 55%** ; elle est inférieure à l'an passé (67%). Il est important de noter que les usagers montrent un intérêt tout particulier à la démocratie sanitaire avec un taux de participation de 71% en 2012.

Collège	Taux de participation	
	2011	2012
Collège des représentants des collectivités territoriales	77%	38%
Collège des représentants des usagers de services de santé ou médico-sociaux	81%	71%
Collège des représentants des conférences de territoire	83%	42%
Collège des partenaires sociaux	50%	60%
Collège des acteurs de la cohésion et de la protection sociale	55%	44%
Collège des acteurs de la prévention et de l'éducation pour la santé	57%	63%
Collège des offreurs des services de santé	69%	54%
Collège des personnalités qualifiées	83%	67%
<b>TOTAL (CRSA dans sa globalité)</b>	<b>67%</b>	<b>55%</b>



La participation globale moyenne dans les 8 conférences de territoire (CT) est supérieure à celle de la CRSA avec un taux de **63%**. Les données ci-après révèlent une participation plus assidue de certains collèges. C'est le cas des représentants des établissements de santé, des établissements sociaux et médico-sociaux, des usagers du système de santé ou encore de l'ordre des médecins.

Collège	Taux de participation en 2012 (en %)								
	CT 1	CT 2	CT 3	CT 4	CT 5	CT 6	CT 7	CT 8	Total
Établissements de santé	55	80			100	75	80	80	
Ets sociaux et médico-sociaux	44	69			78	56	79	100	
Organismes	50	83			17	33	67	44	
Professionnels santé libéraux	17	50			25	42	17	47	
Interne en médecine	0	0			25	0	0	67	
Centres de santé	50	25			38	75	50	100	
Établissements HAD	0	50			25	0	33	0	
Services de santé au travail	0	/			/	/	/	/	
Usagers du système de santé	100	63			84	62	75	83	
Collectivités territoriales	50	50			46	43	14	43	
Ordre des médecins	50	100			100	100	33	33	
Personnalités qualifiées	25	100			50	25	67	100	
<b>TOTAL (CT dans sa globalité)</b>	<b>51</b>	<b>62</b>			<b>64</b>	<b>55</b>	<b>56</b>	<b>72</b>	

*Les données de la conférence de territoire n°3 et n°4 n'ont pu être insérées du fait d'une difficulté rencontrée sur l'année 2013 en terme de collecte des taux de participation. Cela est rectifié pour 2014 (rapport annuel sur les données 2013).*

Il résulte de ces données que la démocratie sanitaire reste fragile. En effet, les taux de participation sont supérieurs à la moyenne, mais il faut tenir compte du fait que chaque membre a un suppléant, et qu'en conséquence, nous devrions avoisiner les 80% de taux de participation.

Les renouvellements des instances de la démocratie sanitaire en 2014 devront prendre en compte ce phénomène d'essoufflement ou de désintérêt.

# 5 Synthèse : les droits des usagers par secteur

## A LES DROITS DES USAGERS DANS LE SECTEUR SANITAIRE

### 1 - VOLET « AMBULATOIRE »

Cette nouvelle configuration du rapport sur les droits des usagers devait permettre d'évaluer ce secteur quant aux droits des usagers.

Il est à noter que les remontées de données sont faibles et qu'il n'a guère été permis d'émettre un avis pertinent sur les droits des usagers dans le secteur sanitaire, volet ambulatoire :

- ▶ c'est ainsi que les respects d'obligations de formation continue *via* le DPC n'ont pu être mesurés, surtout quant au respect du droit des usagers. Des formations existent mais peu sur le volet droit des usagers ;
- ▶ le dispositif de signalement des plaintes est mis en place mais sans que nous n'ayons de retours du conseil de l'ordre quant aux motifs et aux suites ;
- ▶ sur l'accès aux soins : on peut noter que la Bretagne reste encore en bonne situation quant à la couverture en professionnels de santé, même si des écarts existent entre les territoires de vie. Les services de l'Agence œuvrent d'ailleurs de façon importante par la mise en place d'actions favorisant l'installation de nouveaux praticiens sur les zones délicates, ainsi que par les actions pour les créations de MSP ou de PSP ;
- ▶ au niveau de l'accès aux soins ambulatoires, la Bretagne ne connaît pas de dérives sur les nombres de praticiens en secteur II, de sorte que l'accès aux soins reste très satisfaisant ;
- ▶ il est à souligner, dans le volet ambulatoire, les actions menées pour la mise en place du DMP : les résultats, loin d'être bons, restent très satisfaisants, même si on note des écarts importants entre les 4 départements bretons.

