

Rapport

annuel

2014



Respect des droits des usagers
du système de santé



Bretagne
Conférence Régionale de Santé et de l'Autonomie

Édito



Ce rapport d'activité 2014 sur les droits des usagers est relatif aux données de l'exercice 2013.

Comme pour les dernières années, ce rapport est établi en conformité avec le guide d'élaboration de 2012 qui en dresse la trame et les différents chapitres, ainsi que les thèmes à aborder relativement au droit des usagers, que ce soit dans le domaine sanitaire (médecine de ville dit « Ambulatoire », ou le secteur hospitalier), le secteur

médico-social personnes âgées et personnes handicapées, mais aussi la scolarisation des personnes handicapées, l'accès aux soins des personnes détenues, ainsi que des indicateurs concernant la salubrité des logements ou la démocratie en santé.

C'est ainsi que ce rapport reprend les quatre grands chapitres :

- promouvoir et faire respecter les droits des usagers,
- renforcer et préserver l'accès aux soins pour tous,
- renforcer la représentation des usagers du système de santé,
- renforcer la démocratie sanitaire.

Avec, pour chacun de ces chapitres, les items tels que définis par le cahier des charges.

La collecte des multiples données et indicateurs s'est effectuée par les services de l'ARS, qui ont mené un travail délicat occasionnant de nombreuses relances. Et nous ne pouvons que remercier la collaboratrice chargée de cette délicate mission de collecte tant en interne qu'en externe.

Cette année, nous pouvons apprécier le retour de données émanant de sources qui ne s'étaient pas manifestées antérieurement comme, par exemple, pour évaluer la santé des détenus et leurs droits ou la salubrité des logements.

Par contre, force est de constater que, dans le secteur sanitaire hospitalier, et ce malgré de nombreuses relances, trop de rapports des Commissions de la relation avec les usagers et de la qualité de la prise en charge n'ont pas été transmis. La mise en place dès cette année 2015, pour les données de 2014, d'une collecte uniformisée et informatisée des données des CRUQPC devrait sans doute améliorer le dispositif.

La nouvelle Commission spécialisée sur les droits des usagers a assuré les analyses et effectué les travaux de préconisations.

Certaines de ces préconisations s'adressent aux organismes en charge de produire les données aux professionnels de santé, aux organisations, mais aussi aux instances nationales, telles que la Conférence nationale de la Santé et la CNSA, afin de faire évoluer ce guide et ce rapport, en prenant notamment en compte de nouvelles données comme la santé au travail.

Au fil des années, la Commission spécialisée droits des usagers et la CRSA constatent des progrès et des avancées sur le respect des droits des usagers, même si ces dernières sont un peu timides. Un suivi des préconisations est sans doute à mieux prendre en compte.

Pour les CRUQPC, il sera sans doute obligatoire de mieux vérifier leurs renouvellements et leur façon d'assumer leurs missions. Aussi la CSDU a-t-elle rédigé une fiche de protocole pour le renouvellement de ces commissions en lien avec le respect des textes législatifs et réglementaires.

Il serait aussi important que l'ensemble des membres de la CRSA (titulaires et suppléants) soient sensibilisés à ce rapport et que, en lien avec leurs organisations mandataires, ils s'y impliquent davantage, permettant ainsi d'améliorer les droits des usagers en Santé.

Un grand Merci à tous et à toutes celles qui ont permis l'élaboration de ce rapport et de ces préconisations.

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

Claude LAURENT

Sommaire

1 ▶ Promouvoir et faire respecter les droits des usagers

A Former les professionnels de santé sur le respect des droits des usagers	4
B Résultats issus du processus d'évaluation sur le respect des droits des usagers au regard des évaluations	6
C Droit au respect de la dignité de la personne - promouvoir la bientraitance	13
D Droit au respect de la dignité de la personne - prendre en compte la douleur	14
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	15
F Droit à l'information - permettre l'accès au dossier médical	16
G Assurer la scolarisation des enfants handicapés en milieu ordinaire ou adapté	19
H Droit des personnes détenues - assurer la confidentialité des données médicales et l'accès des personnes à leur dossier médical	22
I Santé mentale - veiller au bon fonctionnement des commissions départementales de soins psychiatriques	24

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

A Assurer l'accès aux professionnels de santé libéraux	26
B Assurer financièrement l'accès aux soins	28
C Assurer l'accès aux structures de prévention	29
D Réduire les inégalités d'accès à la prévention, aux soins et à la prise en charge médico-sociale sur tous les territoires	31

3 ▶ Conforter la représentation des usagers du système de santé

Former les représentants des usagers siégeant dans les instances du système de santé	34
--	-----------

4 ▶ Renforcer la démocratie sanitaire

Garantir la participation des représentants des usagers et des autres acteurs du système de santé dans la conférence régionale de santé et de l'autonomie et dans les conférences de territoire	36
---	-----------

5 ▶ Synthèse : les droits des usagers par secteur

A Les droits des usagers dans le secteur sanitaire : (1) volet « Ambulatoire », (2) volet « Établissements Sanitaires »	37
B Les droits des usagers dans le secteur médico-social : volet « Personnes handicapées » et « Personnes âgées »	38

6 ▶ Préconisations et suivi des recommandations

39

ANNEXES

A Glossaire	41
B Analyse des données des rapports des CRUQPC	42



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 2013 (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 et concerne la médecine de ville. Il en est ainsi pour tous les items recueillis dans le secteur ambulatoire du rapport droit des usagers.

L'OGDPC a été interrogé pour obtenir ces données. Aucune réponse n'a été transmise à ce jour. Par contre, l'ARS Bretagne est en charge du suivi des DPC pour les libéraux ne relevant pas d'un ordre. Les thèmes de formation des libéraux « sans ordre » que l'Agence a reçus sont très spécifiques et nous n'y relevons pas de formations spécifiques sur le droit des usagers.

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 2013 sur les droits des usagers.

L'ANFH, dans le cadre de sa politique régionale, a déployé une action de formation nationale intitulée « Responsabilité liée à l'informatisation de la production de soins : impact sur le secret professionnel et la confidentialité des données de santé ». L'ANFH Bretagne a pu constituer deux groupes représentant 23 personnes formées issues de 13 établissements.

En outre, l'ANFH a été en mesure de faire des requêtes quantitatives à propos de certaines formations dont les thèmes sont directement liés à notre interrogation. Elle nous a ainsi joint le tableau suivant, qui prend en compte les thèmes génériques et les départs en formation comptabilisés sur le plan de formation de ses adhérents :

Thèmes	Nombre de départs en formation
Droit des usagers	93
Douleur	2 754
Fin de vie	815
Directives anticipées de fin de vie	248
Secret professionnel	38



On constate que les formations sur le droit des usagers ne sont pas autant suivies que les formations portant sur la douleur, voire la fin de vie. Ces formations pourraient néanmoins intéresser davantage de personnels exerçant dans les établissements de la Fonction Publique Hospitalière (mais cela est déjà bien).

L'OPCA Actaliens a également communiqué des informations sur les praticiens libéraux, d'où ressortent les données suivantes :

Profession	Objet	Nombre de dossiers	Nombre de stagiaires
Activités hospitalières	Éducation thérapeutique du patient (ETP)	1	1
	Prise en charge de la douleur	1	3
	Soins palliatifs, accompagnement fin de vie	4	9
	Promotion bientraitance/Prévention maltraitance	4	38
	ETP patient résident	10	22
	Prise en charge de la douleur	15	69
	Soins palliatifs, fin de vie	6	43
	Dossier médical du patient résident	14	149

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.

La CSDU a interrogé les OPCA de la région Bretagne (Actaliens, Unifaf, Uniformation et FORMAP). Seule l'OPCA Actaliens (qui ne couvre qu'une faible part du médico-social) a répondu. Pour la partie médico-sociale, les données qui ressortent sont les suivantes :

Profession	Objet	Nombre de dossiers	Nombre de stagiaires
Hébergement médicalisé pour personnes âgées	Prévention de la maltraitance	6	33
	Soins palliatifs, accompagnement fin de vie	1	4
	Promotion bientraitance/Prévention maltraitance	5	47
	Prise en charge de la douleur	2	32
	Soins palliatifs, fin de vie	5	58
Hébergement social pour personnes âgées	Prévention de la maltraitance	2	11
	Promotion bientraitance/Prévention maltraitance	2	5
	Soins palliatifs, fin de vie	1	12

On peut ainsi noter que les formations relatives à la douleur, à la promotion de la bientraitance, à la fin de vie ainsi qu'au dossier médical du patient sont des formations particulièrement suivies par les professionnels. **Il est toutefois regrettable que les principales OPCA du champ médico-social n'aient pas répondu.**

B | RÉSULTATS ISSUS DU PROCESSUS D'ÉVALUATION SUR LE RESPECT DES DROITS DES USAGERS AU REGARD DES ÉVALUATIONS

La commission a souhaité modifier le titre de ce volet car les données sont issues des résultats de l'évaluation.

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, le conseil de l'ordre des médecins précise que ce dispositif est mis en place dans les quatre départements bretons. Il comptabilise ainsi, pour la région Bretagne :

		Total des plaintes et doléances reçues	Total des conciliations	Total des plaintes transmises
2012	Région Bretagne	250	52	12
	22	5	1	0
	29	95	14	0
	35	130	24	12
	56	20	13	0
2013	Région Bretagne	271	45	26
	22	53	14	5
	29	88	17	4
	35	49	0	0
	56	81	14	17

À noter : les conseils départementaux sont tenus de communiquer chaque année ces indicateurs au conseil national de l'ordre des médecins.

On constate une hausse entre l'année 2012 et l'année 2013 du nombre total des plaintes et doléances reçues et des plaintes transmises.

Par ailleurs, aucune réclamation ou plainte n'a été enregistrée auprès de l'ARS Bretagne, pour l'année 2013.

CHAMP SANITAIRE

Rappel Cahier des Charges

Indicateurs / données à recueillir : ici doit être renseigné d'une part, les résultats issus des rapports de certification HAS suite aux visites des experts visiteurs et en lien avec les critères du manuel de certification de la HAS concernant les droits des patients. Et d'autre part, les données suivantes comprises dans les rapports des Commission des Relations avec les Usagers et de la Qualité de la Prise en Charge (CRUQPC) :

- la proportion d'établissement 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).

► *Les résultats issus des démarches de certification HAS en lien avec le droit des usagers.*

L'ordonnance n°96-346 du 24 avril 1996 portant réforme hospitalière introduit la certification au sein du système de santé français.

La certification est une procédure d'évaluation externe d'un établissement de santé indépendante de l'établissement et de ses organismes de tutelle. Des professionnels de santé mandatés par la HAS réalisent les visites de certification sur la base d'un manuel. Ce référentiel permet d'évaluer le fonctionnement global de l'établissement de santé.

Mise en œuvre par la HAS, **la procédure de certification s'effectue tous les 4 ans**. Son objectif est de porter une appréciation indépendante sur la qualité des prestations d'un établissement de santé. Elle concerne :

- les établissements de santé publics et privés,
- les installations autonomes de chirurgie esthétique,
- les Groupements de Coopération Sanitaire.

Les professionnels de l'établissement effectuent leur propre évaluation de la qualité des organisations et des pratiques mises en œuvre sur la base du manuel de certification. Ils complètent leurs autoévaluations via la plateforme nationale SARA ; les résultats sont ainsi transmis à la HAS.

