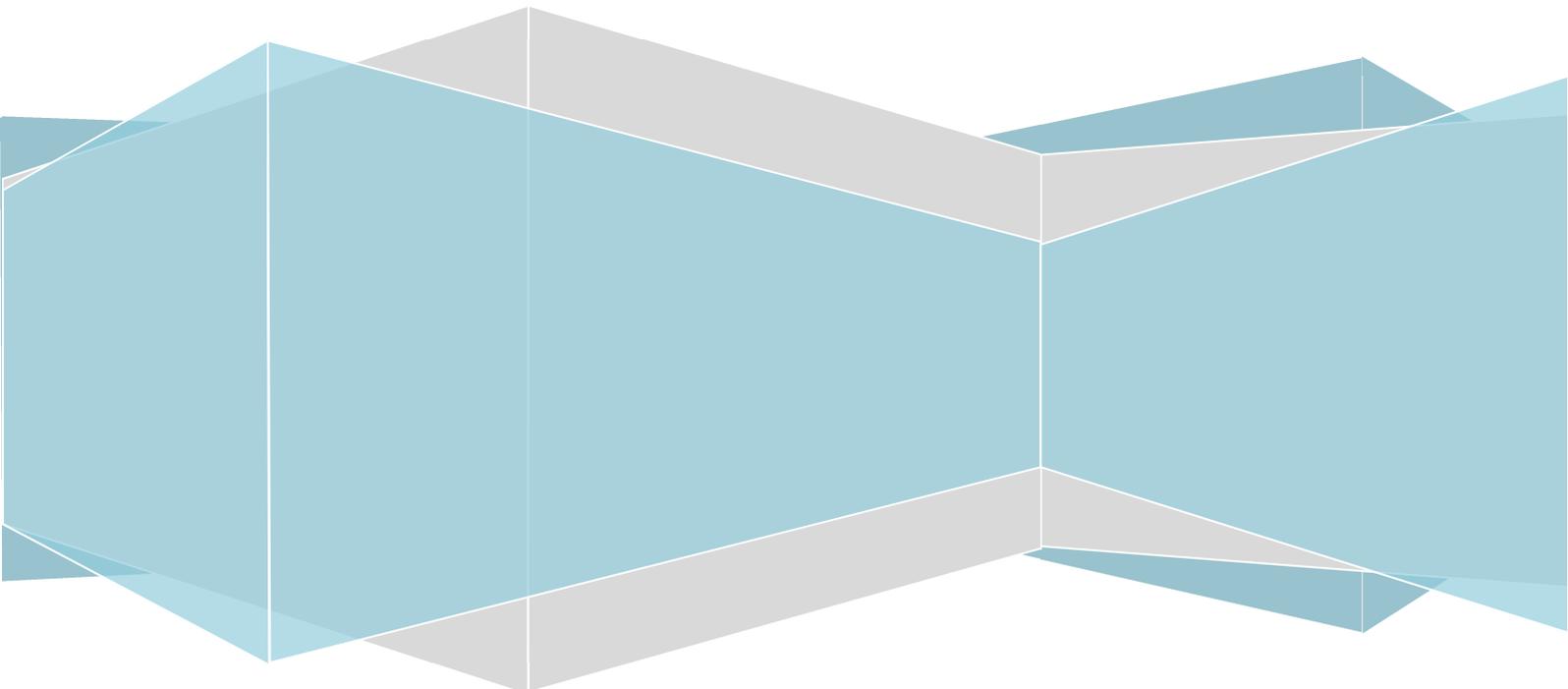




Rapport 2017 de la CRSA Auvergne-Rhône-Alpes sur la mise en œuvre des droits des usagers du système de santé

Rédigé à partir des données 2016

Adopté en assemblée plénière le 25 janvier 2018



Editorial

Le principe républicain le plus important aux yeux des français est l'égalité entre les citoyens. Une enquête d'opinion récente¹ le rappelle. Pourtant, les trois quarts de nos concitoyens, et même 80 % des personnes résidant en Auvergne-Rhône-Alpes, estiment que la société française est inégalitaire. C'est le cas de l'accès aux soins, que 57 %, (61 % en Auvergne-Rhône-Alpes) jugent comme l'inégalité la plus grave.