Il sera nécessaire de poursuivre les actions pour que les données nécessaires telles que prévues dans le cahier des charges puissent parvenir aux instances de l'ARS et surtout à la commission spécialisée sur les droits des usagers.

### 2 - VOLET « ÉTABLISSEMENT SANITAIRES »

Les dispositions sur les droits des usagers dans le secteur hospitalier telles qu'issues de la loi du 4 mars 2002 paraissent bien prises en compte notamment avec les suivis assurés par les CRUQPC.

En effet, les données remontent bien à l'ARS et peuvent donc être exploitées.

Les rapports de certification HAS servent aussi à ces évaluations.

Les services de l'ARS devraient pouvoir mieux communiquer sur les niveaux de certification des établissements hospitaliers : en effet, les données recueillies sont des données spécifiques à un exercice et non le cumul pour l'ensemble des établissements.

Toutefois :

- ▶ la formation des professionnels sur les droits des usagers reste à parfaire ;
- ▶ les suivis des plaintes et réclamations sont à poursuivre ;
- ▶ pour les préconisations sur les directives anticipées de fin de vie, il reste encore des actions à mener.



Les représentants des usagers doivent être mieux considérés et leur mission mieux reconnue notamment au niveau des formations internes qui n'existent pas pour eux, ainsi que pour les indemnisations de leurs frais : depuis plusieurs années, le rapport établi par la CSDU souligne ces points sans avancées.

Pour les formations à destination des RU, les établissements se reposent sur les actions du CISS ou des fédérations d'appartenance des RU.

Lors du renouvellement des représentants des RU au sein des CRUQPC, il est souvent procédé par reconduction, sans veiller à un renouvellement de la provenance des membres et sans toujours vérifier que les personnes sont bien issues d'une association agréée.

## **B** | LES DROITS DES USAGERS DANS LE SECTEUR MÉDICO-SOCIAL

### 1 - VOLET « PERSONNES HANDICAPÉES »

Les droits des usagers dans le secteur médico-social relèvent des dispositions de la Loi du 2 janvier 2002. Il est souvent fait un parallèle entre cette loi et la loi du 4 mars 2002.

Or, force est de constater qu'il y a des écarts qui ne sont pas toujours bien pris en considération, y compris au niveau du cahier des charges pour ce présent rapport. C'est ainsi qu'il est fait un parallèle entre le CVS et la CRUQPC ; or, leurs missions et compositions en sont différentes. De plus, le CVS n'a pas à traiter des plaintes ni des réclamations. Sa composition comporte des usagers, et la présidence relève du collège des usagers. Il n'est pas prévu d'établissement d'un rapport annuel ni donc de communication des travaux des CVS, sauf aux autres usagers et à l'organisme gestionnaire.

Aussi pour élaborer ce rapport sur les droits des usagers, nous ne pouvons nous appuyer que sur les enquêtes périodiques menées par l'ANESM. C'est ainsi que ce rapport prend en compte les données de ce rapport pour la région Bretagne pour les FAM et MAS, soit 84 ESMS.

Le nombre d'ESMS en Bretagne pour personnes handicapées est de 425 établissements et de 386 services.

Ce recueil des données sera pertinent quand il s'appuiera sur les rapports sur l'évaluation interne qui s'est conclue pour tous les établissements en 2013.

Les seules données pertinentes à ce jour restent celles de ce rapport ANESM ainsi que les retours apportés via les personnes qualifiées : or, force est de constater que ce dispositif ne fonctionne pas (pas de désignation d'effectuée en Côtes-d'Armor et ceci 12 ans après la loi) et que le nombre de signalements et de saisines des personnes qualifiées prouve que ce dispositif n'est ni connu ni utilisé par les usagers.

Nous suggérons l'élaboration d'un questionnaire simplifié permettant le recueil des principales données : questionnaire que les ESMS devraient renvoyer aux ARS pour le 30 avril de chaque année avec leur compte administratif (cf. questionnaire page suivante).

