



## **Conférence Régionale de la Santé et de l'Autonomie Bretagne**

### **Etude**

**Eléments sur la qualité des prises en charge  
et  
accompagnements en santé en Bretagne  
à différents moment du parcours de santé.**

**Juillet-août 2019**

***Etude menée en partenariat avec France Assos Santé Bretagne***

**Conférence Régionale de la Santé et de l'Autonomie Bretagne - 2019**

# **Éléments sur la qualité des prises en charge et accompagnements en santé en Bretagne à différents moments du parcours de santé.**

**Juillet-août 2019**

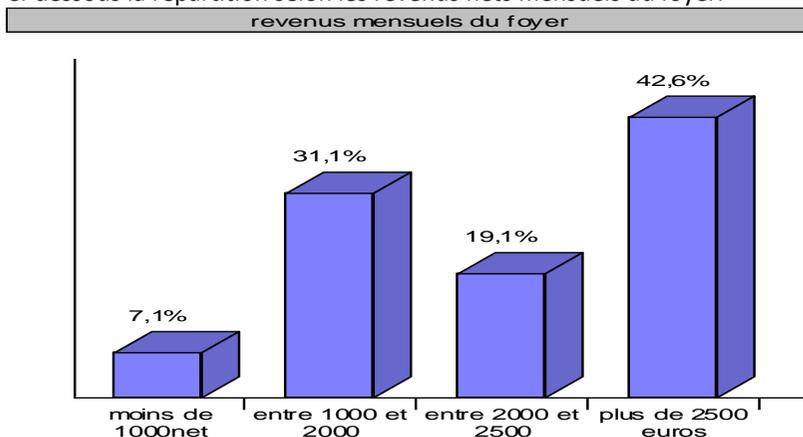
***Etude menée en partenariat  
avec France Assos Santé Bretagne***

Cette étude scientifique a été réalisée par questionnaire web entre juin et août 2019. Etude exploratoire, elle vise à une approche de la qualité des prises en charge et accompagnements en santé à des moments particuliers du parcours de santé. Etablie par la CRSA (Conférence Régionale de Santé et de l'Autonomie, instance régionale de démocratie en santé) en partenariat avec France Assos Santé Bretagne, Union d'associations œuvrant dans le secteur de la santé. L'appel à réponse a été effectué par France Assos Santé Bretagne au travers de ses membres et des associations qui en sont membres. Il s'agit de recueillir l'approche des usagers du système de santé, patients, familles, proches et aux représentants d'usagers. Il porte sur leur expérience de certains moments de la prise en charge et accompagnements pour tous les maillons du parcours de santé, que ce soit consultation médecin traitant, consultation auprès de spécialistes en libéral ou hospitaliers, consultations auprès de paramédicaux (infirmiers, kiné...), hospitalisations, soins et accompagnements à domicile. Quatorze questions ouvertes ont été proposées et 17 questions fermées. Visant l'expression libre d'usagers, les questions ouvertes sont du type « que pensez-vous de... ? Cette étude n'est pas une enquête de satisfaction telle que celles que nous avons dans la littérature. Les questions n'induisent pas une réponse de satisfaction. L'étude vise à comprendre les rapports que les usagers entretiennent avec le système de santé notamment lors de moments clefs du parcours de santé. Pour une même question ouverte, plusieurs réponses textes libres possibles selon le type de consultation ou de prise en charge évoquée. Dans la présentation du questionnaire, il est précisé que « le mot santé est à comprendre de manière large: il correspond aux soins, à la prévention, aux accompagnements, dans les cabinets, hôpitaux, cliniques, autres établissements et services, et au domicile ». Cette étude a été menée à zéro euro de financement public. Elle nécessite d'être complétée de manière qualitative par une poursuite de recueil de paroles d'usagers, de professionnels de santé et d'accompagnement, une analyse de situations et une approche territorialisée ainsi que par la problématique du parcours e-santé.

### Caractéristiques des 408 répondants de Bretagne

Les répondants au questionnaire sont majoritairement des femmes (plus des deux tiers 68,5%). Seul un tiers (33%) détient un DMP, et pour les deux tiers (66,7%) des personnes concernées depuis moins d'un an. A noter que 13% ne savent pas s'ils possèdent un DMP. Près de la moitié (47,5%) ont une maladie chronique. C'est un taux plus important que dans la population générale. En 2017, 10,7 millions de personnes affiliées au régime général de l'Assurance Maladie bénéficient du dispositif des affections de longue durée (ALD), soit 17% des assurés.

Le niveau de revenu mensuel net du foyer est supérieur à 2500€ pour près de la moitié. Ci-dessous la répartition selon les revenus nets mensuels du foyer.

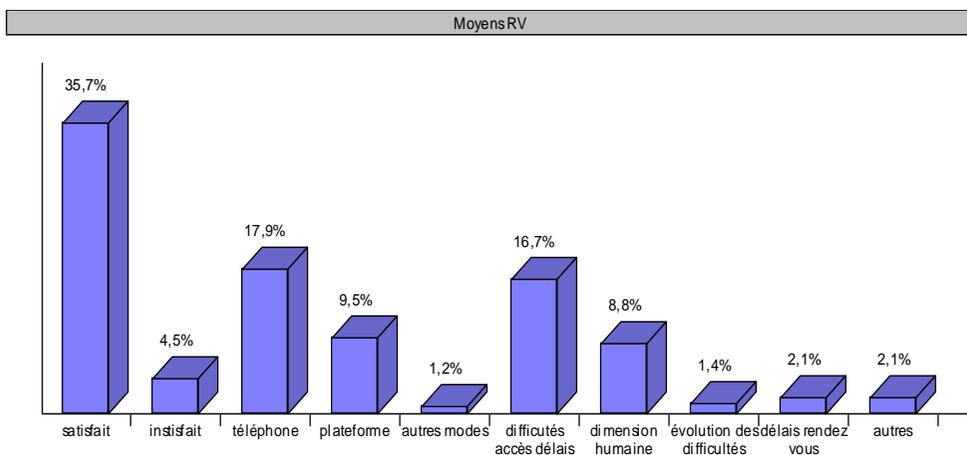


Selon l'INSEE, la médiane du revenu disponible par unité de consommation en 2016, en Bretagne est de 1728 euros mensuels. 10% des ménages bretons avaient moins de 1000€ mensuels disponibles. La majorité 45,9% des répondants sont dans une famille de deux personnes (moyenne 2,23 des répondants pour 2,20 dans la population générale en Bretagne en 2016). A ce titre, l'échantillon des répondants est représentatif. Parmi les répondants, nous avons des personnes en activité professionnelle. Mais nous n'avons pas d'informations sur les classes d'âge ni sur les différents territoires d'habitat. Les pourcentages présentés ci-après sont à prendre avec précaution car, outre d'être liés au déclaratif, correspondent à une population d'utilisateurs contactés au travers des associations. Malgré une méthodologie rigoureuse de traitement des données, des études complémentaires qualitatives préciseront certaines caractéristiques. Elles pourraient porter sur des populations spécifiques telles que les jeunes, les étudiants et apprentis, sur des territoires, des populations précaires et sur des situations particulières sociales, avec un volet sociologique. La répétition annuelle de cette étude permettrait d'évaluer les évolutions des points cruciaux du parcours de santé.