A l'évidence, la santé reste un sujet majeur pour les français. Notre CRSA partage pleinement ce jugement et revendique une réduction drastique des inégalités, quelle que soit leur nature. Nos concitoyens expriment leur souhait de s'engager principalement dans la lutte pour l'égalité des droits et des chances, qu'ils estiment prioritaire, ainsi que la lutte contre la maladie et le handicap. Une position tout à fait cohérente, puisqu'ils soulignent également que les personnes confrontées au handicap, à la pauvreté et à l'insécurité, justifient des efforts particuliers, tout comme, dans notre région, les habitants de zones rurales isolées.

Autant de sujets et de thématiques traités par le nouveau rapport de la CRSA Auvergne-Rhône-Alpes sur la mise en œuvre des droits des usagers de la santé en région ; ce qui en souligne l'actualité. Souhaitons que ce rapport mobilise tous les acteurs et partenaires du système de santé, qu'il dynamise leur réflexion dans une perspective de progrès et d'amélioration du service rendu.

Nos remerciements s'adressent à tous les contributeurs : les membres de la commission des droits des usagers et tous les membres de la CRSA qui, par leurs concours, suggestions et soutiens, ont permis la rédaction de ce rapport.

Un mot enfin en mémoire de Jean-Claude Soubra, membre de la CRSA et notamment de la CSDU pour laquelle il s'est investi sans compter. Ardent défenseur des droits des personnes malades, militant acharné et intransigeant au service de tous et des personnes les plus vulnérables en particulier, Jean-Claude nous aura fait bénéficier de son engagement et de ses compétences jusqu'à son dernier souffle, un matin de septembre dernier. *Salut l'ami...*

Christian BRUN
Président de la CSDU
Vice-Président de la CRSA

Bernadette DEVICTOR
Présidente de la CRSA

¹ *Baromètre de la société inclusive*, novembre 2017 réalisé par Kantar public= pour le compte de la fédération des PEP

Contexte année 2016.....	5
Conditions de réalisation du rapport.....	5
<i>Première partie : De la bonne application des droits des usagers en région : les sujets sensibles... ..</i>	8
I. L'accès aux soins et la répartition des médecins sur le territoire.....	8
1. Une approche plus rationnelle de la question de l'accès aux soins.....	8
2. Une nouvelle approche avec des outils plus perfectionnés : l'indicateur d'accessibilité potentielle localisée (APL) aux médecins généralistes.....	10
3. Une nouvelle politique de santé doit impérativement être engagée	15
II. Le respect des droits en santé des personnes détenues	18
1. Le point de vue de l'ARS : Dr YNESTA Sylvie, médecin conseiller "psychiatrie et santé mentale- santé des détenus" Direction de l'offre de soins ARS ARA.....	19
2. Le point de vue d'une directrice du centre pénitentiaire.....	20
3. Le point de vue de l'association "Médecins Du Monde" intervenant en milieu carcéral à Nantes	21
III. Les soins palliatifs	24
1. Rappel législatif et description de l'offre.....	24
2. Situation en Auvergne-Rhône-Alpes.	24
3. Les perspectives	27
IV. La mise en œuvre des Agendas d'Accessibilité Programmée (Ad'AP) par les collectivités sur leurs établissements accueillant du public (ERP).....	28
1. Délimitation du sujet	28
2. Les données recueillies	29
<i>Deuxième partie : ... les sujets porteurs d'avenir.....</i>	31
I. La E-Santé.....	31
1. Délimitation du sujet	31
2. Cadre général.....	31
3. La E-Santé très présente dans le monde de la santé	32
4. La stratégie nationale E-Santé 2020.....	34
5. Les rapports de l'éthique et de la E-Santé	34
6. Spécificité régionale : Auvergne-Rhône-Alpes, région championne de la santé numérique.	36
II. Le virage ambulatoire	39
1. Délimitation du sujet	39
2. Contexte de l'évolution de la chirurgie ambulatoire.....	39
3. Etat des lieux	41
4. Les perspectives : un taux de chirurgie ambulatoire de 66,2 % pour 2020	44
III. L'hospitalisation à domicile (HAD).....	49
1. Conditions générales d'admission et de prise en charge dans un service d'hospitalisation à domicile	49
2. Etat des lieux national	49
3. Etat des lieux en Auvergne-Rhône-Alpes	51
4. Les perspectives	52
5. Points de vigilance.....	53