La loi HPST a permis d'introduire les principes de démocratie sanitaire afin de renforcer le rôle et la participation des usagers dans le processus de décision du système de santé, en lien avec le projet régional de santé. Conformément aux dispositions de l'article D. 1432-42 du code de santé publique, la commission spécialisée dans le domaine des droits des usagers du système de santé installée depuis juillet 2010 est chargée annuellement d'élaborer un rapport spécifique sur l'évaluation des conditions dans lesquelles sont appliqués et respectés les droits des usagers du système de santé, de l'égalité d'accès aux services de santé et de la qualité des prises en charge dans les domaines sanitaire et médico social.

Dans ce cadre, elle vous demande de compléter le questionnaire ci-dessous permettant de recenser l'application des dispositions de la loi (2002-02) du 2 janvier 2002 rénovant l'action sociale et médico-sociale en réaffirmant la place prépondérante des usagers.

## Questionnaire

### Identification de la structure

- 1- Numéro FINESS de l'établissement (site géographique) : \_\_\_\_\_
- 2- Raison sociale de l'établissement (site géographique) : \_\_\_\_\_
- 3- Adresse de l'établissement (site géographique) : \_\_\_\_\_

### Mise en œuvre des dispositions de la loi du 2 janvier 2002

#### 4 - Affichage :

4-1 Avez-vous affiché la charte des droits et des libertés de la personne accueillie ?  oui  non

4-2 Affichez-vous les noms des personnes qualifiées auxquels les usagers peuvent faire appel pour faire valoir leurs droits ?  oui  non

#### 5 - Documents mis à disposition

5-1 Diffusez-vous de manière systématique le livret d'accueil décrivant l'organisation de la structure :  oui  non

5-2 Affichez-vous le règlement de fonctionnement de votre établissement ?  oui  non

#### 6 - Contrat de séjour définissant les obligations réciproques entre l'établissement et la personne accueillie

6-1 Existe-t-il un contrat de séjour ou autre forme de contrat ?  oui  non

6-2 Si oui :

6-2-1 Est-il signé systématiquement ?  oui  non

6-2-2 Par qui ?  Les usagers  Les représentants des usagers

#### 7 - Le conseil de la vie sociale

7-1 Le conseil de la vie sociale est-il installé ?  oui  non

7-2 Sa composition :

7-2-1 Nombre d'usagers : \_\_\_\_\_

7-2-2 Nombre de représentants des usagers : \_\_\_\_\_

7-2-3 Par qui est assurée la présidence du conseil de la vie sociale ?

Collège des usagers  Collège des représentants des usagers  Autre - merci de préciser \_\_\_\_\_

7-2-4 Existe-t-il des formations pour les représentants d'usagers ?  oui  non

7-3 Nombre de réunions annuelles du conseil de la vie sociale :  1  2  3  4 et +

7-4 Communiquez-vous les comptes-rendus des réunions auprès des usagers ?  oui  non

7-4-1 Si oui, quelles sont les modalités de diffusion ?

Envoi mail  Envoi courrier  Autre - merci de préciser \_\_\_\_\_

7-5 Communiquez-vous les comptes-rendus des réunions auprès des organismes gestionnaires ?  oui  non

7-5-1 Si oui, quelles sont les modalités de diffusion ?

Envoi mail  Envoi courrier  Autre - merci de préciser \_\_\_\_\_

## Focus spécifique

### 8 - Pour tous les établissements

8-1 Combien de demandes d'accès au dossier médical de la personne accueillie avez-vous eues au cours de l'année 2013 ?

---

8-2 Combien de réclamations écrites avez-vous reçues au cours de l'année 2013 ? \_\_\_\_\_

8-3 Combien de plaintes avez-vous reçue au cours de l'année 2013 ? \_\_\_\_\_

### 9 - Pour tous les établissements de personnes âgées

Existe-t-il des modalités d'encouragement des usagers à rédiger des directives anticipées relatives aux conditions de leur fin de vie ?  oui  non

## Commentaires - Observations

### 10 - Commentaires

---

---

---

---

## 2 - VOLET « PERSONNES ÂGÉES »

Pour le secteur des personnes âgées, les mêmes observations que pour les personnes handicapées sont à formuler.

Le nombre d'EHPAD en Bretagne est de 461.

Nous n'avions pu prendre en compte lors d'un précédent rapport que l'enquête sur la bientraitance ANESM.