## Les moyens de prises de rendez-vous, l'accessibilité à ces moyens, l'obtention de rendez-vous

Deux tiers (67%) déclarent réussir à toujours obtenir un rendez-vous auprès d'un médecin. Globalement, il y a une satisfaction sur les moyens pour l'obtenir. La diversité des moyens est appréciée dont le téléphone et les plateformes. Des difficultés sont évoquées dans les délais, l'accessibilité au téléphone, et difficultés pour certains face aux plateformes web qui peuvent apparaître comme non mises à jour. Le téléphone permet un contact humain mais les secrétaires peuvent être trop occupées. Les horaires pour une prise de rendez-vous au téléphone ne sont pas adéquats pour les usagers qui travaillent. Dans une étude 2019 de l'OCDE avec autre méthodologie, 15% des français déclarent avoir eu des soins de santé retardés ou abandonnés en raison des délais d'attente<sup>1</sup>.

Pour les questions ouvertes demandant des réponses textuelles, l'analyse sémantique a permis de regrouper les éléments de réponses par unités de sens. Les résultats permettent de classer les unités de réponses par occurrence dans les réponses libres. Nous trouvons dans le graphique ci-dessous, la répartition des réponses émises à propos du questionnement sur les moyens disponibles pour prendre rendez-vous.



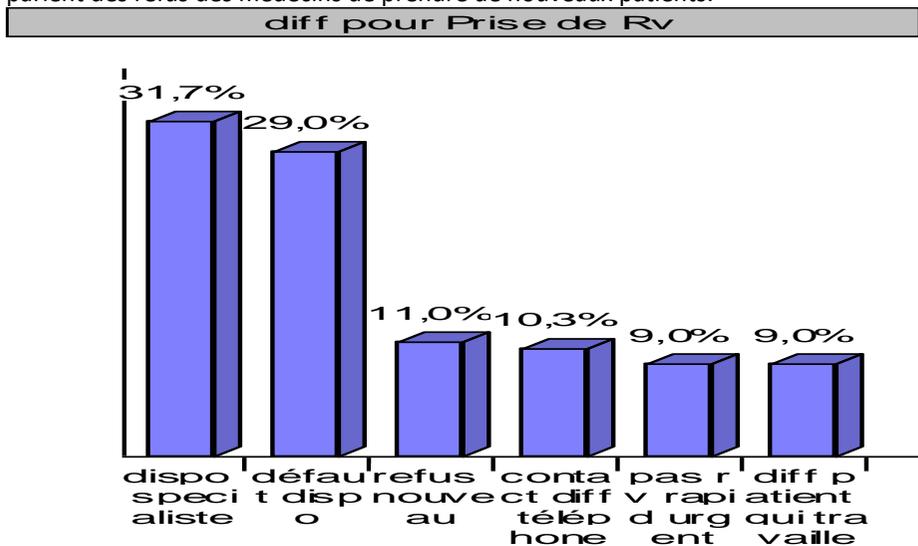
Quelques illustrations sur l'approche globale des moyens :

- Les expressions de satisfaction : Efficaces ; nombreux et opérationnels ; La diversité des moyens est une chance
- Les insatisfaits : Ils ne sont pas adaptés ; très long, décourageant ; pas suffisant

<sup>1</sup> OECD (2019), Healthfor Everyone?: Social Inequalities in Health and Health Systems

- Les difficultés d'accès aux moyens : La plateforme informatique n'est pas facile à utiliser ; l'utilisation Doctolib: ça devient compliqué et en même temps aliénant à terme ; les standards téléphoniques sont saturés
- La dimension humaine : Plateforme impersonnelle ; ne traite pas les situations singulières ; je préfère la relation humaine téléphone ou direct
- L'utilisation des plateformes : J'utilise le plus possible Doctolib qui me semble le mieux adapté ; permet de choisir la date du rendez-vous selon les plages libres du médecin
- L'utilisation du téléphone : C'est plus efficace par téléphone de joindre le secrétariat du médecin
- Autres remarques : que les usagers respectent leur rendez-vous

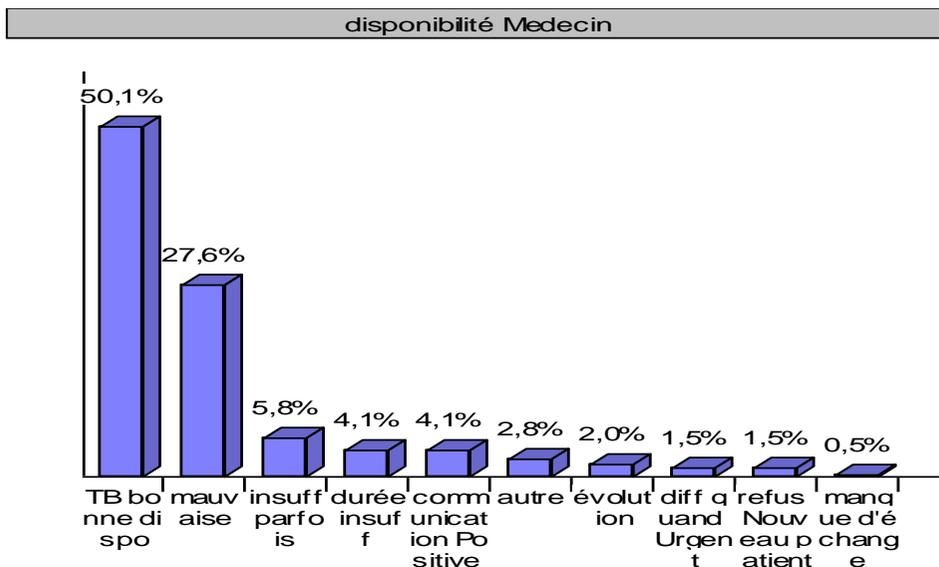
Pour évoquer plus particulièrement les difficultés pour les moyens de prise de rendez-vous, un tiers (31,7%) parlent des moyens de prises de rendez-vous envers les spécialistes libéraux et hospitaliers. Pour 29% des difficultés liées aux disponibilités. 11% parlent des refus des médecins de prendre de nouveaux patients.