IV. L'évaluation des établissements de santé	55
1. La mesure de la satisfaction des patients hospitalisés en 2016.....	55
2. La qualité et la sécurité des soins dans les hôpitaux et les cliniques en 2016.....	57
Troisième partie : ... les sujets permanents	72
I. Le fonctionnement des commissions des usagers (ex CRUQPC)	72
1. Données d'information générales.....	72
2. Fonctionnement de la CRUQPC	72
3. Informations relatives à la gestion des réclamations (hors plaintes relevant du contentieux) 73	
4. Informations relatives à la mesure de la satisfaction des usagers	74
5. Documents d'information à destination des usagers.....	74
6. Informations relatives au respect des droits des usagers au sein de l'établissement.....	75
7. Politique liée à la qualité de prise en charge et de l'accueil des personnes	76
8. Avis et recommandations donnés par les CRUQPC	76
9. Les perspectives	76
II. Le traitement des plaintes et réclamations par les différentes institutions	79
1. Les plaintes reçues au conseil régional de l'ordre des médecins (CROM) Dr Granet.....	79
2. Les plaintes reçues à la direction régionale du service médical (DRSM) Dr STAMM de l'ARS.....	80
3. Les réclamations reçues à l'ARS Stéphane Deleau et Céline Deveaux ARS ARA.....	81
III. L'éducation inclusive : la convention de partenariat ARS/ Education Nationale	84
IV. Valorisation des actions conduites en région	89
1. Le label "droits des usagers de la santé" 2016	89
2. L'apport des conseils territoriaux de santé (CTS) à la réalisation du rapport.....	90
Récapitulatif des recommandations formulées dans le rapport, regroupées par autorités concernées	Erreur ! Signet non défini.
ANNEXES.....	97
Activité HAD Auvergne-Rhône-Alpes : Comparaison activité et personnel année 2016/2015.....	98
Définition des sigles et acronymes utilisés dans le rapport.....	101
Suivi des recommandations formulées dans le précédent rapport.....	105
Tableau de suivi des recommandations formulées dans le rapport de la CRSA adopté le 14 février 2017	106

Contexte année 2016

L'année 2016 a été une année riche pour le système de santé avec la promulgation de la loi de santé, qui engage sa modernisation. Cette loi marque plusieurs avancées relatives à la prévention, l'accès aux soins et les droits des usagers. Elle réorganise les soins de proximité et tend à faire progresser la démocratie sanitaire en France.

Pour cela, la loi crée de nouvelles organisations sur les territoires - les conseils territoriaux de santé (CTS) et de nouveaux modes de coopération entre les établissements publics de santé – les groupements hospitaliers de territoires (GHT).

Elle transforme la Commission des relations avec les usagers et de la qualité de la prise en charge (CRUQPC) en Commission des usagers (CDU) en renforçant la place des représentants d'usagers et en élargissant leurs attributions.