Là encore il serait plus pertinent de recueillir les données *via* les rapports d'évaluation interne (qui se devait d'être finalisée avant le 31 décembre 2013) ou les rapports d'évaluation externe (cette évaluation externe devra être effectuée au cours de l'année 2014 et avant début 2015).

La même suggestion que pour les ESMS personnes handicapées est faite pour ce recueil de données.

## ► Préconisations générales

Le cahier des charges établi pour ce rapport nécessite une remontée de très nombreuses données, lesquelles sont trop difficiles à obtenir.

- Il est proposé de limiter le nombre des indicateurs afin d'être plus pertinent en supprimant certains indicateurs qui n'apportent pas de plus value au rapport (exemples : nombre de logements ou extractions pour les personnes détenues...).
- Dans les actions de formation, les places et rôles des représentants des usagers sont à prendre en considération.
- Les débats publics doivent permettre d'informer sur les actions de santé : force est de constater que les débats publics restent trop axés et ouverts aux professionnels, mais trop boudés par le grand public. Il faut donc revoir les modalités de ces débats publics.
- Afin de mieux mesurer les droits des usagers personnes âgées et/ou personnes handicapées, il serait plus pertinent de prendre en compte le nombre de personnes ayant une orientation MDPH qui n'a pu être satisfaite faute de places, plutôt que d'indiquer des ratios d'équipements.
- Pour les personnes handicapées et pour les personnes âgées :
  - prise en compte chaque année de données simplifiées issues d'un questionnaire synthétique tel que celui prévu en Bretagne à compter de 2014 ;
  - et tous les 5 ans au moment des évaluations internes, prise en compte des données issues des rapports d'évaluation interne, et tous les 7 ans des rapports d'évaluation externe ;
  - prise en compte des rapports spécifiques de l'ANESM portant sur la bientraitance.
- Concernant les CRUQPC, il est soulevé la question de l'instauration d'une CRUQPC dans le secteur ambulatoire. Cela serait-il possible ?
- Sur le label droit des usagers, il est essentiel d'insister sur la communication sur ce label pour optimiser les actions de valorisation sur le droit des usagers.

## ► Préconisations et évaluation selon le cahier des charges et ses objectifs

Promouvoir et faire respecter les droits des usagers		
1. Former les professionnels de la santé sur le respect des droits des usagers.		Sur ce volet, il n'apparaît nullement d'actions spécifiques de formation. Les actions de formation des professionnels se doivent de mieux prendre en compte les aspects : droits des usagers et des patients : qu'il s'agisse de l'ambulatoire, du sanitaire hospitalier, du médico-social. Une action en amont est à effectuer auprès des organismes pour qu'annuellement une synthèse des formations dispensées soit adressée. Les RU devraient être associés aux actions de formation : qui, mieux qu'un RU, peut parler des droits et dignité des personnes ?
2. Rendre effectif le processus d'évaluation du respect des droits des usagers.		Pour l'ambulatoire : obtenir des données sur les suivis des plaintes et réclamations. Pour le médico-social : mise en place de questionnaire annuel de recueil des données Veiller à la communication et aux modalités de saisine des personnes qualifiées.
3. Droit au respect de la dignité de la personne. Promouvoir la bientraitance.		<ul style="list-style-type: none"> <li>• Ambulatoire : revoir modalités d'information ARS et CSDU</li> <li>• Médico-social : collecte des données <i>via</i> les rapports d'évaluation interne et externe.</li> </ul>
4. Droit au respect de la dignité de la personne. Prendre en charge la douleur.		<ul style="list-style-type: none"> <li>• Ambulatoire : besoin de collecte des données sur les formations <i>via</i> le DPC sur ce volet.</li> <li>• Médico-social ; collecte des données <i>via</i> les rapports d'évaluation interne et externe.</li> </ul>