**Sur les relations usagers-médecins, explications et documents**

Les répondants sont globalement satisfaits de leurs relations aux médecins généralistes et spécialistes. La moitié soulignent la grande disponibilité du médecin, et un quart une disponibilité insuffisante. Une difficulté de disponibilité est évoquée pour les citoyens qui travaillent. Le refus de prendre un nouveau patient est également évoqué. L'accessibilité physique est globalement satisfaisant pour 68%. Des difficultés d'accessibilité transport (transports en commun, largeur de trottoirs, parkings insuffisants) sont soulevées.

## Sur la disponibilité du ou des médecins



### Quelques illustrations sur la disponibilité des médecins

- Bonne et très bonne disponibilité : excellente disponibilité ; disponibilité réelle du généraliste, disponibilité assez bonne des spécialistes ; Bonne disponibilité du médecin traitant qui exerce en maison de santé
- Disponibilité insuffisante à certaines heures, certains jours, week-end : aucune en soirée, ni la nuit ni le week-end, L'utilisateur est dans l'absence d'information sur le médecin 1er recours disponible en proximité, d'où le recours aux urgences ; pas simple d'obtenir des rendez-vous en dehors des heures de travail
- Mauvaise disponibilité : Insuffisante chez certains spécialistes. Nouvellement arrivée à Rennes, j'ai été très surprise des délais pour obtenir un RV chez un ophtalmo et un dentiste
- Durée limitée ou insuffisante des consultations : 15 minutes pas plus ; consultations rapides ; consultation de plus en plus rapide - de 10 mn ;
- Refus quand nouveau patient : Après 3 ans sans médecin traitant et pourtant avec une maladie à 100% j'ai enfin été accepté par un médecin
- Médecins surchargés, nombre élevé de patients : Beaucoup de patients malades ; en burn out ; il a de +en+ de patients ; il est débordé

Sur les explications données par les médecins, elles sont globalement très satisfaisantes pour 70,2%. Ce que les patients souhaitent essentiellement, ce sont d'abord des explications claires sur la maladie, le diagnostic, le pronostic, sur les traitements, sur les conséquences. Les patients expriment aussi un besoin d'échange avec le médecin et d'avoir une approche globale.

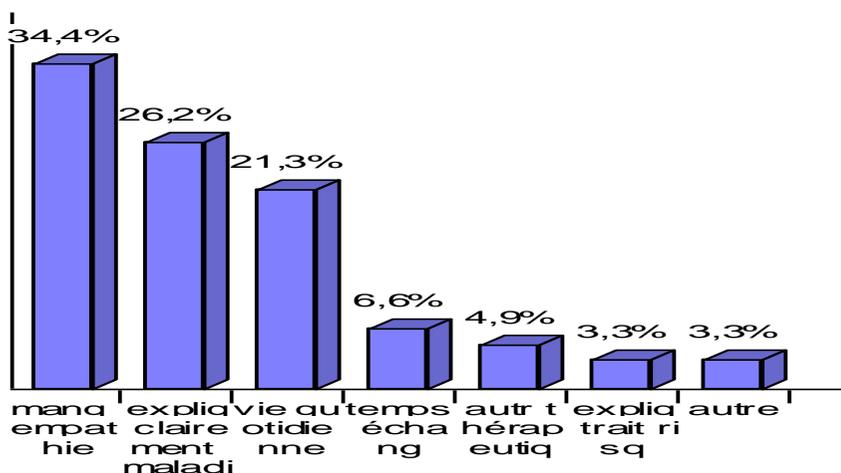
Quelques illustrations sur les explications souhaitées :

- Expliquer clairement la maladie, le diagnostic, le pronostic, le traitement : Des explications plus précises et complètes et si besoin des schémas ; Description de la pathologie ; explications sur le fonctionnement du corps humain, Explications vis à vis des résultats sanguins ; expliquer davantage les conséquences, la suite du protocole ; La raison de prescription d'un médicament et les possibles effets secondaires
- Echange, de l'écoute, discours compréhensible adapté au patient : adaptation du discours au patient, prendre le temps de s'assurer de la compréhension des patients pour une meilleure prise des traitements ;
- Approche globale, pluridisciplinaire : qu'il pense à faire le lien entre plusieurs symptômes plutôt que de répondre qu'à un symptôme par consultation
- Autre : tout simplement dire la vérité au patient

Lors de l'annonce d'une maladie, les explications du médecin sont suffisantes pour près des trois quarts (72,4%) des patients concernés, et suffisantes pour plus de huit patients sur dix (83,9%) avant une intervention chirurgicale.

Ce qu'il manque lors de l'annonce d'une maladie, ce sont : des explications claires sur la maladie, les traitements et leurs risques, de l'écoute et empathie, du temps à l'échange. Est aussi évoqué le besoin de présenter d'autres thérapeutiques.

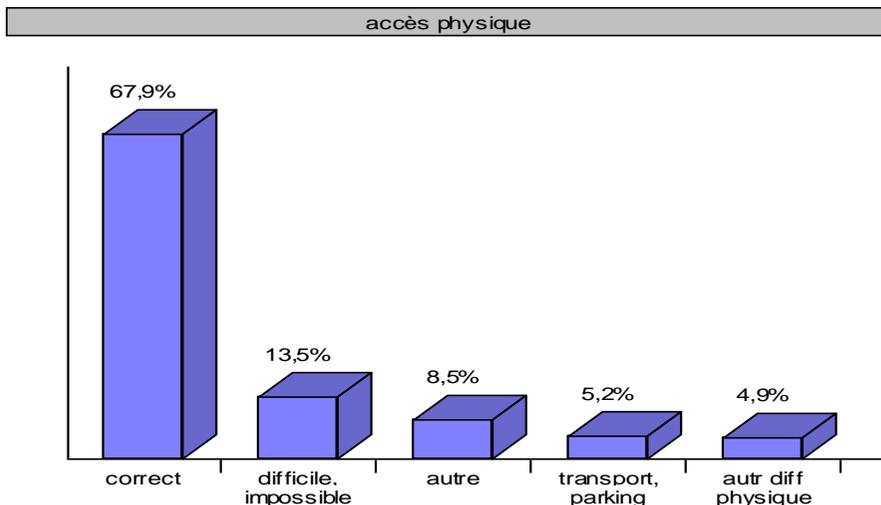
**manq lors annonc Maladi**



Avant une opération chirurgicale, les 16% d'insatisfaits estiment qu'il manque des explications claires, explications sur les risques, les effets secondaires et sur le post-opératoire.

Sur l'accessibilité physique chez les professionnels de santé

Les deux tiers (67,9%) l'estiment correcte. A noter les difficultés liées au transport, au parking, aux travaux sur les trottoirs, la chaussée, les transports en commun.