Une cotation A, B, C, D est déterminée au regard de chacun des critères de la certification et de l'auto évaluation réalisée. Cela permet d'exprimer un niveau de qualité atteint.

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.

À noter qu'aucune cotation D n'a été relevée sur les différents critères évoqués ci-après, ce qui est un très bon indicateur puisqu'aucun d'entre eux n'est trop peu ou non satisfait.

La construction de l'Observatoire Qualité Breton, volet sanitaire, permet, à ce jour, de recueillir les cotations A, B, C, D et ainsi d'objectiver plus finement les résultats obtenus en région Bretagne. Il est à noter que le référentiel de la HAS dans sa version V2010 et demain V2014 prévoit une thématique consacrée aux Droits des patients.

Cette thématique n°5, Droits des patients, regroupe les critères suivants :

- politique des droits des patients (1d),
- prévention de la maltraitance et promotion de la bientraitance (10a) traitées au point c,
- respect de la dignité et de l'intimité du patient (10b),
- respect de la confidentialité des informations relatives aux patients (10c),
- accueil et accompagnement de l'entourage (10d),
- respect des libertés individuelles et gestion des mesures de restriction de liberté (10e),
- information du patient sur son état de santé (11a),
- consentement et participation du patient (11b),
- hospitalisation sans consentement (19d),
- information en cas de dommage liés aux soins (11c).

Par ailleurs, de nombreuses autres thématiques du référentiel HAS proposent un ou des critère(s) en lien avec les Droits des patients :

- N°1, stratégie et management : la démarche éthique (1c)
- N°3, management de la qualité et des risques :
 - implication des usagers, de leurs représentants et des associations (2b),
 - système de gestion des plaintes et des réclamations (9a),
 - évaluation de la satisfaction des usagers (9b).
- N°7, prise en charge de la douleur (12a) traité au point d
- N°8, prise en charge et droits des patients (13a)
- N°9, dossier patient :
 - accès du patient à son dossier (14b) traité au point f.

► Résultats régionaux relatifs aux critères en liens avec les Droits des patients

> Thématique n°5 : droits des patients

• Politique des droits des patients (1d)

L'ensemble des établissements recueillent 39% de cotation A et 61% de cotation B. C'est un très bon résultat qui confirme l'engagement des établissements dans le respect des droits des usagers par son inscription dans les orientations stratégiques des établissements.

• Respect de la dignité et de l'intimité du patient (10b)

Le respect des droits des patients est une dimension essentielle de la qualité et une priorité de la certification depuis la 1^{ère} version de la démarche de certification. 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 la concernant.

Les soins ainsi que 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.

Les données démontrent que, pour ce critère, plus de la moitié des certifications obtiennent une cotation B, représentant ainsi quasi 62%, et 36% ont une cotation A, soit à elles deux quasi 98% des certifications. La cotation C est tout de même présente pour 2% de ces données.

• Respect de la confidentialité des informations relatives aux patients (10c)

Ce critère évalue les mesures mises en place permettant de respecter la confidentialité des informations relatives aux patients. L'évaluation porte notamment sur l'organisation mise en place, les modalités de partage de l'information et la formation des professionnels. Par ailleurs, l'établissement se doit d'évaluer le respect de la démarche de confidentialité.

Pour ce critère, les établissements bretons obtiennent une cotation A à 30% et la majorité des établissements obtiennent une cotation B, soit 72%. Ces résultats témoignent de la mise en place de mesures effectives au sein des établissements pour assurer la confidentialité des informations du patient.

• Accueil et accompagnement de l'entourage (10d)

Les établissements bretons certifiés le sont en cotation A et B pour chacun de moitié ; aucun n'a obtenu une cotation C. Ce critère évalue la prise en compte des modalités mises en place pour l'entourage et l'organisation qui permet l'accueil et la présence en continu des parents des enfants hospitalisés. Les résultats de l'évaluation de satisfaction de l'entourage donnent lieu à des actions d'amélioration en lieu avec la CRU.

• Respect des libertés individuelles et gestion des mesures de restriction et de liberté (10e)

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.

Le contrôleur général des lieux de privation et de liberté a rendu publiques des recommandations le 18 juin 2009.

Les résultats de certifications concernant spécifiquement les établissements de santé mentale ou ayant un service de santé mentale recueillent une cotation A dans 51.5% des cas, puis une cotation B dans 41% des cas. Au total, 92% des établissements ou service de santé mentale respectent les recommandations sur les libertés individuelles et la gestion de restriction de liberté.

• Information du patient sur son état de santé (11a)

La définition de l'organisation relative à l'information donnée au patient est établie par ce critère. Celui-ci ne relève pas de cotation C, il s'agit donc par conséquent d'un bon indicateur puisque les établissements certifiés le sont en cotation A à 35% et B à 65%. Des modalités spécifiques d'information sont mises en œuvre en cas de diagnostic grave et d'aggravation de l'état de santé en tenant compte des facultés de compréhension, de discernement et du type d'hospitalisation.

• Consentement et participation du patient (11b)

Ce critère permet de recueillir le consentement éclairé et, le cas échéant, le refus de soin. Il fait participer le patient et, s'il y a lieu, son entourage, dans la construction de la mise en œuvre du projet personnalisé de soins. Les établissements certifiés le sont majoritairement en B (76%) et A (23%). Seul moins d'1% relève de la cotation C, ce qui est plutôt satisfaisant.

- **Hospitalisation sans consentement (19d)**

La loi n° 90-527 du 27 juin 1990 relative aux droits et à la protection des personnes hospitalisées en raison de troubles mentaux, modifiée par la loi du 4 mars 2002, définit le champ et les modalités d'application de l'hospitalisation sans consentement, qui doit restée l'exception au regard de la législation française. Les résultats de certification concernant ce critère relèvent uniquement des cotations A et B et majoritairement A à plus de 66%. Par conséquent, l'absence de cotation C est très positive.

- **Information en cas de dommage liés aux soins (11c)**

L'évolution des représentations et du droit fait du patient un partenaire et un acteur de ses soins.

La loi du 4 mars 2002 réaffirme le droit du patient d'être informé, associé aux décisions relatives à ses soins. Dans ce cadre, pour toute personne victime ou qui s'estime victime d'un dommage imputable aux soins, les établissements se doivent de mettre en place une démarche structurée d'information du patient ; c'est ce qu'évalue le critère 11 c, qui recueille au niveau régional 76% de cotation A et 66% de B. Il est à noter que l'information sur le dommage lié aux soins est partiellement mise en place dans 23% des cas et non mis en place dans 1 établissement de santé (cotation D).

*> Autres thématiques du référentiel HAS proposant un ou des critère(s)
en lien avec les Droits des patients :*

- **N°1, stratégie et management : la démarche éthique (1c)**

Ce critère positionné dans le chapitre n°1 management de l'établissement renforce l'importance qui est donnée à cette dimension et la volonté d'intégrer la démarche éthique dans une réflexion globale de l'établissement telle que demandé par la loi du 4 mars 2002.

Sur ce critère, les établissements recueillent globalement 96% de cotation A et B avec une majorité de cotation B (76%) ; seuls 4 établissements ont une cotation C.

- **N°3, management de la qualité et des risques**

- **Implication des usagers, de leurs représentants et des associations (2b)**

La représentation et la participation des usagers constituent un important levier d'amélioration du système de santé et plus particulièrement du fonctionnement des établissements de santé. Ce critère évalue l'organisation de la représentation des usagers, la politique de coopération avec les acteurs associatifs et le dispositif de recueil des attentes des usagers. Pour ce critère, l'ensemble des établissements bretons recueillent des A et B en cotation avec respectivement 39% et 61%.

- **Système de gestion des plaintes et des réclamations (9a)**

Le système de gestion et de réclamation doit être conforme à la réglementation (articles R.1112-91 à R.1112-94 du Code de la santé publique). Ce critère évalue le respect du recueil de l'expression des usagers, la gestion des plaintes et réclamations, ainsi que le dispositif de traitement des événements indésirables et l'information du plaignant sur les suites données. C'est ainsi que 93% des établissements recueillent une cotation A pour ce critère, 17% ont un B et un seul établissement est concerné par un C.

- **Évaluation de la satisfaction des usagers (9b)**

Depuis 1996, tous les établissements ont obligation de réaliser des enquêtes de satisfaction auprès de leurs usagers. Depuis 2011, pour le questionnaire national aux MCO, le recueil est réalisé téléphoniquement (enquête I-satis). Ce critère couvre la stratégie d'évaluation de la satisfaction des usagers en lien avec la CRU. Concernant ce critère, les établissements de santé recueillent une cotation A à 56% et une cotation B à 44%. Aucune cotation C et D.

- **N°8, prise en charge et droits des patients (13a)**

Les soins palliatifs cherchent à améliorer la qualité de vie des patients et de leurs proches face aux conséquences d'une maladie grave et potentiellement mortelle, par la prévention et le soulagement de la douleur, mais aussi par la prise en compte des problèmes qui y sont liés (physiques, psychologique, sociaux). Ce critère prévoit l'évaluation et la prise en charge des besoins des patients en fin de vie mais aussi le recueil de sa volonté. Les patients adultes reçoivent des informations écrites sur leurs droits d'accepter ou de refuser des traitements de maintien en vie ou de réanimation et sur leurs droits d'établir des directives anticipées.

Sur ce critère, les établissements recueillent globalement 97% de cotation A et B avec une majorité de cotation A (57%), contre 3% avec une cotation C.

> Indicateur du taux de satisfaction des usagers (indicateur I-SATIS)

L'indicateur I-SATIS mesure la satisfaction des patients hospitalisés sur différentes composantes de leur prise en charge (prise en charge globale ; attitude des professionnels ; communication avec les professionnels ; information du patient ; restauration hospitalière ; commodité de la chambre ; score de satisfaction globale).

La mesure de cet indicateur permet de rendre le patient co-acteur de sa prise en charge, en lui donnant la parole sur son ressenti. Il peut également servir aux établissements de santé pour mettre en œuvre des actions d'amélioration au plus près des attentes des patients.

En 2011, la direction générale de l'offre de soins (DGOS) du Ministère a débuté une expérimentation sur l'indicateur de la satisfaction des patients hospitalisés au sein des établissements de santé, publics et privés, exerçant une activité de médecine, chirurgie ou obstétrique (MCO). Cette enquête était facultative les années précédentes ; elle a été rendue obligatoire en 2014.

Nous ne pouvons disposer des données 2014 car aucune diffusion publique n'a été effectuée. Nous serons néanmoins en mesure de présenter les données régionales en 2015.

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

Le taux de réponse 2013 est nettement inférieur à celui de l'année dernière. En effet, sur 126 établissements assujettis, il y a eu **97 réponses**, soit un taux de retour de près de **76%**.

Années	2008	2009	2010	2011	2012	2013
Taux de retours	60%	83%	93%	82%	94%	76%

Existence d'une CRUQPC :

Tous les établissements ayant répondu ont une CRUQPC.

Les représentants des usagers :

Les CRUQPC comportent des représentants des usagers d'origine diverse, allant d'un RU à 5 titulaires et 3 suppléants. Cependant, il est à noter que la majorité des CRUQPC ont, dans leur composition, 2 représentants d'usagers en leur sein :

0 RU	1 RU	2 RU	3 RU	4 RU	+ de 4 RU
0 CRUQPC	9 CRUQPC	62 CRUQPC	13 CRUQPC	2 CRUQPC	1 CRUQPC

10 rapports n'indiquent 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 6 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 CRUQPC	6 CRUQPC	16 CRUQPC	24 CRUQPC	42 CRUQPC	6 CRUQPC

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 ou des formations en lien avec les statuts et les droits des usagers.