## Promouvoir et faire respecter les droits des usagers (suite)

<p>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.</p>		<p>Des efforts importants sont à effectuer pour communiquer, que ce soit dans les projets d'établissements, les livrets d'accueil... Il serait pertinent de disposer d'un indicateur sur le nombre de personnes <b>ayant désigné la personne de confiance</b>, et ce en plus de l'indicateur sur les directives anticipées de fin de vie.</p>
<p>6. Droit à l'information. Permettre l'accès au dossier médical.</p>		<p>Poursuite des actions de communication sur le DPC. Communication <i>via</i> les projets d'établissements et livrets d'accueil.</p>
<p>7. Assurer la scolarisation des enfants handicapés en milieu ordinaire ou adapté.</p>		<p>Ces dernières années, des actions importantes ont été menées pour assurer la scolarisation des personnes en situation de handicap : Point E : les dispositions sur les AVS Mutualisés restent à mettre en place ; Point F : l'aide et l'appui sont à poursuivre pour le secondaire et le supérieur ; Point G : une collaboration plus pertinente entre enseignement ordinaire et enseignement adapté est à poursuivre.</p>
<p>8. Droits des personnes détenues. Assurer la confidentialité des données médicales et l'accès des personnes à leur dossier médical.</p>		<p>Obtenir cette donnée.</p>
<p>9. Santé mentale. Veiller au bon fonctionnement des commissions départementales de soins psychiatriques.</p>		<p>Poursuivre la collecte des rapports : certains ne sont pas transmis de façon systématique aux ARS. Une synthèse des rapports serait à envisager en plus des données quantitatives.</p>

## Renforcer et préserver l'accès à la santé pour tous

<p>10. Assurer l'accès aux professionnels de santé libéraux.</p>		<p>Les actions engagées sont à poursuivre surtout avec le vieillissement des professionnels de santé libéraux.</p>
<p>11. Assurer financièrement l'accès aux soins.</p>		<p>Poursuite des actions.</p>
<p>12. Assurer l'accès aux structures de prévention.</p>		<p>Les actions engagées restent à poursuivre. Les actions de communication doivent être densifiées.</p>
<p>13. Réduire les inégalités d'accès à la prévention, aux soins et à la prise en charge médico-sociale pour tous les territoires.</p>		<p>Les travaux sur les contrats locaux de santé sont à poursuivre. Les indicateurs devraient plus prendre en compte l'état des besoins en fonction des orientations des MDPH plutôt que les ratios d'équipement lesquels se corrélaient à la population et non pas aux réalités des besoins des personnes.</p>

## Conforter la représentation des usagers du système de santé

<p>14. Former les représentants des usagers siégeant dans les instances du système de santé.</p>		<p>Les Établissements sanitaires ont à veiller à la formation des représentants des usagers, notamment lors des renouvellements des instances. Les fédérations et associations ont à mener des actions de formation à l'instar des actions menées par le CISS.</p>
--	---	--

## Renforcer la démocratie sanitaire

<p>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 conférences de territoire.</p>		<p>Les instances de la démocratie sanitaire connaissent une forme de désaffection au fil des années. Une meilleure implication et un suivi de leurs avis permettrait sans doute de redonner vigueur à ces instances. Des moyens pour la démocratie sanitaire seraient nécessaires pour garantir leur travail et action. Il est aussi préconisé le remplacement du terme. <b>« DÉMOCRATIE SANITAIRE » par « DÉMOCRATIE EN SANTÉ ».</b></p>
--	---	---