Le médecin remet rarement systématiquement un document récapitulatif à l'issue de la consultation. Seuls 11% disent qu'il le fait systématiquement.

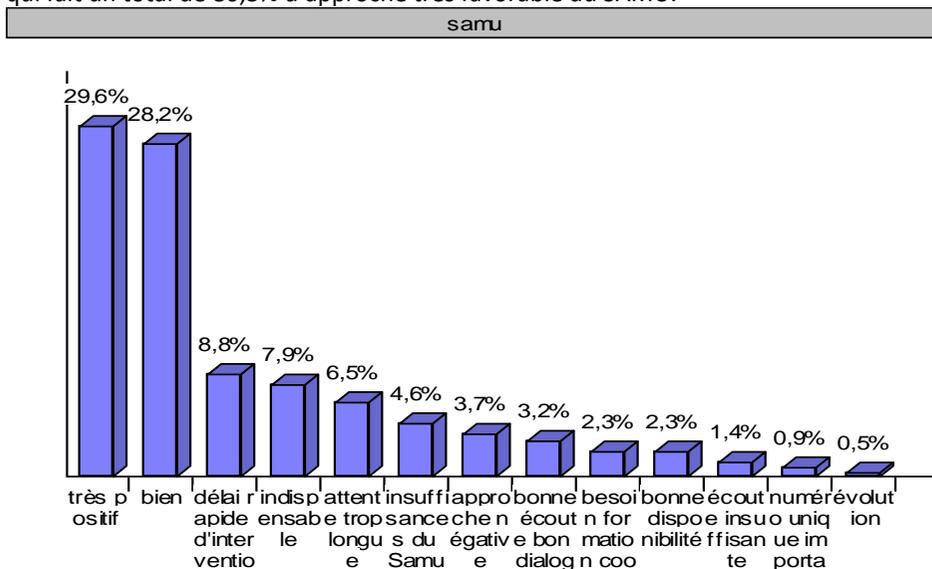
Le temps de la consultation a été interrogée. Il est suffisant pour 61%. Pour ceux qui estiment qu'il est insuffisant, il s'agit d'une insuffisance de temps pour l'échange, 15mn sont insuffisants et produisent un examen clinique superficiel. Il ne faudrait pas standardiser le temps de la consultation. Une attention particulière doit être portée pour les patients âgés ou handicapés. L'idée est avancée que le patient peut être gêné par le sentiment d'un médecin pressé ou des patients qui attendent dans la salle d'attente.

Il existe une corrélation entre la disponibilité du médecin et le temps de consultation jugé suffisant. Plus il est dit disponible, plus le temps de consultation est estimé suffisant. Egalement, plus il est disponible, moins il y a de renoncement aux soins.

## Pour les situations d'urgence, quelle approche des différents dispositifs ?

70,9% des répondants sont allés aux urgences. Pour seulement 40,7%, il s'agit d'un problème majeur de santé pour lui-même. Pour une proportion identique, il s'agissait d'accompagner un proche. A noter que 10,9% disent être allés aux urgences par manque de disponibilité d'un médecin en ville.

Sur le SAMU, le numéro 15, il y a une très forte appréciation positive : 57,8% l'estiment bien ou très bien, auxquels il faut ajouter 8,8% qui soulignent le délai rapide de l'intervention SAMU, 3,2% pour la qualité de l'écoute et 2,3% la bonne disponibilité. Ce qui fait un total de 80,3% d'approche très favorable du SAMU.



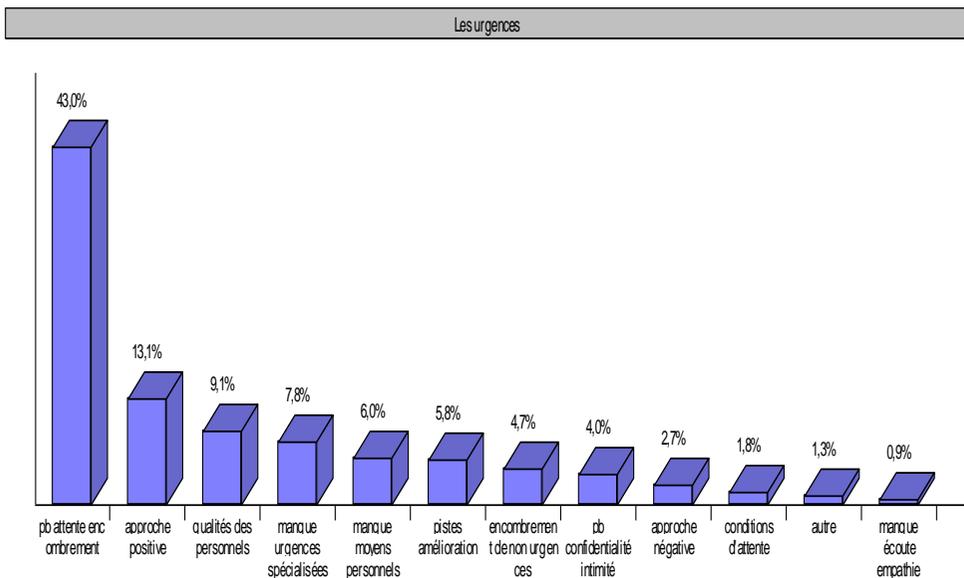
### Quelques propos sur le SAMU :

- Approche positive, Délai rapide d'intervention, réactivité : tres bien, tres efficace, et en plus humain malgre les surcharges de travail ; Excellent!!!!;
- Approche négative : Aucun suivi ; Mauvais accueil ; nul, on nous repond de nous démerder par nos moyen meme avec 40 de temperature ; il a oriente sur un service d'urgences a 40 km alors qu'il y en avait un a 15 km
- Délai trop long, attente : Le filtrage via le regulateur est trop long en cas d'urgence reelle avant de pouvoir parler a un medecin ; delai d'attente trop long en cas d'un arret cardiaque
- Est important, indispensable : numero sauveur de vie ; service indispensable et qui fait ses preuves au quotidien
- Bonne écoute, bon dialogue, bon conseil : Tres receptif ; A l'ecoute et reactif

- Ecoute insuffisante ou problématique : parfois jugeant ; au telephone: catastrophique...aucune compassion
- Des insuffisances du SAMU : pas toujours facile d'accès pour tout a chacun en situation d'urgence ; Manque de disponibilité liée a une surcharge de travail et un manque de personnel
- Besoin de formation et coordination : Le personnel médical pas suffisamment forme ; Pas du tout formé pour la psychiatrie

### Que penser des urgences ?

De façon importante, pour 43%, les urgences se caractérisent par des problèmes d'engorgement, d'attente, d'encombrement par des « non-urgences ». Certains pour 13% en ont une approche positive, et 9% évoquent les qualités des personnels des urgences. Quelques-uns notent les problèmes de confidentialité, d'intimité et les mauvaises conditions d'attente pour les patients. Certains regrettent qu'il n'y ait pas d'urgences spécialisées du type gériatrique, PSH, enfants.