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

À l'analyse des rapports des CRUQPC, il est dommage de ne pas y retrouver mention des données ci-dessus quant aux taux de certification sur les items concernant les droits des usagers. Les CRUQPC devraient pourtant avoir connaissance de ces résultats.

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.

Il n'existe pas, chaque année, d'enquête ANESM sur la bientraitance. Aussi, la Commission spécialisée droit des usagers avait décidé de mener une enquête auprès des établissements médico-sociaux (ESMS) au premier trimestre 2014, sur les données 2013, auprès de 940 établissements.

En effet, au cours de l'année 2012, le rapport sur les droits des usagers a pris en considération les établissements médico-sociaux du champ des personnes âgées en utilisant les items de l'enquête bientraitance de la CNSA. Pour 2013, il est retenu que ce rapport intègre les modalités d'application et de respect du droit des usagers au sein des ESMS personnes handicapées. Cette enquête à destination des ESMS devait permettre de recenser l'application des dispositions de la loi du 2 janvier 2002 rénovant l'action sociale et médico-sociale en réaffirmant la place prépondérante des usagers.

Ainsi, 599 établissements ont répondu à cette enquête (ce chiffre comprend aussi bien ceux qui ont validé leur questionnaire, soit 553 établissements, et ceux qui ont répondu à un certain nombre de questions sans valider, soit 46 établissements).

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

Le conseil de la vie sociale institué par l'article L311-16 du CASF est une structure permettant l'expression du résident 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.

Installation et composition de la CVS

Sur les 599 répondants à l'enquête, on constate que le Conseil de la vie sociale (CVS) est installé à 76,3%, soit dans 457 établissements médico-sociaux. 19,5% des établissements n'ont pas encore installé ou ne possèdent pas de CVS, soit 117 établissements. 25 établissements n'ont pas répondu à cette question.

Pour les structures de type SSIAD, la mise en place d'un CVS n'est pas obligatoire comme en établissement. Les usagers sont représentés le plus souvent par un collège spécifique au sein du conseil d'administration (CA).

77% des CVS des ESMS comportent des usagers en leur sein, dont 76% sont des représentants d'usagers issus d'associations agréées.

La présidence des CVS est majoritairement assurée par les usagers, qu'ils soient issus du collège des usagers (33,4%) ou du collège des représentants d'usagers (25,9%). Pour 17,4%, la présidence est assurée par un représentant des familles, un représentant des résidents, un cadre de santé, la direction de l'établissement, etc.

Réunions et personnes accueillies

Le nombre de réunions annuelles du conseil de la vie sociale dans les ESMS en 2013 se répartit comme suit :

Nombre de réunions	Nombres de réponses	Pourcentages
Sans réponses	110	18,4%
0	28	4,7%
1	9	1,5%
2	35	5,8%
3	322	53,8%
4 +	95	15,9%

La grande majorité des établissements se réunit 3 fois par an, voire davantage si l'actualité le nécessite.

Selon les établissements, le CVS peut être ouvert sur l'extérieur en ce sens que des partenaires extérieurs à l'établissement peuvent y participer et que des personnes ressources sont sollicitées selon l'ordre du jour. Le Conseil de la vie sociale est parfois mutualisé entre plusieurs établissements.

À noter :

- un établissement souligne dans le questionnaire la difficulté qu'il rencontre à dynamiser son CVS, car les usagers et les familles se situent davantage dans une habitude d'attente et non d'action.
- un établissement n'a pas pu répondre aux questions relatives aux CVS, son CVS ayant été suspendu par le CA de l'association pour raison de dysfonctionnements de l'instance. Il note néanmoins que le CVS a été remplacé pendant 4 ans par des assemblées générales (4 fois par an), qui rencontraient un vif succès. À ce jour, des élections pour recréer le CVS sont organisées ; il sera mis en place en juin 2014.

Communication des comptes-rendus des réunions

Pour 68,4% des établissements, les comptes-rendus des réunions sont communiqués auprès des usagers. Cette communication s'effectue :

- par mail, pour 2,5% des établissements
- par courrier, pour 28% des établissements
- de diverses manières (affichage, remise en main propre, présentation orale, diffusion dans le journal interne, restitution lors des CA et AG, etc.), pour 37,7% des établissements.

33,1% des ESMS communiquent par ailleurs les comptes-rendus des réunions auprès des organismes gestionnaires :

- 15% par mail
- 12,2% par courrier
- 6,8% de diverses manières (information orale, lors de demandes ponctuelles, par voie interne : affichage - journal - autres, etc.).

Formation des représentants des usagers

Seulement 17,7% des ESMS proposent une formation à leurs représentants d'usagers, soit 106 établissements sur les 599 répondants. 66,3% des établissements n'en proposent ou n'en réalisent aucune.

96 établissements n'ont pas répondu à cette question.

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

Concernant les réclamations écrites au cours de l'année 2013, 90% des établissements affirment les traiter.

Les réclamations écrites se répartissent comme suit :

Nombre de réclamations en 2013	Nombre de réponses
1 - 5	106
5 - 10	17
+ 10	8
Sans réponses	60

88% des établissements traitent également les plaintes qu'ils reçoivent.

Livret d'accueil

90% des répondants au questionnaire affirment diffuser de manière systématique le livret d'accueil décrivant l'organisation de la structure aux nouveaux résidents.

Contrat de séjour

Pour 96,2% des répondants au questionnaire, un contrat de séjour ou une autre forme de contrat existe. Il est signé systématiquement pour 93% d'entre eux (63,9% par les usagers ; 28,5% par les représentants des usagers).

Lorsque le contrat de séjour n'existe pas, un projet personnalisé d'accompagnement co-construit et co-signé avec les familles est mis en place dans certains ESMS.

Néanmoins, un grand nombre de résidents en ESMS peut souffrir de troubles cognitifs sévères dès leur admission, sans pour autant faire l'objet d'une mesure de protection juridique permettant à leur enfant de les représenter légalement. La validité du contrat de séjour signé par le résident et/ou par son enfant est donc contestable sur le plan légal.

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

L'enquête à destination des ESMS lancée en 2013 par la Commission spécialisée droit des usagers de la CRSA révèle que, sur les 599 répondants du questionnaire, 431 établissements médico-sociaux affichent en leur sein les noms des personnes qualifiées auxquels les usagers peuvent faire appel pour valider leurs droits, soit un taux de 68,9%.

171 ESMS n'affichent pas les noms des personnes qualifiées (28,5%) et 15 établissements n'ont pas répondu à cette question.

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 qu'aucun item n'existe dans les statistiques du conseil national pour cette thématique. En effet, « *les signalements pour maltraitance sont effectués directement par les médecins auprès des autorités, notamment du procureur de la république, et non pas à l'Ordre des médecins* ».

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

Prévention de la maltraitance et promotion de 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.

Promouvoir la bientraitance

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.

Prévenir 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.).

L'année précédente, la majorité des établissements disposant d'une CRUQPC avait instauré des dispositifs ou des procédures de promotion de la bientraitance. Cela s'effectuait 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 cette année, cet item n'a pu être renseigné avec ces données. Par contre, il est à noter que le critère 10 A concernant la prévention de la maltraitance et la promotion de la bientraitance, issus des résultats de certification HAS, recueille 82,30% de cotation A et 16,81% de cotation B. À noter qu'aucune cotation D n'a été relevée. **Ces résultats témoignent, au regard des éléments analysés par les experts visiteurs, de la mobilisation des acteurs institutionnels, de la mise en place des modalités de signalement, de traitement, d'actions de formation et d'actions visant la promotion de la bientraitance.**

Concernant la prévention de la maltraitance et la promotion de la bientraitance, les données sont satisfaisantes puisqu'un seul établissement possède une cotation C en SSR et MCO, représentant moins d'1% des résultats sur ce critère.

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.

Sont également à recueillir :

- les projets d'établissement et de service médico-sociaux ;
- les contrats pluriannuels d'objectif et de moyens/convention tripartite des établissements et services médico-sociaux ;
- l'évaluation interne ;
- l'outil « Angélique ».

L'ANESM n'ayant pas effectué cette année de nouvelle enquête sur la promotion de la bientraitance en EHPAD, et les résultats de l'évaluation interne n'étant pas encore exploités, nous ne disposons pas en conséquence des données relatives à cet item pour l'année 2013.

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.

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 formalisation de la prise en charge de la douleur notamment au travers de protocoles mis en place.**

Concernant ce critère, les données sont relativement satisfaisantes car plus de la moitié des établissements (52%) obtiennent une cotation A et quasiment 43% ont une cotation B. Cependant il convient de ne pas perdre de vue l'amélioration à apporter au 5% restant qui détiennent une cotation C.

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.

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.

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.

Le critère 13, sur la prise en charge et les droits des patients en fin de vie, évalue l'organisation pluridisciplinaire mis en place par les équipes soignante, le recueil de la volonté des patients pour anticiper leurs besoins et les accompagner vers leur fin de vie dans le respect des directives anticipées définies. Quatre établissements recueillent une cotation C sur ce critère. Parmi les 181 modes de prises en charge concernés par le critère, 57% recueillent une cotation A et 40% se positionnent en B.

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.

À ce jour, nous ne disposons pas de la donnée relative au pourcentage de résidents ayant rédigé des directives anticipées, ni de la proportion d'établissement prenant en compte cette dimension dans leur projet d'établissement. Il sera nécessaire d'avoir les résultats des évaluations externes.

Concernant les établissements médico-sociaux, l'enquête de la Commission spécialisée droit des usagers réalisée auprès d'eux début 2014, sur les données 2013, relève que pour 30,2% des établissements, des modalités d'encouragement des usagers à rédiger des directives anticipées relatives aux conditions de leur fin de vie sont mises en place systématiquement.

Sur les 599 répondants, 29,5% n'ont pas mis en place ce dispositif, et 40,2% des établissements n'ont pas répondu à cette question (car non concernés).

Certains établissements ont notamment indiqué que, pour les directives anticipées, des réunions ont lieu avec les résidents et pour les familles ; elles sont fréquemment effectuées au cas par cas. Les professionnels de santé (psychologues, équipe mobile d'accompagnement en soins palliatifs, ...) sont parfois associés à cette démarche.

En parallèle, des procédures écrites sont souvent rédigées et diffusées aux usagers (via le livret d'accueil notamment) afin de mieux expliquer et systématiser l'encouragement de la démarche auprès des usagers.

À noter : On peut remarquer que, la plupart du temps, les usagers n'ont pas de directives anticipées, voire ne savent pas en quoi cela consiste. Les directives anticipées sont souvent confondues avec les souhaits de fin de vie. Une information de la population sur la signification de cette notion serait utile pour faciliter leur recueil lors de l'entrée en établissement, d'autant que la grande dépendance des personnes accueillies ne les rend plus accessibles à ces notions lors de leur arrivée. En effet, beaucoup peuvent arriver dans un état de troubles de démence très importants qui ne permettent plus un consentement éclairé sur leur situation de fin de vie.