Elle instaure une union nationale des associations agréées des usagers du système de santé (UNAASS) dont les décisions s'appliqueront et les actions se déclineront en région par l'intermédiaire des unions régionales des Associations Agréées d'usagers du Système de Santé (URAASS)

Elle crée de nouveaux droits pour les patients - dont l'action de groupe dans le domaine de la santé - et permet un meilleur accès aux données grâce à la création de l'Institut National des données de santé (INDS).

L'année 2016 a été aussi marquée par l'entrée en vigueur au 1er janvier de la loi relative à l'adaptation de la société au vieillissement. Des mesures concrètes permettent ainsi aux personnes âgées de préserver au mieux leur autonomie et à leurs proches aidants de recevoir un soutien adapté à leur situation.

Autant d'avancées dans les prises en charge et de progrès pour la démocratie en santé. Autant d'intentions dont il conviendra de vérifier la bonne application.

Conditions de réalisation du rapport

Le rapport spécifique de la Conférence régionale de la santé et de l'autonomie (CRSA) sur les droits des usagers, contrairement aux années précédentes, n'a pas été élaboré en fonction du cahier des charges défini dans l'arrêté du 5 avril 2012.

En effet, depuis déjà 2 exercices, la CRSA Auvergne-Rhône-Alpes, dans la ligne du vœu formulé par la Conférence Nationale de Santé (CNS) a pointé des incohérences qui l'ont conduit à émettre le souhait que soit éditée une nouvelle version du cahier des charges, tant il est essentiel d'avoir un document national unique pour permettre une comparaison de la situation des droits des usagers entre les différentes régions.

Par conséquent, la commission spécialisée « droits des usagers » a choisi de développer des analyses mettant l'accent sur des sujets qui lui apparaissent, soit comme étant particulièrement sensibles, soit comme étant porteurs d'avenir, sans oublier les sujets récurrents. Elle s'est également rapprochée des Conseils Territoriaux de Santé (CTS) dans l'objectif de les associer à l'élaboration du rapport, dans la mesure où ils bénéficient d'une connaissance territoriale de proximité.

Les sujets sensibles :

- l'accès aux soins et la répartition des médecins sur le territoire
- le respect des droits des personnes détenues
- les soins palliatifs
- la mise en œuvre de la politique d'accessibilité pour les personnes en situation de handicap

Les sujets porteurs d'avenir :

- la E-santé
- le virage ambulatoire

- l'hospitalisation à domicile
- l'évaluation des établissements de santé

Les sujets permanents

- le fonctionnement des commissions des usagers (ex CRUQPC)
- le traitement des plaintes et réclamations par les différentes institutions
- l'éducation inclusive
- le label "droits des usagers de la santé"

La CSDU a la volonté de faire de son rapport annuel un outil au service du respect des droits des usagers du système de santé. Ainsi elle s'efforce de construire une connaissance précise et partagée des situations en vue de trouver des réponses aux problèmes soulevés et veiller à ce qu'elles soient appliquées.

La réalisation de ce rapport a été possible grâce :