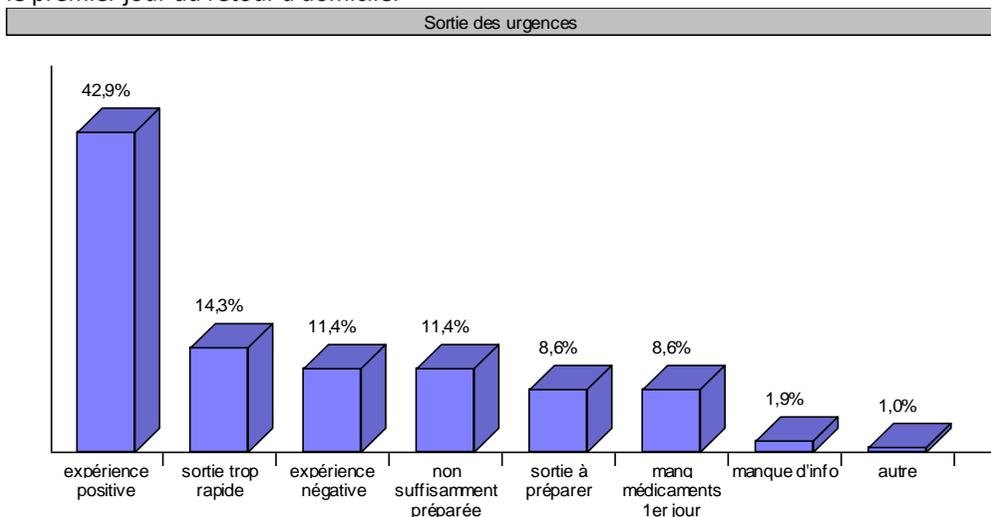
### Quelques illustrations de propos sur les urgences

- Approche positive ou très positive : accueil rapide et soignants competents
- Problème d'attente, surcharge, engorgement : Trop d'attentes ; surcharge ; saturee, voire plus ; une catastrophe, malgré la bonne volonté du personnel
- Approche globale négative : très peu efficace ; horrible ; médiocre

- Conditions d'attente des patients : Les urgences sont vetustes et peu accueillantes, certainement lie à l'anciennete du bâtiment
- Problème d'organisation : trop mal organisees; trop administratif ; desorganisation ; c'est du desordre ; organisation inadaptee a revoir
- Manque d'urgences gériatriques, PSH, enfants : je réclame des urgences geriatriques specifiques personnes âgées / et ou handicapé désorienté
- Encombrement par des non urgences, problème orientation en amont : Trop encombre pour des petits bobos ; Il y a un vrai problème de repartition des soins
- Manque d'écoute, d'empathie, manque d'explication, de bienveillance : inhumaines, manque d'empathie
- Problème de confidentialité, intimité : la confidentialite n'a pas été respectee ; on est parkes à se toucher, aucune intimite
- Qualités positives des personnels, qualité d'accueil : Les soignants font un travail admirable dans des conditions épouvantables
- Manque de moyens, de personnels, mauvaises conditions de travail des personnels : mauvaises conditions de travail des personnels
- Pistes d'amélioration : Améliorer l'accueil ; améliorer la formation

### Sur la sortie des urgences ?

La sortie des urgences est plutôt bien vécue pour 43% y compris quand c'est une hospitalisation qui suit. Pour 14%, la sortie est trop rapide. La sortie est à préparer, elle l'est insuffisamment pour 11,4%. A noter le regret de ne pas avoir de médicaments pour le premier jour du retour à domicile.



Plus la sortie des urgences est décrite comme positive, plus la coordination des professionnels de la prise en charge et accompagnements est dite effective.

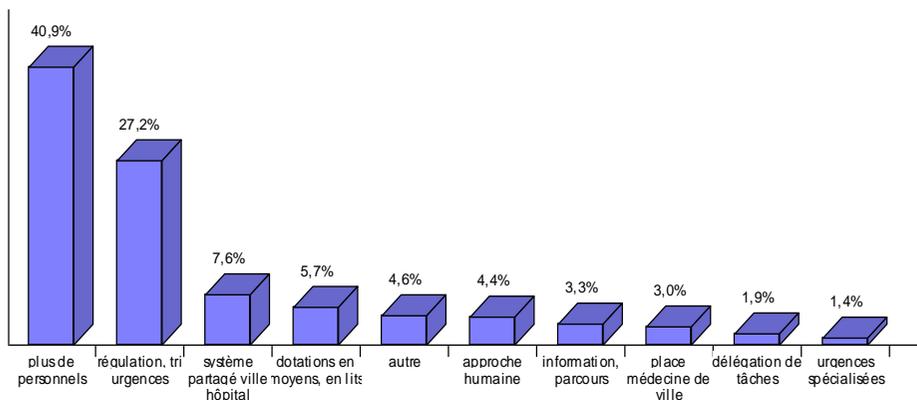
Quelques illustrations de propos sur la sortie des urgences

- Approche expérience positive : Bravo à vous!!!; Efficace
- Expérience négative : catastrophique ; Suivi personnalisée du malade insuffisant, pour une sortie sécurisée
- Sortie trop rapide : expéditive ; on sort aussi en urgence parfois ; vite fait dehors ; Vite fait, mal fait.
- Sortie à préparer, travailler avec les pros, avec médecin traitant : a travailler entre professionnels et usagers ; nécessite de travailler avec le service social pour préparer sortie des personnes vulnérables
- Non ou insuffisamment préparée, rapport au domicile, manque d'accompagnement, de suivi : Il n'y aura aucun suivi malgré la gravité des faits ; mal organisées , on fait sortir des personnes âgées à 1 ou 2 h du matin sans savoir si la personne est seule ou pas ; On est un peu livré à soi-même, surtout si l'on est seul et il faudrait quelqu'un qui organise le retour à domicile ou explique bien la suite de soins dans un service. ; On vous laisse la plupart du temps comme un chat errant
- Manque d'infos, d'explications, de préconisations ou trop succinctes : manque des explications sur les suites à donner ; Manque de documents d'hospitalisation ; Manque de papiers administratifs ; pas de fiche de liaison explicite pour les intervenants à domicile
- Autre : c'est toujours un soulagement de sortir; rien n'est proposé face à la douleur