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

Selon des données récentes de 2014, 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 mars 2014**) :

- En Bretagne, ce sont 15 140 DMP qui sont ouverts. Seulement 8 392 sont alimentés.
- De plus, on constate des inégalités importantes entre les départements : le Morbihan est largement en tête avec 11 299 DMP créés, suivi difficilement par l'Ille-et-Vilaine (3 131 DMP). Quant aux départements du Finistère et des Côtes-d'Armor, le nombre des DMP créés est insignifiant (respectivement 540 et 170 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.
- 226 professionnels libéraux utilisent le DMP. Il ressort que ce sont le Morbihan et l'Ille-et-Vilaine qui se sont essentiellement investis.

On ne peut pourtant que regretter que ce DMP ne soit pas encore plus utilisé.

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.

Le conseil de l'ordre indique dans sa réponse qu'aucune plainte ou réclamation relative à l'accès au dossier médical n'a été enregistrée.

L'Ordre précise que le « simple rappel de la loi de communication du dossier médical aux médecins résout le problème à chaque fois, sans que soit comptabilisé le nombre de réclamations pour accès au dossier médical, lequel ne fait pas partie des items demandés par le conseil national de l'Ordre des médecins. Nous ne manquons pas de rappeler à celui-ci l'utilité de récolter des informations concernant cette thématique. »

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. C'est le critère 14b « accès du patient à son dossier ».

► 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	2013
Nombre de demandes totales	3 479	4 638	5 901	4 519	7 284	7 500

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.

Il en est de même pour l'année 2013, qui connaît un taux de retour des rapports CRUQPC plus faible que les années précédentes, d'autant plus que le CHU de Rennes n'a pas renseigné cette donnée pour cette année de référence.

Selon les rapports 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	50	12	6	6	3	12	1

Le nombre de demandes des dossiers médicaux varie selon les établissements, leur profil et leur taille, soit d'aucune à 1 475 demandes (pour le CHRU de Brest). Il est à noter que 7 établissements n'ont pas renseignés cet item dans leur rapport CRUQPC, dont le CHU de Rennes.

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

Pour l'année 2013, les rapports CRUQPC reçus montrent que la majorité des établissements ne reçoivent pas de plaintes et réclamations relatives à l'accès au dossier médical, ou ont un taux inférieur à 5 plaintes et réclamations.

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

Accès du patient à son dossier

Plus des ¾ des certifications obtiennent une cotation A représentant ainsi quasi 78% et moins de 20% ont une cotation B, soit à elles deux quasiment 98% des certifications. Quant à la cotation C, elle représente 2%. Cette dernière est présente dans 3 établissements répartis de moitié en MCO et en SSR, puis l'une en santé mentale.

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.).

L'accès au dossier médical en ESMS

L'enquête réalisée par la Commission droit des usagers fait apparaître que **91,5% des établissements traitent les demandes d'accès relatives au dossier médical** de la personne accueillie dans leur établissement. Au cours de l'année 2013, elles sont réparties comme suit :

Nombre de demandes de dossiers en 2013	Nombre de réponses
1 - 5	63
5 - 10	10
10 - 20	2
+ 20	5
Sans réponses	51

Personnes qualifiées

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

> *Les personnes qualifiées ont pour mission :*

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

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

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

La personne qualifiée, doit, dans les 2 mois de sa saisine, informer le demandeur des démarches réalisées et le cas échéant, des mesures qu'elle peut être amenée à suggérer et rendre compte à l'Agence régionale de santé et à la DPAPH du Conseil général.

Enfin la personne qualifiée peut être amenée à contacter/informer le gestionnaire de l'établissement ou le service concerné.

> *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	8	Pas de données	Pas de données	2

Pour le département du Morbihan, deux personnes qualifiées ont été désignées. Deux interventions ont été réalisées sur l'année 2014.

En 2013, le département des Côtes-d'Armor n'avait pas procédé à la désignation d'une personne qualifiée dans le champ médico-social. Cela est rectifié en 2014, avec la désignation de 8 personnes qualifiées. Cependant, la liste se mettant tout juste en place, 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 personnes qualifiées pour le département du Finistère et de l'Ille-et-Vilaine.

Note : le nombre de saisines des personnes qualifiées est très faible et montre que ce dispositif ne semble pas très connu.

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^{er} degré, du 2nd degré et dans les établissements médico-sociaux ou hospitaliers - au sein d'unités d'enseignement).

► **En milieu ordinaire**

Élèves handicapés scolarisés à la rentrée 2014

Les chiffres fournis par le rectorat révèlent que **13 222 élèves handicapés** sont scolarisés à la rentrée 2014 en milieu ordinaire (scolarisation individuelle, dispositifs d'inclusion collective, SEGPA et EREA*), soit **+ 1 798 élèves** par rapport à la rentrée 2013.

Ceci représente 2,12% des effectifs prévisionnels totaux et une augmentation de + 15,7% à cette rentrée à comparer au + 5,8% à la rentrée 2013.

* 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.

Depuis l'entrée en vigueur de la loi du 11 février 2005 pour l'égalité des droits et des chances, la participation et la citoyenneté des personnes handicapées, ce sont 7 773 élèves supplémentaires qui sont ainsi scolarisés, soit une augmentation annuelle moyenne de 11,82%, alors que sur la même période les effectifs d'élèves sont stables.

Département	Total 1 ^{er} degré	Total 2 nd degré	Total général
22	1 589	1 151	2 740
29	2 382	1 639	4 021
35	2 333	1 562	3 895
56	1 552	1 014	2 566
Total général	7 856	5 366	13 222

Dispositifs d'inclusion collective à la rentrée 2014 dans les départements de l'académie

Département	CLIS	ULIS-CLG	ULIS-lycée
22	34	19	5
29	53	28	7
35	43	32	7
56	38	26	7
Total général	168	105	26

La scolarisation en milieu ordinaire se développe. À la rentrée 2014, un peu plus d'un quart des élèves scolarisés en milieu ordinaire (3 163 élèves, soit 24%) le sont dans des dispositifs d'inclusion collectifs (CLIS et ULIS).

Prévisions effectifs Public/Privé		Scolarisation individuelle						Scolarisation collective			Total élèves scolarisés
1 ^{er} degré	2 nd degré	1 ^{er} degré	Collège (dont SEGPA)	LEGT/ LP	EREA	Total 2 nd degré	TOTAL	1 ^{er} degré CLIS	2 nd degré ULIS	TOTAL	
329 075	285 245	5 999	3 127 (676)	581/273	79	4 060	10 059	1 857	1 306	3 163	13 222

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.

Un accompagnement en aide humaine qui progresse toujours

Le recours à l'accompagnement par un auxiliaire de vie scolaire pour l'aide-individuelle (AVS-I) ou un auxiliaire de vie scolaire pour l'aide-mutualisée (AVS-M) et à des matériels pédagogiques adaptés concourent à rendre possible l'accomplissement de la scolarité.

Pour mettre en œuvre cette politique ambitieuse, d'importants moyens humains sont déployés. Ce sont donc près de 4 000 accompagnants qui contribuent à la mise en œuvre d'une offre de scolarisation et d'accompagnement.

	Par un accompagnant des élèves en situation de handicap chargé d'un accompagnement individuel (EASH -AVS-I)	Par un contrat aidé AVS-I	Par un accompagnant des élèves en situation de handicap chargé d'un accompagnement mutualisé (EASH -AVS-M)	Emploi de matériel pédagogique adapté
1^{er} degré	1 022	3 256	587	443
2nd degré	665	1 071	304	1 465

L'augmentation régulière des dossiers instruits par les MDPH entraîne une augmentation toujours significative du nombre d'élèves accompagnés par une aide humaine ou bénéficiant de l'emploi de matériel pédagogique adapté.

La scolarisation des élèves handicapés dans le secteur privé

Nous ne possédons pas de données relatives à cet item.

► En milieu adapté

Nombre d'établissements et de services :

Établissements	Bretagne	Côtes-d'Armor	Finistère	Ille-et-Vilaine	Morbihan
Instituts médico-éducatif (I.M.E)					
Nombre d'établissements	52 dont 11 avec sections polyhandicapés	9 dont 2 avec sections polyhandicapés	12 dont 3 avec sections polyhandicapés	15 dont 2 avec sections polyhandicapés	17 dont 4 avec sections polyhandicapés
Nombre de places	3 260 dont 189 avec sections polyhandicapés	624 dont 19 avec sections polyhandicapés	884 dont 73 avec sections polyhandicapés	966 dont 34 avec sections polyhandicapés	786 dont 63 avec sections polyhandicapés
Établissements enfants et adolescents polyhandicapés					
Nombre d'établissements	11 dont 2 avec sections polyhandicapés	4 dont 2 avec sections polyhandicapés	3	4	0
Nombre de places	226 dont 45 avec sections polyhandicapés	64 dont 45 avec sections polyhandicapés	73	89	0
Instituts thérapeutiques, éducatifs et pédagogiques (I.T.P.E.P)					
Nombre d'établissements	14	1	4	5	4
Nombre de places	538	45	197	193	103
Instituts d'éducation motrice (I.E.M)					
Nombre d'établissements	5	1	1	2	1
Nombre de places	250 dont 55 avec sections polyhandicapés	52	66	82 dont 55 avec sections polyhandicapés	50
Instituts pour déficients sensoriels					
Nombre d'établissements	8	2	2	3	1
Nombre de places	363	123	18	145	77

Soit un nombre d'ESMS de **90** et un nombre d'enfants à scolariser dans le cadre de l'enseignement adapté de **4 637**.

Nombre d'enseignants mis à disposition

Ce sont aujourd'hui **163 personnels d'enseignement et d'encadrement** qui sont mis à disposition dans les ESMS.

H DROIT DES PERSONNES DÉTENUES - ASSURER L'ACCÈS AUX SOINS

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.

Pour la région Bretagne :

Nombre d'extractions en urgence demandées (somatiques)	710
Nombre d'extractions en urgence réalisées (somatiques)	1 216
Nombre d'extractions programmées (somatiques)	2 960
Nombre d'extractions programmées réalisées (somatiques)	3 914
Nombre d'extractions pour consultations et examens demandées (somatiques)	8 314
Nombre d'extractions pour consultations et examens réalisées (somatiques)	9 001
Nombre total d'hospitalisations demandées (somatiques)	478
Nombre total d'hospitalisations réalisées (somatiques)	967
Nombre d'extractions pour hospitalisations à l'établissement public de référence demandées (somatiques)	2 119
Nombre d'extractions pour hospitalisations à l'établissement public de référence réalisées (somatiques)	831
Nombre d'extractions pour hospitalisations à l'UHSI demandées (somatiques)	30
Nombre d'extractions pour hospitalisations à l'UHSI réalisées (somatiques)	294
Nombre d'extractions vers d'autres établissements de santé non-psy demandées (somatiques)	2
Nombre d'extractions vers d'autres établissements de santé non-psy réalisées (somatiques)	62
Nombre d'extraction non réalisées du fait de la personne détenue (somatiques)	743