- à la contribution des institutions et autres acteurs du système de santé qui ont bien voulu transmettre à la CRSA les informations nécessaires à l'élaboration de ce rapport. Et en tout premier lieu, l'Agence Régionale de Santé (ARS) qui a fourni à la commission des données claires et accessibles, le conseil régional de l'ordre des médecins (CROM) et la direction régionale du service médical (DRSM).
- aux auditions de professionnels ou bénévoles du domaine de la santé qui, par leurs témoignages, ont alimenté la réflexion des membres de la commission.
 - o **Dr Sylvie YNESTA**, ARS Auvergne-Rhône-Alpes, médecin conseiller psychiatrie et santé mentale - santé des détenus, et **Karine VERNIERE**, directrice du centre pénitentiaire de CAEN, sur la prise en charge de la santé des détenus
 - o Mme **Irène ABOUDARAM** et le **Dr Paul BOLO** de Médecins du Monde pour la présentation du programme expérimental "soignants, surveillants et détenus, ensemble pour améliorer la santé" en milieu carcéral à Nantes
 - o **Régis BOURGEAT**, Directeur opérationnel du Collectif Interassociatif Sur la Santé Auvergne-Rhône-Alpes (CISS ARA) et **Marc RESCHE** pour la présentation de l'Union nationale des associations agréées d'usagers du système de santé (UNAASS) dont il est membre élu au Conseil de déontologie et de prévention des conflits. Il est également membre de la CSDU et président de l'Association Française des Malades et Opérés Cardio-vasculaires (AFDOC) 38 et de l'AFDOC Nationale
 - o **Dr GRANET**, président du Conseil Régional de l'Ordre des Médecins (CROM) et **Dr STAMM**, Coordination de la gestion du risque/DOS/ARS ARA pour la présentation des plaintes et réclamations reçues par la Direction régionale du service médical (DRSM) et le CROM
 - o **Marie-France CALLU**, maître de conférences honoraire en droit, Université Jean Moulin Lyon 3, membre de l'Espace Ethique Auvergne Rhône-Alpes sur le thème de l'éthique en rapport à l'E-santé
 - o **Christelle CARBONNE et TEMEL Tugba** ARS Auvergne-Rhône-Alpes, direction de la stratégie et des parcours études-prospective : présentation de la synthèse des rapports CRUQPC (CDU)

- **Stéphane DELEAU et Celine DEVEAUX ARS Auvergne-Rhône-Alpes**, respectivement directeur de la Délégation Usagers-Evaluation-Qualité (DUEQ) responsable du service relations usagers : état des lieux des réclamations reçues à l'Agence en 2016
 - **Catherine GINI, ARS Auvergne-Rhône-Alpes**, responsable du pôle planification de l'offre à la direction de l'autonomie : bilan de la convention ARS Education nationale en faveur de l'école inclusive
- aux échanges constructifs et la qualité du travail réalisé par l'ensemble des acteurs qui composent cette commission

Première partie : De la bonne application des droits des usagers en région : les sujets sensibles...

Le respect des droits des usagers est analysé par une approche transversale sous l'angle de l'accès géographique aux soins, de la prise en charge spécifique des populations telles que les personnes détenues, les problématiques des personnes en fin de vie et l'accessibilité aux établissements recevant du public pour les personnes en situation de handicap.

I. L'accès aux soins et la répartition des médecins sur le territoire

La CRSA dans son rapport sur les droits des usagers, a fait le choix de la question de l'accès aux soins car c'est un sujet sensible ayant un impact important, au niveau de chaque territoire, sur un des droits fondamentaux des usagers.

Le système de santé, pour atteindre à sa pleine efficacité, impose que chaque assuré social puisse accéder à son médecin traitant, dans un délai raisonnable, pour bénéficier d'un suivi médical, d'une prévention personnalisée et d'une orientation dans son parcours de soins coordonnés. La question de l'accès aux soins est inévitablement dépendante de la répartition territoriale des médecins.

Le débat sur l'accès aux soins et les moyens déployés pour y répondre ne s'inscrivent pas dans un climat empreint de sérénité. Cette problématique génère de l'inquiétude, tant dans l'opinion publique que dans le milieu des professionnels de santé. Les prises de position, parfois dogmatiques et sans nuances, ne facilitent pas l'instauration d'un débat objectif et mesuré sur cette question, qui ne doit être ni édulcorée, ni dramatisée à l'extrême.

Un nouvel éclairage apporté par les chercheurs en économie de la santé, permet d'avoir sur cette question une approche plus fine et plus pertinente de l'adéquation entre l'offre et les besoins.