### **Des propositions pour améliorer les prises en charge aux urgences**

Plusieurs propositions sont faites pour améliorer les prises en charge et le fonctionnement des urgences. Le point le plus important évoqué, pour 41%, est celui du nombre des personnels, de leurs conditions de travail, ainsi que de dotations en moyens et en lits pour 5,7%. Pour 27,2%, est soulignée la question de la régulation, du tri avant urgence, ainsi que l'idée d'un système partagé ville-hôpital pour 7,6% avec une place pour la médecine de ville. A noter la proposition d'une nécessaire information sur le parcours de santé, d'information des citoyens sur le rôle des urgences.

pour améliorer les urgences



### Quelques illustrations de propositions d'amélioration sur les urgences

- Place de la médecine de ville : accès rapide, 24/24, régulation, tri des patients, dispositifs locaux « petites urgences » : améliorer la disponibilité des généralistes en amont, créer un système de garde partagée entre eux dont une disponibilité pour le non programme qui ne nécessite pas la mise en route d'une grosse machine qui ne peut qu'être débordée. Distinguer petites urgences des urgences lourdes et/ou vitales,
- Elaboration d'un système partagé hôpital x médecine de ville : surtout plus de coordination entre les médecins libéraux et les urgences des hôpitaux
- Régulation, tri des urgences, développement de dispositifs de régulation avant urgences : augmenter les consultations extérieures à l'hôpital 24/24 ; Avoir médecins de ville disponibles la nuit ; Développer maisons médicales de garde ;
- Approche humaine à améliorer : différencier les salles d'attente ; avoir suffisamment de temps pour écouter le patient et prendre en compte ce qu'il dit
- Information, prise de conscience, notion de parcours de santé du patient : qu'il y ait une prise de conscience des citoyens que ce lieu est et reste un lieu d'urgence et non pas un remplacement de médecin de ville ; informer et éduquer les patients en amont, faire davantage de prévention
- Délégation de tâches : les internes devraient déléguer certaines tâches aux infirmières
- autres : Créer un mini hôpital pour accueillir deux à trois jours un patient ; faire payer pour les "petits bobos" du quotidien

## **Dans le parcours de santé, qu'en est-il de la coordination des professionnels ? La coordination entre les professionnels de santé semble-t-elle suffisante ?**

Cette coordination entre professionnels de santé n'apparaît pas globalement suffisante pour les deux tiers (65,7%). Un repérage des manques de coordination est fait. Ces manques portent d'abord sur le lien et le dialogue ville-hôpital, sur les transmissions entre hôpital et libéraux ou entre libéraux de documents, transmissions qui doivent être effectives et rapides. L'utilisation effective des DP-DMP doit se faire. Il est proposé d'avoir, entre professionnels, un temps dédié à la coordination, ainsi qu'une plateforme d'échange entre professionnels et usagers ainsi qu'entre professionnels eux-mêmes. Quant à la coordination des professionnels de santé et d'accompagnement intervenant au domicile de l'utilisateur, un tiers (32,6%) estime qu'elle est bonne mais un quart (21,9%) pense qu'elle n'existe pas. Si pour 27,8%, il faut améliorer cette coordination des professionnels intervenant à domicile, les autres remarques portent sur les besoins de formation, sur le rôle de l'aidant qui est parfois le coordonnateur, sur ce qui relève des personnalités individuelles.

Quelques illustrations sur la coordination entre professionnels de santé

- Meilleure utilisation du DP-DMP: Un DMP opérationnel et systématiquement rempli; utilisation du DP et DMP pour une fluidité de la prise en charge
- Avoir une plateforme d'échange usager-pro et entre pro : Des échanges par téléphone, conférence call ou autres, par exemple : trop de cloisonnement entre la psychiatrie et les autres disciplines au détriment de la prise en charge du patient
- Nécessité d'un service et de temps de concertation dédiés, plateforme territoriale d'appui : des rencontres physiques au sein d'espaces de paroles et d'échanges sur les difficultés rencontrées par les uns et les autres, des outils de liaison. ; des temps de réflexion communs sur les situations complexes
- La prise en compte : temps et rémunération de la coordination et la présence de tous les acteurs ; La systématisation des plateformes territoriales de santé avec des filières locales pour les principales maladies graves.
- Liens réels et dialogue ville-Hôpital-spécialistes, cloisonnements y compris entre services d'un même établissement : coordination entre les libéraux et le public. Et d'abord entre les libéraux eux-mêmes ; de réelles passerelles entre hôpital et médecine de ville ; Pas seulement un petit courrier pour la forme ; les professionnels hospitaliers ne s'intéressent pas suffisamment aux dispositifs déjà en place à domicile et des doublons sont souvent fréquents

- Volonté de travailler ensemble, en confiance, en complémentarité y compris avec paramédicaux : une reconnaissance mutuelle de pratiques et de compétences

Quelques illustrations sur la coordination entre professionnels intervenant au domicile

- Très bonne, bonne, assez bonne : fonctionne par transmission écrite sur des cahiers ; les infos transmises étaient suffisantes et tout s'est très bien passé
- À améliorer, compliquée, à favoriser, insuffisante : un vrai casse-tête si la personne n'est pas accompagnée par la famille
- C'est le patient ou un aidant qui font la coordination : c'est au patient de faire le lien
- Dépend des personnes, des professionnels : Cela dépend des professionnels et des organismes
- Rôle positif ou non de l'HAD : Je suis absolument contre la Had ; Pour ma mère, HAD efficace mais qui supposait que je sois présente 24h/24 pour que ce système soit opérationnel.
- Besoins en formation: Former mieux les intervenants

### **Pour les sorties d'hospitalisation, des améliorations à faire**

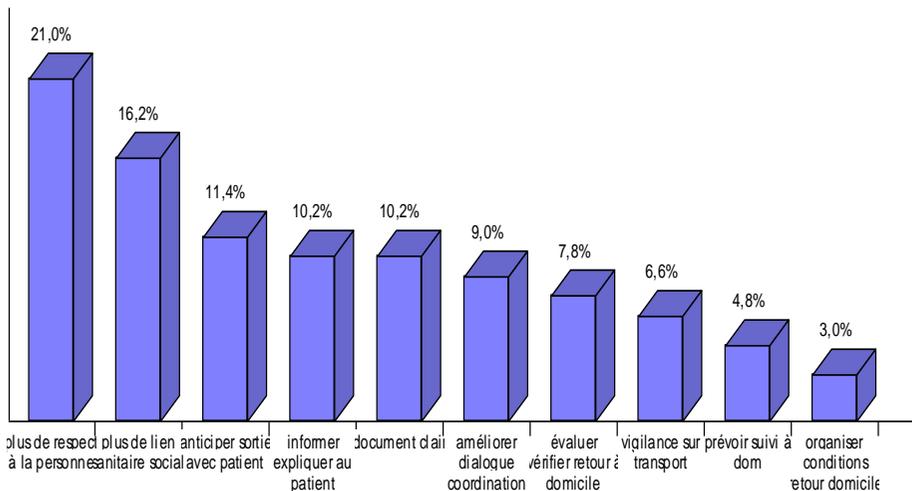
Les remarques et propositions d'amélioration des sorties d'hôpital portent d'abord, pour 21%, sur l'attention et le respect au patient, les informations et explications qui lui sont données. Elles portent aussi sur l'organisation de la sortie avec la nécessité, pour 16,2%, du lien sanitaire social et médico-social, nécessité d'anticipation de la sortie en lien avec le patient, d'une amélioration, pour 9%, de la coordination avec le médecin traitant et les professionnels paramédicaux, d'une bonne évaluation des conditions de retour à domicile. Une vigilance doit être portée sur les transports disponibles à la sortie.