## GLOSSAIRE

- AED : Assistant d'Éducation  
AFR : Actions de Formations Régionales  
AM : Assurance Maladie  
AME : Aide Médicale d'État  
ANESM : Agence Nationale d'Évaluation Sociale et Médico-Sociale  
ANFH : L'Association Nationale pour la Formation permanente du personnel Hospitalier  
ARS : Agence Régionale de Santé  
AUB Santé : Aide aux Urémiques de Bretagne  
AVS : Auxiliaire de Vie Scolaire  
AVSI : Auxiliaire de Vie Scolaire Individuel  
AVSM : Auxiliaire de Vie Scolaire Mutualisé  
CDSP : Commission Départementale des Soins Psychiatriques  
CHS : Centre Hospitalier Spécialisé  
CHU : Centre Hospitalier Universitaire  
CISS : Collectif Interassociatif sur la Santé  
CLIS : Classes pour l'Inclusion Scolaire  
CLS : Contrats Locaux de Santé  
CMU : Couverture Maladie Universelle  
CPAM : Caisse Primaire d'Assurance Maladie  
CPC : Chambre Professionnelle du Conseil  
CRA : Centre de Ressources Autisme  
CRRF : Centre de Rééducation et de Réadaptation Fonctionnelles  
CRSA : Conférence Régionale de la Santé et de l'Autonomie  
CRUQPC : Commission des Relations avec les Usagers et de la Qualité de la Prise en Charge  
CSDU : Commission Spécialisée Droit des Usagers  
CT : Conférence de Territoire  
CVS : Conseil de la Vie Sociale  
DGOS : Direction Générale de l'Offre de Soins  
DMP : Dossier Médical Personnel  
DPC : Développement Professionnel Continu  
DRESS : Direction de la Recherche, des Études, de l'Évaluation et des Statistiques  
EHPA : Établissement d'Hébergement pour Personnes Agées  
EHPAD : Établissement d'Hébergement pour Personnes Agées Dépendantes  
EPSM : Établissement Public de Santé Mentale  
EREA : Établissements Régionaux d'Enseignement Adapté  
ESAT : Établissement et Service d'Aide par le Travail  
ESMS : Établissement Social et Médico-Social  
ESPIC : Établissement de Santé Privé d'Intérêt Collectif  
ETP : Éducation Thérapeutique du Patient  
EVS : Emploi Vie Scolaire  
FAM : Foyer d'Accueil Médicalisé  
HAS : Haute Autorité de la Santé  
HIA : Hôpital d'Instruction des Armées  
HPST : loi « Hôpital, Patient, Santé et Territoire »  
IEM : Institut d'Éducation Motrice  
IME : Instituts Médico-Éducatifs  
ITEP : Instituts Éducatifs, Thérapeutiques et Pédagogiques  
MAS : Maisons d'Accueil Spécialisées  
MC : Maison de Convalescence  
MDPH : Maison Départementale des Personnes Handicapées  
MECS : Maison d'Enfant à Caractère Social  
MSP : Maison de Santé Pluridisciplinaire  
OPCA : Organismes Paritaires Collecteurs Agréés  
OSSD : Observatoire des Structures de Santé des personnes Détenues  
PSP : Pôle de Santé Pluridisciplinaire  
PR : Établissements scolaires Privé  
PU : Établissements scolaires Public  
RU : Représentant des Usagers  
SBRA : Société Brestoise du Rein Artificiel  
SDC : Structure d'Étude et de traitement de la Douleur Chronique  
SEGPA : Section d'Enseignement Général et Professionnel Adapté  
SESSAD : Service d'Éducation Spéciale et de Soins à Domicile  
ULIS : Unités Pédagogiques d'Intégration  
UNAFAM : Union Nationale de Familles ou Amis de personnes Malades et handicapées psychiques  
USLD : Unité de Soins Longue Durée

# B | ANALYSE DES DONNÉES ISSUES DES RAPPORTS DES CRUQPC

## ► *Préambule*

Dans le cadre de la mission de la commission spécialisée sur les droits des usagers, il est prévu l'analyse et la préparation de l'avis de la CRSA sur les rapports émis par les Commissions des Relations avec les Usagers et de la Qualité de la Prise en Charge (CRUQPC).

Les rapports examinés sont établis sur la base des dispositions de la loi du 4 mars 2002 et de ses différents textes d'application.

## ► *Modalités de travail*

Les rapports sont parvenus au secrétariat de l'ARS sous forme dématérialisée, parfois doublés d'un envoi sous forme papier.

Des relances ont été effectuées par les services de l'ARS, à la demande du président de la commission, pour rappeler cette obligation de production de ce document.

Sur les 126 établissements disposant d'une CRUQPC en Bretagne, 118 ont communiqué leur rapport, soit un taux de retour de 94%, nettement supérieur à celui de l'an passé (82%). La CSDU s'en félicite et ne peut qu'encourager les établissements bretons à continuer dans cette voie.

L'ensemble de ces rapports a donné lieu à lecture, par les services de l'ARS et par le président de la CSDU, afin d'en faire l'analyse.

La synthèse figurant ci-après permet de cerner les différents items suivants :

- l'existence ou non d'une CRUQPC ;
- sa composition pour les représentants des usagers ;
- le nombre de réunions au cours de l'année 2011 ;
- la possibilité ou non de formations dispensées aux représentants des usagers ;
- la possibilité ou non pour les représentants des usagers d'être indemnisés de leurs frais ;
- l'existence d'un livret d'accueil ;
- le nombre de plaintes ou de réclamations ;
- le nombre de demandes de communications de livrets médicaux ;
- les existences ou non de fiches d'événements indésirables ;
- des données sur les questionnaires de sortie.