Nombre d'extraction non réalisées du fait de l'administration pénitentiaire (somatiques)	802
Nombre d'extractions non réalisées du fait de la préfecture (somatiques)	123
Nombre d'extractions non réalisées du fait de l'établissement de santé (somatiques)	688
Nombre d'hospitalisations au SMPR (psychiatriques)	425
Nombre de séjours au SMPR (psychiatriques)	437
Nombre d'hospitalisations en secteur psychiatrie générale (HOD398) (psychiatriques)	775
Nombre de séjours en secteurs de psychiatrie générale (psychiatriques)	1 166
Nombre d'hospitalisations en UMD (psychiatriques)	19
Nombre de séjours en UMD (psychiatriques)	17
Nombre d'hospitalisations en UHSA (psychiatriques)	40
Nombre de séjours en UHSA (psychiatriques)	2
Nombre d'extractions non réalisées du fait de la personne détenue (psychiatriques)	1
Nombre d'extractions non réalisées du fait de l'administration pénitentiaire, de la police (psychiatriques)	0
Nombre d'extractions non réalisées du fait de la préfecture (refus HO D398) (psychiatriques)	0
Nombre d'extractions non réalisées du fait de l'établissement de santé (absence de place en SMPR, refus HO D398) (psychiatriques)	0
TOTAL D'EXTRACTION	36 136

Réserve méthodologique : l'observatoire des structures de santé des personnes détenues (OSSD), qui permet de recueillir ces informations, prend appui sur les données qu'ont bien voulu transmettre les professionnels de santé exerçant au sein des Unités Sanitaires via une plateforme internet sécurisée. La DGOS a doté cette plateforme de deux onglets consacrés aux extractions, pour les soins somatiques d'une part, et psychiatriques d'autre part, au sein desquels il est possible de remplir le nombre d'extractions demandées et le nombre d'extractions réalisées, que ce soit en urgence, pour des consultations et examens médicaux ou pour hospitalisation. Il est également possible d'indiquer combien d'extractions n'ont pu avoir lieu, et d'en indiquer le motif : du fait de l'administration pénitentiaire ou de la police, de la préfecture, de la personne détenue ou de l'établissement de santé. Cela dit, ces onglets ne sont pas toujours remplis, ce qui conduit la DGOS à émettre des réserves sur la fiabilité de cet indicateur, dont les éléments constitutifs sont par ailleurs purement déclaratifs, comme le souligne d'ailleurs le cahier des charges défini par l'arrêté du 5 avril 2012.

Il est également à noter que le nombre d'extractions réalisées est systématiquement plus important que le nombre d'extractions demandées, car ce dernier item a été moins rempli par les professionnels de santé

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 est mise en place dans chaque département.

- **En Ille-et-Vilaine**, la CDSP s'est réunie 7 fois dans l'année et a visité les 3 établissements accueillant des patients admis en soins psychiatriques sans consentement à raison de 2 fois par an pour le CH de St Malo et le CH de Redon, et 3 fois pour le CH Guillaume Régnier. Après chaque séance, un rapport a été élaboré par le président de la CDSP et transmis à la Délégation Territoriale d'Ille-et-Vilaine de l'ARS Bretagne. Par ailleurs, un rapport d'activité est réalisé tous les ans.
- **Dans le département du Finistère**, la CDSP s'est réunie 2 fois en 2013. Elle a examiné 145 dossiers et a effectué 9 visites durant l'année. Elle produit un rapport d'activité par an.
La CDSP du Finistère constate par ailleurs que le nombre total de mesures de soins psychiatriques sans consentement est légèrement en baisse (7%) après une hausse en 2012.
- **Dans le Morbihan**, la CDSP s'est réunie 2 fois sur les trois réunions programmées (une réunion a été annulée). Elle a examiné 231 dossiers et visité 2 établissements en 2013. La CDSP du Morbihan produit un rapport d'activité par an.
- **Concernant les Côtes d'Armor**, la CDSP s'est réunie 2 fois en 2013. Elle a examiné 69 dossiers et visité 2 établissements. Elle produit un rapport d'activité annuel.



ASSURER L'ACCÈS AUX PROFESSIONNELS DE SANTÉ LIBÉRAUX

Rappel Cahier des Charges

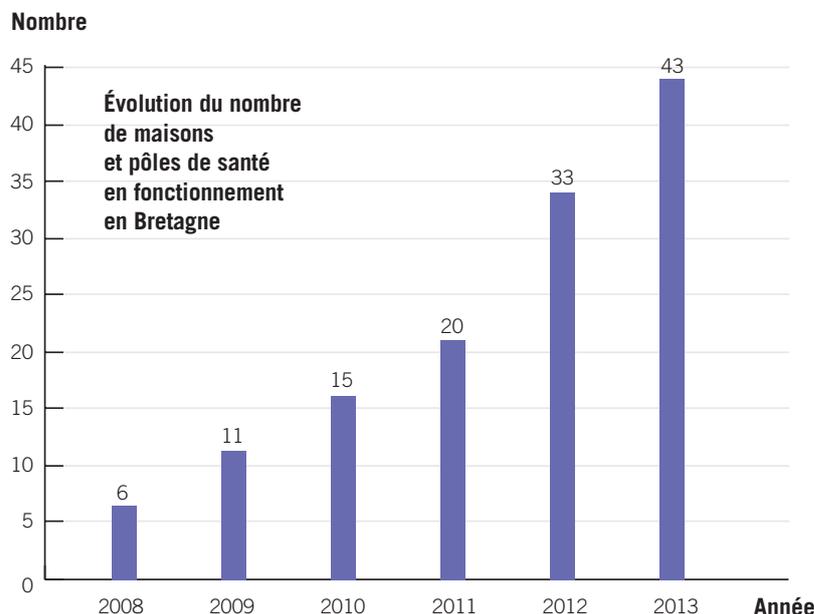
Indicateurs / données à recueillir : le Guide d'application du cahier des charges préconise que soit rapporté la part de la population vivant dans un bassin de vie dont la densité médicale de médecins généralistes est inférieure de 30% à la moyenne nationale (l'indicateur est disponible dans le contrat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

- En 2013, **68 structures d'exercices coordonnés**, Maisons de santé (MSP) et Pôles de Santé Pluridisciplinaires (PSP), sont connues de l'ARS Bretagne, dont 43 en fonctionnement et 25 en cours d'accompagnement :

ARS Validation projets santé	2008	2009	2010	2011	2012	2013
Maisons et pôles de santé en fonctionnement	6	5	4	5	13	10
Données cumulées	6	11	15	20	33	43





- **En Bretagne, 56% des médecins sont des médecins libéraux ou mixtes.** La région Bretagne est ainsi légèrement en-dessous de la moyenne de la France métropolitaine, qui est de 57%.

La part des médecins libéraux conventionnés en secteur 1 (sans possibilité de dépassements d'honoraires) en Bretagne, par territoire de santé, se répartit comme suit (*source : Fichier National des Professionnels de Santé de l'assurance maladie au 1^{er} janvier (exploitation ARS)*) :

Territoire observé	Effectif en secteur 1, en %		
	2012	2013	2014
T1 - Brest / Carhaix / Morlaix	90,1	89,3	89,3
T2 - Quimper / Douarnenez / Pont-l'Abbé	92,2	91,8	92,4
T3 - Lorient / Quimperlé	93,2	92,6	92,4
T4 - Vannes / Ploërmel / Malestroit	89,5	89,6	89,2
T5 - Rennes / Fougères / Vitré / Redon	88	87,7	86,9
T6 - Saint-Malo / Dinan	87,7	88,6	88,6
T7 - St-Brieuc / Guingamp / Lannion	87,6	88,4	89,1
T8 - Pontivy / Loudéac	95,8	95,2	94,9
Région Bretagne	89,7	89,5	89,4

Par ailleurs, la Bretagne reste la région dans laquelle les dépassements d'honoraires représentent une part marginale des honoraires des médecins libéraux. En 2012, 3,3% des honoraires des médecins sont issus des dépassements contre 11,7% au niveau national (*source : EcoSanté (CNAMTS)*).

- 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 5,2% en 2012 :

Région	2009	2010	2011	2012	2013
Bretagne	4,7%	4,2%	4%	5,2%	Pas de données

À la date du rapport, ces données n'ont pas encore été communiquées par le national pour l'année 2013. 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.

D'autre part, une seconde campagne de communication a été réalisée à l'attention de la patientèle des médecins généralistes, pharmaciens et laboratoires d'analyses médicales, pour les informer du mode d'accès au dispositif de PDSA : il s'agit de la campagne « faites le 15 ! ».

À noter : en avril 2015, lors du prochain Groupe de travail sur la PDSA, la mise en place d'une enquête de satisfaction des usagers sur l'accès à la PDSA pourrait être évoquée.



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 (Couverture Maladie Universelle) et AME (Aide Médicale de l'État): 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.**

Le Conseil de l'Ordre des médecins précise, quant à lui, qu'un dispositif est mis en place dans les quatre départements bretons, sans plus de précisions.

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.

- La participation au programme de dépistage organisé varie considérablement selon les régions et les départements. Ainsi, **le taux de participation au dépistage organisé du cancer colorectal chez les 50 à 74 ans** en région Bretagne est en faible hausse par rapport à l'an passé mais demeure **supérieur à la moyenne nationale** (33,8%, pour une moyenne nationale de 31%).

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

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
31,5%	28,4%	41,9%	33%	33,8%

On constate néanmoins une hausse du taux de participation dans les départements des Côtes d'Armor, du Finistère et de l'Ille-et-Vilaine entre 2012 et 2013. L'Ille-et-Vilaine fait partie des 10 départements présentant un taux proche (40 à 45%) du taux minimal recommandé par la Commission européenne, soit 45%.

Par ailleurs, la participation au programme de dépistage augmente avec l'âge et le sexe. Les femmes adhèrent davantage au programme que les hommes, avec une moyenne nationale de 32,8% contre 29,1%, respectivement. Il en est de même en région Bretagne :

	Hommes	Femmes
Région Bretagne	31,7%	35,6%
Côtes d'Armor	29,2%	33,6%
Finistère	26,8%	29,8%
Ille-et-Vilaine	40,0%	43,7%
Morbihan	30,7%	35,2%

L'InVS souligne en conclusion que, « cinq ans après la généralisation du programme de dépistage organisé du cancer colorectal à l'ensemble du territoire, la participation peine à atteindre le seuil minimal acceptable de 45% recommandé par la Commission européenne. (...) Davantage d'efforts sont à déployer pour identifier le profil des personnes non adhérentes au programme, ce qui permettrait d'adopter une stratégie de communication efficace et ciblée auprès de ces personnes. La contribution des médecins soignants est indiscutablement un facteur essentiel de réussite à ce programme. »

• **Pour ce qui est du cancer du sein**, le programme de dépistage organisé du cancer du sein (DO) français offre tous les deux ans aux femmes de 50 à 74 ans un examen clinique et une mammographie d'aussi bonne qualité que celle réalisée dans le cadre du dépistage individuel.

En France, le Plan cancer 2009-2013 souhaitait une participation supérieure à 65% à l'échéance du plan, objectif qui n'est pas atteint. L'augmentation de la participation reste un objectif principal du nouveau plan cancer 2014 - 2019. Par ailleurs, en 2013, le taux de participation dans la France entière est de 51,6%, soit près de 2 500 000 femmes dépistées au cours de l'année.

Pour l'année 2013, les chiffres du dépistage montrent **une mobilisation et une sensibilisation de la population bretonne en baisse par rapport à l'année 2012**. Néanmoins, avec un taux de participation de 59,1%, la région Bretagne se situe nettement au-dessus de la moyenne nationale (51,6%), ex-æquo avec la région de Haute-Normandie. Seules 4 régions font mieux.