Quelques illustrations de propositions d'amélioration des sorties d'hôpital.

- Anticiper la sortie, préparer avec le patient, les professionnels de santé : Anticiper la sortie au maximum, et avertir la famille!; préparer dès l'entrée en hôpital ; préparer la sortie et ne pas la décider 1h avant ; préparer les conditions de la sortie à l'avance à chaque fois que possible et expliquer toujours expliquer
- Prendre le temps d'informer, d'expliquer au patient sur les aléas post-hospitaliers, sur le suivi, les aides possibles, les démarches, et contact avec la famille : prendre le temps d'informer le patient sur tous les documents remis à sa sortie. ; Accompagner patients et aidants ; Prévoir la sortie avec la famille.

Plus la coordination des professionnels intervenant à domicile est dite à améliorer, plus la dimension respect du patient est mise en avant.

Améliorations sortie hôpital



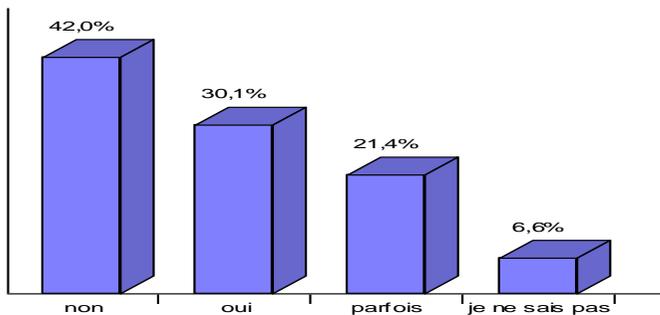
**Quels usages du DMP ?**

Seuls un tiers des répondants disent avoir un DMP, et pour la plupart 67,6% depuis moins d'un an. Seuls 8% des personnes concernées disent que leurs médecins y mettent des informations. De plus près de 56% ne savent pas si leurs médecins y mettent des informations. Le DMP n'est pas un usage encore courant chez les usagers.

**Les droits de l'usager sont-ils bien en usage ?**

Pour tout acte médical ou prise de médicaments, seuls 30,1% disent que leur médecin leur demande systématiquement leur accord.

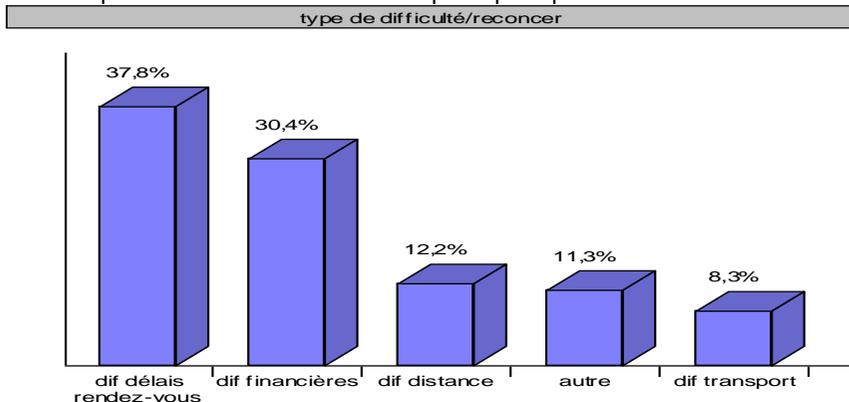
accord demandé systématique



Le libre choix du praticien ou de son établissement de prises en charge et accompagnements est majoritairement respecté, et ce pour 43,7%.

### Le renoncement aux soins est-il une réalité ?

Il s'avère que 35% déclarent avoir renoncé à des soins. Les motifs avancés pour avoir renoncé à des soins sont majoritairement des difficultés liées à des délais longs de rendez-vous pour 37,8%, et des difficultés financières pour 30,4%. Les questions liées aux transports et à la distance sont évoquées pour près de 20%.



Il y a une dépendance très significative entre les revenus mensuels du foyer et le renoncement aux soins. Celui-ci est d'autant plus faible que les revenus sont élevés. Ceux qui renoncent aux soins ont moins souvent un DMP. Il s'agit aussi de différencier renoncement aux soins et non recours. Dans le rapport INSEE Bretagne 2018, il est noté que le non-recours aux soins est rare en Ille et Vilaine et nord du Finistère mais beaucoup plus dans la partie ouest du centre Bretagne. Des territoires qui correspondent au plus fort taux de personnes sans médecin traitant en 2016. Selon l'enquête EHIS-ESPS avec une autre méthodologie, en 2014, en France, 16 % des bénéficiaires majeurs de l'Assurance maladie déclarent avoir renoncé à au moins un soin au cours des douze derniers mois parce que le délai d'attente pour un rendez-vous était trop long, et 3 % parce que le cabinet était trop éloigné ou parce que les personnes avaient des difficultés de transports.

### Quelques spécificités significatives femmes-hommes

40% des femmes (contre 27,6% des hommes) déclarent avoir renoncé aux soins dont 32% d'entre elles pour des difficultés financières. Les explications données par le médecin lors de l'annonce d'une maladie sont suffisantes pour 69% contre 80% pour les hommes. Elles disent y manquer d'empathie, d'écoute pour 36% des femmes concernées.

### **Ceux qui ont une maladie chronique**

Il n'y a pas de différence significative dans le renoncement au soin ni dans les raisons invoquées. 40% ont un DMP mais seuls 6% d'entre eux disent savoir ce qu'il y a dessus. Même approche sur l'insuffisance de coordination entre les professionnels. Le temps de consultation chez le médecin n'est jugé suffisant que pour 55% (moins que les non chroniques 68%).

**Une dernière question ouverte** était proposée, permettant soit d'appuyer sur certaines idées, soit d'évoquer des thématiques autres.