## ► *Analyse quantitative*

### *Les constats*

#### ***Une grande diversité d'établissements en Bretagne soumis à cette procédure,***

Soit 126 établissements se répartissant comme suit :

45 ESPIC (établissements de santé privés d'intérêt collectif) ;
2 CHU (centres hospitaliers universitaires) ;
4 CHS (centres hospitaliers spécialisés) ;
41 CH (centres hospitaliers publics) ;
27 Centres hospitaliers privés ;
1 établissement de radiologie ;
4 EPSM (Établissement Public de Santé Mentale) ;
1 MECS (Maison d'enfant à caractère social) ;
1 centre de lutte contre le cancer.

### *Taux de réponse*

Un taux de réponse nettement supérieur à l'année dernière.

Sur 126 établissements assujettis, 118 réponses, soit un taux de réponse de 94%.

Années	2008	2009	2010	2011	2012
Taux de retours	60%	83%	93%	82%	94%

### *Existence d'une CRUQPC*

Tous les établissements ayant répondu ont une CRUQPC.

### *Les représentants des usagers*

Les CRUQPC comportent des représentants des usagers d'origines diverses, allant de 5 titulaires et 3 suppléants à une absence de RU. Cependant, il est à noter que plus de 90% des CRUQPC ont, dans leur composition, entre 2 et 4 représentants d'usagers en leur sein.

## Composition CRUQPC : représentants des usagers

0 RU	1 RU	2 RU	3 RU	4 RU	+ de 4 RU
1 CRUQPC	4 CRUQPC	35 CRUQPC	19 CRUQPC	54 CRUQPC	4 CRUQPC

1 rapport n'indique pas les éléments sur la représentation des RU au sein de la CRUQPC.

## Fonctionnement des CRUQPC

Le nombre de réunions est très variable : de 0 à 8 réunions par an.

Aucune réunion	1 réunion par an	2 réunions par an	3 réunions par an	4 réunions par an	Plus de 4 réunions par an
3	10	14	30	53	9

Les CRUQPC fonctionnent avec les moyens de l'établissement et ne disposent pas de structures spécifiques, et les moyens mis à disposition sont variables selon les établissements.

Les remboursements de frais de déplacements sont assez peu mentionnés dans les rapports ou alors pour indiquer que c'est possible mais qu'il n'y a pas de demandes :

- seuls 15 établissements font état de remboursements de frais pour des sommes allant de 50 € à 1103 € ;
- 40 établissements précisent la possibilité de remboursements, mais sans avoir de demandes formulées ;
- la plupart des établissements ne renseignent pas cet item.

Par contre, certains signalent clairement que les remboursements de frais ne sont pas pris en compte.

## Formation

En règle générale, aucune formation spécifique pour les représentants des RU dans les CRUQPC n'est mise en place par les établissements.

Il est toutefois signalé que les formations sont assurées soit par les associations d'appartenance des RU ou le CISS (très souvent cité) ou alors il est indiqué que des informations sont données lors des réunions et avec la remise de guides aux RU.

## Les livrets d'accueil

Les livrets d'accueil existent dans tous les établissements qui ont répondu.

L'existence de la CRUQPC et les moyens de sa saisine passent par ce canal de façon majoritaire, mais de plus en plus il est noté la voie de l'affichage, la voie internet et les sites.

## Le questionnaire de sortie

Il est visé dans de nombreux rapports. Les taux de retours sont très variables, surtout selon les services d'accueil ou de prise en charge.

Les rapports évoquent les taux de satisfaction par rapport aux retours, mais non pas sur le nombre de questionnaires émis. Toutefois certains rapports indiquent le pourcentage de questionnaires reçus par rapport au nombre de patients sortis.

Les taux de satisfaction sont examinés en fonction des retours (ce qui ne permet pas une appréciation sur cette satisfaction ou non).

Dans l'ensemble, pour ceux qui ont donné des indications, les taux de satisfaction dans les questionnaires de sortie retournés, sont bons, voire excellents.

## Plaintes et réclamations

Cette rubrique est renseignée dans la quasi-totalité des dossiers (seuls 4 établissements n'ont rien indiqué). Sont détaillées dans cette rubrique pour de nombreux établissements, tant les plaintes que les réclamations, ainsi que les saisines du médiateur :

Années	2008	2009	2010	2011	2012
Nombre	1 273	1 907	2 610	2 523	2 837

Dans cette rubrique, les établissements font souvent part des modalités de traitement des plaintes. Des établissements mentionnent également les lettres de félicitations ou les remerciements.