Cible				Valeurs réalisées fournies par le niveau national				
2010	2011	2012	2013	2009	2010	2011	2012	2013
61%	62,5%	64%	65%	60,9%	61,3%	61,2%	61,9%	59,1%

Cette baisse se vérifie également dans nos quatre départements bretons par rapport à l'année 2012. Le département du Morbihan, avec un taux de 63,1%, se hisse en 2013 à la quatrième place sur les 101 départements français en matière de dépistage du cancer du sein :

Côtes-d'Armor	Finistère	Ille-et-Vilaine	Morbihan	Bretagne
58,3	55,4	59,8	63,1	59,1

Année 2013		
	Nombre de femmes dépistées	Population Insee cible
Côtes d'Armor	28 747	49 332
Finistère	39 229	70 770
Ille-et-Vilaine	39 803	66 526
Morbihan	37 872	59 987
Région Bretagne	145 651	246 615

Pour la période 2012-2013, qui correspond à une « campagne » de dépistage puisque les femmes sont invitées à participer au dépistage tous les deux ans, ce sont plus de 4,9 millions de femmes qui ont été dépistées en France (soit un taux de participation de 52,1%). La participation au dépistage organisé est variable selon les régions et selon les départements. **En Bretagne, ce sont 295 866 femmes qui ont participé au dépistage, soit un taux de participation de 60,5%, classant ainsi la Bretagne à la quatrième place des régions :**

Année 2013			
	Nombre de femmes dépistées	Population Insee cible	Taux de participation Insee
Côtes d'Armor	58 156	97 996	59,3%
Finistère	80 675	140 490	57,4%
Ille-et-Vilaine	79 739	131 954	60,4%
Morbihan	77 296	118 949	65%
Région Bretagne	295 866	489 388	60,5%

On constate une stabilisation de la participation depuis 2008, voire une légère baisse en 2013 par rapport à 2012 ; il est important de suivre l'évolution de ce taux de participation dans les années à venir. Améliorer la participation au dépistage organisé en sensibilisant les femmes, en particulier celles qui ne font jamais de mammographie, à la qualité offerte par ce dépistage accessible gratuitement reste donc un objectif d'actualité.

• **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 2012 par rapport à 2011 :

Cible				Valeurs réalisées fournies par le niveau national			
2010	2011	2012	2013	2009	2010	2011	2012
90%	92%	93%	95%	Non fournie	Enfants nés en 2008 1 dose 86,1% / 2 doses 53,8%	Enfants nés en 2009 1 dose 86,1% / 2 doses 58,7%	Enfants nés en 2010 1 dose 88% / 2 doses 66%
					Côtes-d'Armor 1 dose 89% / 2 doses 52,9%	Côtes-d'Armor 1 dose 90,4% / 2 doses 61,7%	Côtes-d'Armor 1 dose 91,2% / 2 doses 67,9%
					Finistère : 1 dose 83,8% / 2 doses 56%	Finistère : 1 dose 82,7% / 2 doses 56,8%	Finistère : 1 dose 83,3% / 2 doses 64,5%
					Ille-et-Vilaine : 1 dose 84,7% / 2 doses 52,4%	Ille-et-Vilaine : 1 dose 83,7% / 2 doses 56,2%	Ille-et-Vilaine : 1 dose 87,7% / 2 doses 64,1%
					Morbihan 1 dose 88,1% / 2 doses 54%	Morbihan 1 dose 90,5% / 2 doses 62,6%	Morbihan : 1 dose 92,2% / 2 doses 69,4%

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.

À noter que le taux de retour des certificats du 24^e 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.

Pour 2013, les services de l'Agence ne disposaient pas des données.

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

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 8 en Bretagne. **1 nouveau CLS a été signé en 2014.**

Cible					Valeurs réalisées fournies par le niveau régional					
2010	2011	2012	2013	2014	2009	2010	2011	2012	2013	2014
1	3	5	7	Non déterminé	0	0	1	2	7	8

◆ 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
 Pays de Fougères

◆ Les CLS étant en cours de formalisation

Pays de Concarneau Cornouaille Agglomération
 Pays de Redon Bretagne Sud
 Pays du Trégor Goëlo
 Pays du Centre Bretagne
 Pays de Brocéliande
 Pays de Brest
 Communauté de Commune Pays de Quimperlé

• **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.**

Il est à noter que ces ratios correspondent à la population générale et non pas aux nombres de personnes en situation de handicap, ni des 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	2013
<i>Écarts intra régionaux 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)</i>								
Personnes âgées	6,5%	6%	5,5%	5%	6,8%	6%	5%	6,3%
Personnes handicapées	23,2%	22,4%	21,9%	21,4%	21,5%	18,6%	21,8%	24,9%

Les écarts intra régionaux d'équipements en ESMS **pour PH** mesurés à partir de la dépense d'assurance maladie rapportée à la population cible en 2013 est de 24,9 %.

Les écarts intra régionaux d'équipements en ESMS **pour PA** mesurés à partir de la dépense d'assurance maladie rapportée à la population cible en 2013 est de 6,3 %.

Attention néanmoins : pour l'année 2013, la valorisation de cet indicateur par le niveau national n'a pas encore été effectuée.

Secteur « Personnes handicapées » :

Les différentes actions concernant la convergence des ESMS permettent une mise en œuvre de la réduction des écarts intra régionaux des ESMS. Sur le champ PH, 3 départements sur 4 présentent une dépense euros/habitant quasi identique. Dans le cadre du PRIAC 2013 - 2017, pour l'année 2013, l'ARS Bretagne a amélioré l'équipement dans l'un des départements les moins bien doté.

Taux d'équipement au 01/01/2013 en Établissements et Service d'Aide par le Travail (ESAT) : places pour 1 000 adultes de 20 à 59 ans :

Région Bretagne	22	29	35	56	France métropolitaine
3,9	4,1	3,9	3,8	3,9	3,5

Secteur « Personnes âgées » :

Ce secteur, en lien avec les Conseils Généraux, est dépendant de politiques concertées. L'ARS Bretagne, dans le cadre d'une programmation conjointe, favorise l'équilibre des taux d'équipement et réduit l'écart du département le moins bien doté par rapport à la moyenne.

Taux d'équipement au 01/01/2013 pour 1 000 habitants de 75 ans et plus :

Équipement	Bretagne	22	29	35	56	France métropolitaine
Taux d'équipement en structure d'hébergement permanent pour personnes âgées (lits maison de retraite, logements de logements-foyers, lits USLD)	134,2	136,9	127,6	141,9	131,5	122,4
Taux d'équipement en place de services de soins à domicile (SSIAD + SPASAD)	19,4	24,3	18,3	19,4	16	19,7
Taux d'équipement en lits médicalisés (lits d'EHPAD, lits USLD)	121,2	126,0	121,8	129,7	106,6	99,6

► Nombre de logements ayant fait l'objet d'une évaluation sanitaire ayant conduit à une procédure d'insalubrité au titre du Code la Santé Publique (CSP)

Valeurs cibles				Valeurs réalisées			
2010	2011	2012	2013	2010	2011	2012	2013
32	39	45	52	53	39	35	33

> Données basées sur le CPOM ARS/ état

En 2013, le nombre de logements dont l'évaluation sanitaire, par les services de l'ARS Bretagne et ceux du Service communal d'hygiène et de santé (SCHS), ayant conduit à une procédure d'insalubrité est de 44, le nombre d'arrêtés étant de 33.

• Département 22

	Remédiable	Irrémédiable	Impropre	Urgence	Total	Nb de logements	Nb de personnes concernées	Nb d'arrêtés de main levée
ARS	5	6	3	0	14			
SCHS	0	1	0	0	1			
Total	5	7	3	0	15	16	25	0

• Département 29

	Remédiable	Irrémédiable	Impropre	Urgence	Total	Nb de logements	Nb de personnes concernées	Nb d'arrêtés de main levée
ARS	0	0	0	0	0			
SCHS	1	0	0	0	1			
Total	1	0	0	0	1	9	3	1

• Département 35

	Remédiable	Irrémédiable	Impropre	Urgence	Total	Nb de logements	Nb de personnes concernées	Nb d'arrêtés de main levée
ARS	0	5	2	0	7			
SCHS	3	0	2	0	5			
Total	3	5	4	0	12	14	37	4

• Département 56

	Remédiable	Irrémédiable	Impropre	Urgence	Total	Nb de logements	Nb de personnes concernées	Nb d'arrêtés de main levée
ARS	2	0	1	2	5			
SCHS	0	0	0	0	0			
Total	2	0	1	2	5	5	15	0

• Région Bretagne

	Remédiable	Irrémédiable	Impropre	Urgence	Total	Nb de logements	Nb de personnes concernées	Nb d'arrêtés de main levée
ARS	7	11	6	2	26			
SCHS	4	1	2	0	7			
Total	11	12	8	2	33	44	80	5

À noter : dans le tableau récapitulatif du bilan 2013 ci-dessus, 2 arrêtés pour danger sanitaire ponctuel portant sur 2 logements sont inclus dans le total.

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 2013, le CISS a organisé 7 thématiques de formations, pour plus de 1 011 personnes formées (données présentées ci-dessous).

	Thématique	Date En 2013	Lieu	Nombre de participants	Information sur ces formations
1	Dossier médical partagé (DMP) et Dossier pharmaceutique (DP)	- 16 mai - 4 avril - 7 février - 1 ^{er} octobre - 26 novembre	- Auray - Chartres de Bretagne - Grand Champs - Lorient - Kerpape (temps professionnel et temps résidents) - Vannes	17 20 22 16 40	Réunions de 3 heures
2	Le dossier pharmaceutique à la rencontre des représentants des usagers	- 19 mars	- Chartres de Bretagne	35	Une journée
3	Le bon usage du médicament et Pharmacovigilance¹	- 14 mars - 18 avril - 23 mai - 13 juin - 3 octobre - 10 octobre - 24 octobre - 28 novembre	- Saint Malo - Saint Brieuç - Brest - Quimper - Chartres de Bretagne - Lorient - Ploërmel - Loudéac	84 80 59 35 60 80 60 120	Réunions de 3 heures



Thématique	Date En 2013	Lieu	Nombre de participants	Information sur ces formations
4 Expression orale des représentants des usagers²	- 7 et 14 mai - 22 janvier - 29 janvier - 12 février - 19 février - 12 décembre - 14 février 2014 - 3 octobre - 25 février 2014	- Lorient - Rennes - Rennes - Saint Brieuc - Brest	70	Session de 2 journées
5 Conseil de la vie sociale (CVS)	- 25 octobre - 26 octobre	- Brest - Chartres de Bretagne	50	Session d'une journée
6 Environnement et santé	- 17 octobre	- Redon	83	Une journée
7 Démocratie en santé	- 16 avril	- Pontivy	80	Une journée
TOTAL			1 011	

¹ À chaque réunion sur le bon usage du médicament, le dossier pharmaceutique et le dossier médical personnel ont été abordés.

² Les formations « expression orale » se sont adressées, parfois, à des membres de CVS avec des difficultés d'expression et, dans ce cas, le nombre de participants n'était pas porté à son maximum.

Il est à noter que pour la formation sur les CVS, « Représenter les Usagers : du domicile, des établissements pour personnes âgées ou pour personnes en situation de handicap, connaître et tirer le meilleur parti du CVS », ces 2 journées constituaient une première pour le CISS Bretagne. L'expérience de ces 2 jours a permis de construire un projet de formation à l'attention des représentants des usagers en CVS.

D'autre part, le nombre de personnes formées par rapport au nombre de représentants issus d'associations agréées en santé (article L.1114-1 CSP) est une information qui ne pourra être comptabilisée qu'en 2015, si l'ARS et la CRSA confirme cette nécessité, le CISS ayant toujours eu comme mission de former tous les représentants des usagers et non pas que les membres du CISS ou des associations agréées.