Ces remarques libres portent sur :

- Le libre choix du praticien libéral, difficultés d'accès, problèmes de délais de rendez-vous, nombre insuffisant de professionnels, refus de nouveaux patients
- Les moyens hospitaliers et autres établissements, urgences nécessaires
- L'importance de l'entourage, aidants, personne de confiance, associations d'usagers
- Les politiques publiques qui ne sont pas anticipatrices
- L'importance de la relation au patient, l'empathie, écoute, dialogue, bienveillance
- Le coût des complémentaires, mutuelles qui ne cessent d'augmenter notamment pour les retraités, les remboursements, la santé comme marchandise, coût du système
- L'évolution positive ou jugée comme dégradation
- Le poids de l'administratif ; L'influence des lobbys
- L'idée que le DMP devrait être automatique
- Le Parcours de santé : meilleure coordination, liens entre professionnels, suivi, accompagnement, lisibilité des structures d'accompagnement, transmission des données, pénurie de médicaments, rôle du pharmacien, délégation de tâches
- La prise en charge des personnes âgées : difficulté d'accueil, pas de prise en charge spécifique, EHPAD
- La nécessité d'avoir une approche globale nécessaire de la santé, prévention, alimentation, environnement
- Les inégalités face aux prises en charge, système à deux vitesses, différence urbain-rural, absence de médecins
- Le besoin de formation des personnels

Arrive en tête des remarques, pour un quart, la question du **libre choix des praticiens, des difficultés d'accès, des délais, et des refus pour les nouveaux patients**. La qualité de la relation au patient et le parcours de santé sont aussi deux soucis majeurs.

## **Enquête auprès des membres de la démocratie en santé CRSA Conseils Territoriaux de Santé en Bretagne effectuée en février-mars 2019.**

Les résultats des 75 réponses sont très significatifs.

**Quel financement pour la dépendance personnes âgées ?** Le socle choisi repose de manière quasi-unanime (93%) sur une approche par la solidarité et une approche mixte de solidarité obligatoire et de complément individuel en responsabilité.

### **Les atouts actuels de notre système de santé**

Trois notions apparaissent principalement : celle de service et de système public, celle de la gratuité, celle de la qualité et compétence des professionnels

### **Les difficultés repérées du système de santé**

Correspondent aux difficultés liées aux organisations, dispositifs. Le mot utilisé fréquemment est celui de manque : manque dans les organisations, manque de professionnels (médecins...), manque de moyens, manque de places dans les services et établissements, manque de coordination. Saturation de certains dispositifs (ex SAU, CRRA115...)

**L'habitat et l'environnement est-il favorable à la santé ?** Les atouts sont l'existence de politiques publiques sur ce champ, un bon état urbain en Bretagne et l'existence d'une réglementation. Les difficultés portent essentiellement sur les questions du réchauffement et les pollutions, l'état de l'habitat, les transports et la précarité.

### **La problématique d'une société inclusive**

Les atouts portent sur les principes qui portent les politiques publiques et leur financement avec la notion de solidarité, ainsi que des politiques dédiées (plans envers une population...). Les difficultés soulignent les questions d'organisation du système et de maillage (complexités administratives, liens domicile-structures, manque de moyens...), répartition territoriale de l'offre (éloignement, transports, ...), la prévention, la connaissance des publics ainsi que les financements consacrés dans les structures et dispositifs. Sont évoqués le refus de soins, l'exclusion du numérique et l'adhésion des professionnels de santé.

### **La question de l'alimentation favorable à la santé**

Les atouts actuels de notre société soulignent la quantité et la qualité des produits avec dimension de l'autosuffisance alimentaire, et de la proximité des ressources, et aussi sur la sensibilisation de la population et des acteurs au facteur alimentation. Un point évoqué est celui de l'importance de la réglementation, de l'existence du Plan National Nutrition et de la qualité des informations. Cependant, dans les difficultés, il apparaît de manière importante l'exclusion d'une partie de la population à l'accès à une alimentation saine, problème d'accessibilité aux produits de qualité à cause des prix. La qualité des produits est d'autre part fortement pointée sur deux dimensions : la qualité à la production d'origine (conditions environnementales de production, pesticides, OGM...), et la qualité des produits transformés (problème des ajouts...). Autre point

fortement noté, celui des politiques publiques d'éducation et de manque de prévention à l'alimentation de qualité. Sont également évoquées comme difficultés, l'insuffisance d'information, étiquetage des produits, le contexte sociétal et nos pratiques sociales (rythmes de vie, habitudes alimentaires, contraintes de temps, nouvelles vies du quotidien familial...).

**Sur les simplifications à réaliser dans notre système de santé** Les atouts sont la carte vitale comme système efficace et le DMP.

Les simplifications à réaliser : rendre le DMP obligatoire ; supprimer les démarches parallèles ( doublons etc... ) ; introduire les "guichets uniques", simplifier les démarches administratives ; faire la fusion SS-CNSA; système de droits automatiques sans dossier; simplifier les autorisations administratives pour les établissements ; Une clarification des textes, diminuant l'abondance et la confusion ; Préserver l'accueil direct des populations qui n'ont pas la compétence pour utiliser les outils informatiques...

**Les répondants formulent des propositions pour une évolution du système de santé**

Outre la question des moyens, sont fortement évoqués des visions sur une autre organisation du système avec : la nécessité d'anticiper pour éviter de subir les évolutions devenues nécessaires ; de passer d'une approche focalisée sur soin-budget à une approche globale santé-déterminants ; d'un financement par assurance sociale universelle supprimant la multiplicité des caisses et donnant plus de pouvoir à la démocratie en santé et à l'ensemble des citoyens ; d'inscrire une co-construction de l'évolution de l'offre avec les citoyens, une co-construction décentralisée du système ; de démedicaliser la santé ; remettre la personne au centre du système ; d'avoir des modes d'organisation révisés en permanence ; de dépasser la logique du contrôle de conformité. Développer les MSP ; faire que les médecins puissent accueillir les soins non programmés pour désengorger les urgences. Les questions de coordination, de prévention et promotion de la santé, de décentralisation sont aussi pointées comme essentielles.

**Une très forte demande d'exercice de la démocratie dans le champ de la santé**

Avec une forte demande de renforcement de la démocratie en santé (près de 90%) en indépendance et financement.

Les atouts de la démocratie en santé sont nombreux avec diversité, pluralité de représentations des acteurs, dimension régionale pour la CRSA, de multiples acteurs locaux réunis dans une même instance. Les faiblesses de la démocratie en santé portent très fortement sur la dimension uniquement consultative et proposant un renforcement de la dimension délibérative, décisionnelle. Les faiblesses portent également sur les aspects formels du fonctionnement (lourdeurs administratives, dépendance à l'ARS...), sur l'insuffisance des moyens dédiés, sur sa composition à revisiter (jeux de lobbying internes...).