## Demandes de communications de dossiers médicaux

La tendance des années précédentes se poursuit : le nombre de demandes de communication de dossiers médicaux signalés par les établissements ayant renseigné cet item est en forte augmentation.

Années	2008	2009	2010	2011	2012
Nombre	3 479	4 638	5 901	4 519	7 284

À noter que la baisse du nombre total de demandes enregistrée en 2011 est liée à un taux de retour des rapports CRUQPC plus faible cette année-là. Par exemple, le CHU de Brest n'avait pas retourné son rapport (alors que cet établissement enregistre traditionnellement beaucoup de demandes : 1 045 en 2010, 1 438 en 2012) et le CHU de Rennes n'avait pas renseigné cette donnée comme les années passées.

Nombre de demandes	0 - 20	20 - 40	40 - 60	60 - 80	80 - 100	100 - 1 000	+ 1 000
Nombre d'établissements	70	8	12	3	2	15	2

Le nombre de demandes des dossiers médicaux varie selon les établissements, leur profil et leur taille, soit d'aucune à 1 438 demandes (pour le CHU de Brest).

Le traitement des demandes et par conséquent, le temps de réponse à ces demandes, varie de 2 jours à +30 jours pour les dossiers de plus de cinq ans. Les dossiers incomplets, les demandes complexes à gérer ou les circuits de transmission des dossiers peuvent également ralentir les délais de réponses.

## Événements indésirables

Certains établissements (45, soit un peu moins de la moitié des répondants), dans leur rapport, ont fait état du nombre de fiches établies pour les événements indésirables.

Les données sont très variables, allant de 2 à 3 490 fiches recensées (mais il faudrait ne prendre en considération que les événements indésirables portant sur les droits des usagers. Or, dans ces fiches, de nombreux événements sont des points bénins très souvent de fonctionnement, de logistique et sans aucun rapport avec la bientraitance ou les droits des usagers).

## ► Analyse qualitative et observations

### Production des documents et contenus

Ces rapports sont d'une très grande diversité et hétérogènes (certains rapports comportent un nombre d'annexes non négligeables : règlement intérieur, analyses des taux de satisfaction, questionnaires de sortie...). Les dossiers vont de 2 pages à plus de 150 pages.

Dans les mauvais retours effectués cette année, on peut regretter que les établissements suivants qui avaient l'habitude de transmettre leur rapport de CRUQPC ne l'aient pas fait cette année (malgré plusieurs rappels et sans aucune explication) :

- CH de Josselin
- Clinique du Golfe à Séné
- Centre Hélios Marin à Plerin
- CH de Quintin
- CH Centre de Bretagne à Pontivy.

Par contre, il est à souligner que 3 établissements qui ne transmettaient rien les années passées ont cette année transmis un rapport :

- Polyclinique Quimper Sud
- Clinique de l'Océan à Quimper
- Centre médical Rey-Leroux à La Bouexière.

Il est à noter, dans la majorité des rapports, une implication forte sur le respect des droits des patients. La qualité des rapports n'est liée ni à la taille, ni à l'activité de l'établissement.

Dans la composition des CRUQPC, il est quelquefois indiqué le renouvellement des RU en 2012, ou de renouvellements prévus en 2013. Toutefois certains postes de RU restent pourvus avec des représentants d'associations non agréées voire sans mention pouvant ainsi évaluer s'il y a respect de l'appartenance à une association agréée ou non.

De nombreux établissements évoquent des préconisations et effectuent dans le rapport un suivi de ces préconisations ou recommandations.

CRSA  
Rapport annuel  
2013

## Respect des droits des usagers du système de santé



**Directeur de la publication :** Bernard Gaillard  
**Coordination :** Anne-France Renaud - Claude Laurent  
**Rédaction :** Anne-France Renaud - Marin-Luc Auffret - Claude Laurent  
**Crédits photos :** ARS Bretagne  
**Impression :** Média Graphic  
**Conception :** Précontact  
**Dépôt légal :** à parution  
**N° ISBN :** 9782363350275  
**N° ISSN :** en cours