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

- de la diffusion par adresse e-mail aux associations adhérentes et non adhérentes du CISS et aux représentants des usagers répertoriés au CISS Bretagne ;
- du site internet du CISS Bretagne (<http://www.lecissbretagne.org/>);
- d'affiches ;
- d'articles de presse (presse locale, informations communales...).

GARANTIR LA PARTICIPATION DES REPRÉSENTANTS DES USAGERS ET DES AUTRES ACTEURS DU SYSTÈME DE SANTÉ DANS LA CONFÉRENCE RÉGIONALE 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 49% ; elle est inférieure à l'an passé (55%). Il est important de noter que malgré une légère baisse, les usagers montrent un intérêt tout particulier à la démocratie sanitaire avec un taux de participation de 67% en 2013.

Collège	Taux de participation		
	2011	2012	2013
Collège des représentants des collectivités territoriales	77%	38%	33%
Collège des représentants des usagers de services de santé ou médico-sociaux	81%	71%	67%
Collège des représentants des conférences de territoire	83%	42%	67%
Collège des partenaires sociaux	50%	60%	47%
Collège des acteurs de la cohésion et de la protection sociale	55%	44%	29%
Collège des acteurs de la prévention et de l'éducation pour la santé	57%	63%	42%
Collège des offreurs des services de santé	69%	54%	48%
Collège des personnalités qualifiées	83%	67%	67%
TOTAL (CRSA dans sa globalité)	67%	55%	49%

La participation globale moyenne dans les 8 conférences de territoire (CT) est supérieure à celle de la CRSA avec un taux de **59,67%**. Les données ci-après révèlent une participation plus assidue de certains collèges.

Collège	Taux de participation en 2013 (en %)								
	CT 1	CT 2	CT 3	CT 4	CT 5	CT 6	CT 7	CT 8	Total
Établissements de santé	80	70	65	78	70	60	83	67	71,6%
Ets sociaux et médico-sociaux	94	68,75	44	62,5	69	69	77	50	66,8%
Organismes	67	83,33	67	50	33	33	72	33	54,8%
Professionnels santé libéraux	33	67	33	25	21	8	28	40	31,9%
Interne en médecine	0	0	0	50	0	0	0	0	6,3%
Centres de santé	0	75	50	50	38	75	58	63	51,1%
Établissements HAD	0	50	100	0	75	100	17	0	42,8%
Services de santé au travail	0	0	0	0	/	0	/	/	0%
Usagers du système de santé	88	75	62,5	100	69	69	83	84	78,8%
Collectivités territoriales	43	80	50	43	36	50	26	39	45,9%
Ordre des médecins	50	100	100	50	75	100	33	25	66,6%
Personnalités qualifiées	50	75	75	75	13	25	75	50	54,8%
TOTAL (CT dans sa globalité)	63	68,37	65	53	54	52	68	54	59,67%

A | LES DROITS DES USAGERS DANS LE SECTEUR SANITAIRE

1 - VOLET « AMBULATOIRE »

Il est difficile de mesurer l'impact des droits des usagers dans le secteur sanitaire (médecine de ville) compte tenu du nombre d'intervenants et de leur diversité.

Les usagers ne font pas connaître les difficultés rencontrées.

En effet, en cas de refus de soins, nombre de personnes vont rechercher un autre praticien sans faire d'esclandre, ni porter plainte. De plus, les personnes qui pourraient bénéficier d'aides à la complémentaire santé notamment, soit du fait de la méconnaissance du dispositif, soit de sa complexité en matière de documents à renseigner, ne l'utilisent pas (un tiers de bénéficiaire potentiel en bénéficie réellement).

Des avancées sont perçues, mais difficilement quantifiables.

Toutefois les dispositifs prévus par les textes sont en place, peut-être insuffisamment utilisés mais quelques points importants très positifs sont à signaler :

En Bretagne, le pourcentage de praticiens exerçant en secteur 1 est excellent par rapport aux autres régions de France.

Les actions menées par les services de l'Agence avec les professionnels de santé mais aussi les élus pour assurer une couverture de qualité au sein des secteurs en difficulté en favorisant, voire en initiant la création de maisons de santé pluridisciplinaires, permettent d'améliorer l'accès aux soins. De même que les actions menées pour l'incitation à l'installation de jeunes praticiens en zones déficitaires.

Des actions de formation existent et permettent aux praticiens de se former sur les droits des usagers.

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.

2 - VOLET « ÉTABLISSEMENT SANITAIRES »

Pour cette année 2014, nous avons pu, pour élaborer le rapport, bénéficier des éléments sur l'évaluation au travers des rapports de certification de tous les établissements sur l'ensemble d'une période (procédure quadriennale).

C'est ainsi que les différents items permettant de mesurer les droits des usagers dans les établissements hospitaliers tels qu'ils ressortent des visites des experts visiteurs, en lien avec les critères du manuel de certification de la HAS concernant les droits des patients, donnent des résultats très bons.

Pour la thématique 5 Droits des patients :

- ▶ politique droits des patients - 1d : 39% de A et 61% de B
- ▶ respect de la dignité et de l'intimité du patient 10 b : 36% de A et 62% de B
- ▶ respect de la confidentialité des informations relatives aux patients 10 c : 30% de A et 50% de B
- ▶ accueil et accompagnement de l'entourage 10 d : 50% de A et 50% de B
- ▶ respect des libertés individuelles et gestion des mesures de restriction et de liberté 10 c : 51,5% de A et 41% de B
- ▶ information du patient sur son état de santé : 11 a : 35% de A et 65% de B
- ▶ consentement et participation du patient 11 b : 23% de A et 76% de B
- ▶ hospitalisation sans consentement 19 d : uniquement des cotations A et B
- ▶ information en cas de dommages liés aux soins 11 c : 10% de A et 66% de B

C'est donc très positif.

Il est toutefois dommage que les rapports annuels des CRUQPC n'en fassent pas plus état et que les représentants des usagers n'en aient pas plus connaissance.

Les formations sur les droits des usagers se mettent en place dans le cadre du DPC mais cela reste limité par rapport aux autres formations.

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 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

VOLET « PERSONNES HANDICAPÉES ET PERSONNES ÂGÉES »

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 les missions et compositions en sont différentes ;
- c'est ainsi que 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.

Pour ce rapport et dans l'attente des analyses des rapports d'évaluation interne et externe qui permettront de mieux appréhender la réalité des situations, la commission s'est appuyée sur les retours des questionnaires par les établissements médico-sociaux : questionnaire mis en place par la commission permettant ainsi de dresser un point rapide de la situation.

Il est dommage que ces questionnaires n'aient pas eu un taux de retour plus important mais les 50% de questionnaires retournés permettent de constater que, globalement, les droits des usagers dans les ESMS sont conformes aux textes.

6

Préconisations et suivi des recommandations

► Préconisations générales

Le cahier des charges établi pour ce rapport nécessite une remontée de très nombreuses données, lesquelles sont 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 (exemple : nombre de logements ou extractions pour les personnes détenues...).
- Mais il faudrait aussi que l'on puisse prendre en compte les droits des usagers
 - pour la santé au travail ;
 - pour les usagers à domicile avec les interventions des services à la personne (cas des personnes âgées).
- Dans les actions de formation, les places et rôles des représentants des usagers sont à prendre en considération.
- 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 ;
 - un indicateur sur l'accès aux soins des personnes handicapées et aussi des personnes âgées.
- 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 ;
 - et prise en compte des rapports spécifiques de l'ANESM portant sur la bientraitance.

► 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.		Quelques actions spécifiques commencent à être initiées. Les données des certifications et les résultats des évaluations font état d'avancées. Mais les actions de formation des professionnels se doivent encore de mieux prendre en compte les aspects droits des usagers et des patients. Les RU devraient être associés aux actions de formation : qui, mieux qu'un RU, peut parler des droits et dignité des personnes ? Des actions sont à initier pour mieux collecter les données sur les actions de formation au sein des OPCA pour le secteur médico-social PA / PH. Une implication des fédérations gestionnaires sera sollicitée.
2. Rendre effectif le processus d'évaluation du respect des droits des usagers. (cf. Volet : résultats issus du processus d'évaluation sur le respect des droits des usagers au regard des évaluations)		Pour le volet ambulatoire des avancées ont été effectuées. Les rapports de certification et leur analyse permettent de constater des avancées importantes sur ce volet. Sur les items relatifs à ce chapitre, tous les établissements sanitaires sont en A voire en B (à l'exclusion d'une très faible minorité en C). Pour les ESMS, les résultats issus des questionnaires sont satisfaisants. Il est toutefois regrettable que le taux de retour de ce questionnaire simple n'ait été que de 48% Une communication sur les personnes qualifiées serait à envisager compte tenu de leur faible activité, ce qui témoigne d'une méconnaissance certaine.
3. Droit au respect de la dignité de la personne. Promouvoir la bientraitance.		Ambulatoire : l'information à l'ARS et à la CSDU sollicitée a bien été obtenue. Pour le sanitaire, les rapports de certification témoignent d'une mobilisation des acteurs pour la mise en place des actions de signalement, de traitement et d'actions de formation pour cette promotion de la bientraitance ; ce qui est bien et encourageant. Pour le médico social, il reste à attendre les résultats qui seront issus des évaluations internes et externes. La CSDU sera vigilante pour obtenir l'analyse de ces rapports d'évaluation.

Promouvoir et faire respecter les droits des usagers

4. Droit au respect de la dignité de la personne. Prendre en charge la douleur.		Les données sont plus que satisfaisantes pour le champ du sanitaire. Médico-social : collecte des données via les rapports d'évaluation interne et externe.
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.		Les données sont plus que satisfaisantes pour le champ du sanitaire. Médico-social : collecte des données via les rapports d'évaluation interne et externe. Toutefois les informations sur les incitations à désigner des personnes de confiance restent encore très parcellaires. Une communication serait à envisager de façon plus incitative.
6. Droit à l'information. Permettre l'accès au dossier médical.		Tous les usagers ont maintenant compris ce droit et n'hésitent pas à le mettre en œuvre.
7. Assurer la scolarisation des enfants handicapés en milieu ordinaire ou adapté.		Les données produites par le rectorat témoignent des évolutions continues pour permettre la scolarisation des personnes handicapées. Des actions sont à poursuivre pour une plus grande complémentarité entre établissements adaptés (ESMS) et enseignement ordinaire. Il est ainsi pointé que des enfants sont maintenus en enseignement ordinaire faute de places en ESMS alors que leur projet de vie est celui là, et que ce maintien leur est préjudiciable. Il serait aussi pertinent que les rapports fournis puissent indiquer le temps de scolarité des enfants. Sont ainsi comptabilisés comme scolarisés des enfants qui ne le sont que seulement quelques heures par semaine.
8. Droits des personnes détenues. a. Assurer la confidentialité des données médicales et l'accès des personnes à leur dossier médical.		Les données ont été obtenues et permettent de constater que la santé des détenus est aussi prise en compte.
9. Santé mentale. – Veiller au bon fonctionnement des commissions départementales de soins psychiatriques.		Poursuivre la collecte des rapports : certains ne sont pas transmis de façon systématique aux ARS. Une analyse des rapports serait à effectuer.

Renforcer et préserver l'accès à la santé pour tous

10. Assurer l'accès aux professionnels de santé libéraux.		Les actions engagées apportent leurs fruits et restent donc à poursuivre pour permettre de pallier le vieillissement de la population médicale et l'égal accès aux soins. Les actions menées pour la PDSA sont à poursuivre.
11. Assurer financièrement l'accès aux soins.		Aucune plainte n'est relevée sur ce volet. Et le nombre de professionnels de santé en secteur 1 reste très important. Des actions de communication seraient peut-être à envisager pour l'accès à la complémentaire santé.
12. Assurer l'accès aux structures de prévention.		Les actions restent à poursuivre même si le taux de participation est supérieur à la moyenne nationale.
13. Réduire les inégalités d'accès à la prévention, aux soins et à la prise en charge médico-sociale pour tous les territoires.		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. L'observatoire tel que prévu dans le PRS avec la thématique observation partagée tarde à se mettre en place. Pour les logements insalubres, les données ont été obtenues et n'appellent pas d'observations.

Conforter la représentation des usagers du système de santé

14. Former les représentants des usagers siégeant dans les instances du système de santé.		Ces formations ont lieu et surtout à l'initiative des associations ou collectifs (CISS ou fédérations). Les moyens du FIR sont à souligner pour poursuivre ces actions. Il est dommage que les établissements sanitaires ne forment pas plus les membres des CRUQPC et se reposent sur le CISS pour ces missions. Les ESMS ont aussi à former les membres des CVS.
---	---	--

Renforcer la démocratie sanitaire

15. Garantir la participation des représentants des usagers et des autres acteurs du système de santé dans les conférences régionales de la santé et de l'autonomie et les conférences de territoire.		La désaffection des représentants des divers collèges au sein des instances de la démocratie en santé se poursuit, que ce soit au sein de la CRSA ou des conférences de territoire. Ce qui est encore plus préoccupant c'est que cette désaffection concerne aussi le collège des RU même s'il reste au dessus des autres collèges (67% pour le collège des RU en CRSA pour un taux de participation tous collèges confondus de 49 %). Des moyens seraient nécessaires pour conforter cette représentativité. Une plus grande reconnaissance des instances de la démocratie en santé est à promouvoir. Il est aussi à nouveau préconisé le remplacement du terme « DEMOCRATIE SANITAIRE » par « DEMOCRATIE EN SANTÉ ».
---	---	--

Annexes

GLOSSAIRE

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

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'élaboration du rapport annuel sur les droits des usagers.

Avant la parution du cahier des charges pour l'élaboration de ce rapport, les données étaient principalement issues des rapports annuels sur les droits des usagers tels que rédigés et validés par les CRUQPC des divers établissements sanitaires. La CSDU a donc comme une de ses missions de prendre connaissance et d'analyser les rapports annuels des CRUQPC.

Ces rapports annuels n'ont pas de structure définie, même si par le passé notre commission avait transmis aux établissements des notes précisant les divers points devant figurer dans ces rapports.

Toutefois la loi du 4 Mars 2002 avait défini les grands points des missions des CRUQPC et donc les bases des rapports.

► *Modalités de travail*

Les rapports sont parvenus au secrétariat de l'ARS sous forme dématérialisée, parfois doublés d'un envoi sous forme papier, ou 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, 94 ont communiqué leur rapport, soit un taux de retour de 73%, nettement inférieur à celui de l'an passé (94%).

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 ;
- la composition de la CRUQPC et ce , notamment pour les représentants des usagers ;
- le nombre de réunions au cours de l'année 2013 ;
- les 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 et les modalités de traitement ;
- 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 sont soumis à cette procédure.

Soit 126 établissements se répartissant comme suit :

- 2 CHU (centres hospitaliers universitaires) ;
- 4 CHS (centres hospitaliers spécialisés) ;
- 41 CH (centres hospitaliers publics) ;
- 27 Centres hospitaliers privés ;
- 45 ESPIC (établissements de santé privés d'intérêt collectif) ;
- 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 inférieur à l'année dernière.

Sur 126 établissements assujettis, seuls 97 rapports ont été transmis, soit un taux de réponse de 76%.

Années	2008	2009	2010	2011	2012	2013
Taux de retours	60%	83%	93%	82%	94%	76%

Existence d'une CRUQPC

Tous les établissements ayant répondu ont une CRUQPC.

Les représentants des usagers

Une représentation des usagers diversifiée allant d'1 RU à 5 titulaires et 3 suppléants. Cependant, il est à noter que la majorité des CRUQPC ont 2 représentants d'usagers en leur sein :

0 RU	1 RU	2 RU	3 RU	4 RU	+ de 4 RU
0 CRUQPC	9 CRUQPC	62 CRUQPC	13 CRUQPC	2 CRUQPC	1 CRUQPC

10 rapports n'indiquent pas les éléments sur la représentation des RU au sein de la CRUQPC.

La composition est très souvent floue notamment quant aux associations ou organismes d'appartenance des représentants des usagers (pourtant ces RU doivent être issus d'associations agréées au titre de l'article L1114-1 du CSP ; cette non mention ne permet pas de vérifier le respect de ce principe).

Fonctionnement des CRUQPC

Le nombre de réunions est très variable : de 0 à 6 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 CRUQPC	6 CRUQPC	16 CRUQPC	24 CRUQPC	42 CRUQPC	6 CRUQPC

Il ressort que les CRUQPC fonctionnent avec les moyens de l'établissement et ne disposent pas de structures spécifiques sauf cas très particulier, 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 7 établissements font état de remboursements de frais pour des sommes allant de 84 euros à 1 159,20 euros ;
- 31 établissements précisent la possibilité de remboursements dans leur rapport CRUQPC ;
- 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 (6 établissements).

Formation

En règle générale, il n'est pas prévu de formation spécifique par les établissements pour les représentants des RU dans les CRUQPC.

Il est toutefois signalé que des formations 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 sur les missions et sur les droits des usagers sont données lors des réunions avec la remise de guides aux RU.

Les livrets d'accueil

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

L'information sur l'existence de la CRUQPC et sur les modalités de sa saisine passent par ce canal de façon majoritaire. Toutefois, il est aussi indiqué que cette information passe aussi par l'affichage, la voie internet et le site de l'établissement.

Le questionnaire de sortie

Il est mentionné 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 8 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	2013
Nombre	1 273	1 907	2 610	2 523	2 837	2 534

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	2013
Nombre de demandes au total	3 479	4 638	5 901	4 519	7 284	7 500

À noter que la baisse du nombre total de demandes enregistrée en 2011 était 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.

Il en est de même pour l'année 2013, qui connaît un taux de retour des rapports CRUQPC plus faible que les années précédentes, d'autant plus que le CHU de Rennes n'a pas renseigné cette donnée pour cette année de référence.

Nombre de demandes	0 - 20	20 - 40	40 - 60	60 - 80	80 - 100	100 - 1 000	+ 1 000
Nombre d'établissements	50	12	6	6	3	12	1

Le nombre de demandes des dossiers médicaux varie selon les établissements, leur profil et leur taille, soit d'aucune à 1 475 demandes (pour le CHRU de Brest). Il est à noter que 7 établissements n'ont pas renseigné cet item dans leur rapport CRUQPC, dont le CHU de Rennes.

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 (39, 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 1 à 3 289 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 bienveillance ou les droits des usagers ; ce qui rend cette analyse sans intérêt.

► *Analyse qualitative et observations*

Production des documents et contenus

Ces rapports sont d'une très grande diversité dans leur rédaction 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 certains établissements qui avaient l'habitude de transmettre leur rapport de CRUQPC ne l'aient pas fait cette année (malgré plusieurs rappels et ce, sans aucune explication). Par exemple :

- CMPR Kerlena
- CRF Tréboul
- ESPM Gourmelen
- CH Alphonse Guérin
- Hôpital Privé Sévigné
- Clinique Philae
- Centre de convalescence Patis-Fraux
- Polyclinique du Pays de Rance
- Etc.

Par contre, il est à souligner que 2 établissements qui ne transmettaient rien les années passées ont cette année transmis un rapport :

- Centre Hélios Marin à Plérin
- Centre Hospitalier de Centre Bretagne à Pontivy

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 les 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.

Il est quelquefois mais rarement évoqué les informations sur les certifications de l'établissement. Or ces données notamment traitent du respect des droits des usagers, et il serait pertinent que les CRUQPC en soient tenues informées.

Avec la mise en place d'un questionnaire informatisé et uniformisé, à renseigner par internet, pour chacun des établissements à compter de 2014 (collecte des données au 1^{er} semestre 2015), les collectes des données des CRUQPC seront facilités et leur analyse simplifiée.

Notes

► *Ont collaboré à ce rapport, par la production des données :*

- Le conseil de l'ordre des médecins
- Les URPS
- Les conseils généraux
- Le rectorat
- La DGOS
- Les OPCA, l'ANFH
- L'OGDPC
- Les services de l'ARS, dont :
 - La direction adjointe de la Démocratie Sanitaire et de la Communication
 - La direction adjointe des Professions de santé et cadres en établissements
 - La direction adjointe Prévention et Promotion de la Santé
 - La direction adjointe de l'Offre Médico Sociale
 - La direction de la Santé publique (pour la santé environnement)
 - Le pôle Qualité en établissements
 - Le pôle Observation, Statistiques, Évaluation
 - Le pôle Organisation des soins ambulatoires
 - Le pôle Veille et Sécurité Sanitaires
 - Le pôle Organisation des soins ambulatoires
 - La Mission-inspection contrôle – Gestion des réclamations
- Les Délégations territoriales de l'ARS Bretagne
- Les Fédérations
- Les organismes gestionnaires d'établissements et services médico-sociaux via les retours des questionnaires
- Les établissements sanitaires via leurs rapports CRUQPC
- Le CISS Bretagne
- Les conférences de territoires
- Etc.

Remerciements

Pour ce rapport complexe à établir compte tenu de la multitude des sources d'informations et des données à collecter, nous tenons à remercier tous les organismes publics, privés, les administrations, les services de l'Etat, ceux de l'agence, qui ont accepté de consacrer du temps afin de bien comprendre nos attentes et les demandes du cahier des charges pour communiquer aux services de l'Agence les renseignements nécessaires.

Pour ce rapport 2014, nous avons aussi pu bénéficier d'une synthèse des rapports de certification sur un cycle complet, ce qui permet de mieux appréhender les items quant aux droits des usagers, et ce pour l'ensemble des établissements sanitaires. Mme Myriam BONNERE et ses services ont aussi clairement explicité cette démarche aux membres de la CSDU et nous tenons à la remercier pour cette action.

Le rectorat a, cette année encore, et plus qu'en 2013, pris du temps pour collecter les données sur la scolarisation des personnes handicapées et en faire une analyse plus affinée, ce qui rend cette partie du rapport plus pertinente.

Des remerciements également aux membres de la nouvelle commission spécialisée sur les droits des usagers de la CRSA, qui ont dû découvrir cette mission de la commission et le rapport à établir avec toutes ces approches, difficultés de collecte et analyse des données.

Et un remerciement tout particulier et très appuyé à la collaboratrice du service communication-démocratie « sanitaire » (ou en santé), Mme Anne-France RENAUD, pour son travail de relances, d'analyse et de mise en forme de ce rapport.

CRSA
Rapport annuel
2014

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 - Claude Laurent
Crédits photos : ARS Bretagne
Impression : Média Graphic
Conception : Précontact
Dépôt légal : à parution
N° ISSN : en cours