1. Une approche plus rationnelle de la question de l'accès aux soins

Le sujet est loin d'avoir été ignoré des chercheurs. Dès 2012, la revue CAIRN-INFO² publie un article sur l'accessibilité aux médecins généralistes libéraux, plus faible en milieu rural. En 2012, l'IRDES (Institut de recherche et documentation en économie de la santé) a fait paraître un document de travail³ étudiant une nouvelle mesure de l'accessibilité aux soins appliquée aux médecins généralistes libéraux en France. En mai 2017, la DREES (Direction de la recherche, des études, de l'évaluation et des statistiques) a édité un dossier technique⁴ se proposant de définir le terme même "d'accès aux soins", de clarifier "l'organisation de la répartition géographique des médecins" et de poser les bases d'un consensus autour de la notion de "désert médical". Le dossier propose un nouveau cadrage concernant la démographie des professionnels de santé, présente une mesure de l'accessibilité aux médecins généralistes et propose une identification de communes sous-denses sur le territoire français.

Pour la DREES, l'accès aux soins est un concept qu'elle qualifie de multidimensionnel et normatif. Pour l'utilisateur, c'est, tout simplement, soit un droit et une possibilité de l'exercer librement, soit une suite d'obstacles qui entravent ce droit et génèrent de l'iniquité entre les usagers du système de santé. Un problème éthique majeur.

L'accès aux soins a une dimension éthique et juridique, mais aussi un ancrage géographique, une épaisseur économique et des dimensions socioculturelles. La géographie et l'aménagement du territoire

² Muriel Barlet « L'accessibilité aux médecins généralistes libéraux : plus faible en milieu rural », Pour 2012/2 (N° 214), p. 29-40.

³ L'IRDES – Document de travail - Une nouvelle mesure de l'accessibilité aux soins appliquée aux médecins généralistes libéraux en France – DT 51 – décembre 2012

⁴ Les dossiers de la DREES - Déserts médicaux : comment les définir ? Comment les mesurer ? Mai 2017 - N°17

pèsent lourd : un éloignement excessif du praticien de santé est un obstacle. Quelle distance est acceptable pour un usager ? Les contraintes économiques ne sont pas facilitatrices : les dépassements d'honoraires et les restes à charge sont aussi des facteurs aggravants. A partir de quel montant les restes à charge sont-ils insurmontables ? Les considérations temporelles et organisationnelles du travail des professionnels de santé ont aussi leur importance : les délais de rendez-vous excessifs conduisent trop souvent à une renonciation aux soins. Existe-t-il un laps de temps raisonnable pour obtenir un rendez-vous ? Enfin, les dimensions sociale, symbolique et culturelle jouent un rôle non négligeable auprès des usagers dans leur parcours de soins : clairement, les inégalités se renforcent lorsqu'elles concernent des personnes démunies ou fragiles.

Est-il possible de s'entendre sur le concept de déserts médicaux ? A partir de quelles données objectives peut-on parler de désert médical ? Il est possible de déterminer les territoires où les déséquilibres entre besoins et offres médicales sont flagrants. Il est envisageable d'évaluer les dotations en personnels de santé des différentes zones qui constituent des territoires de santé. Encore faut-il qu'en amont tous les acteurs et les partenaires, dont les usagers, se soient exprimés et rejoints sur les normes et les ratios. Qu'est-ce qui est souhaitable, possible, raisonnable ? Un tel sujet devrait mobiliser les forces au service de la démocratie en santé.

Est-il possible d'objectiver le débat sur l'accès aux soins ? La DREES propose une piste : caractériser tous les territoires en relevant tous les obstacles qui leur sont rattachés. C'est certainement une première étape indispensable. Cette démarche doit s'accompagner d'un jugement normatif sur le poids gradué des difficultés rencontrées, en déterminant celles qui sont légitimes et celles qui ne sont ni légitimes, ni justifiées.

1.1 La répartition territoriale des professionnels de santé, un problème complexe

Il est regrettable que la problématique de l'accès aux soins se soit limitée aux seuls aspects géographiques de densité des professionnels de santé sur les territoires et aux seules considérations économiques sur le poids des restes à charge et dépassements d'honoraires.

Bien entendu, la présence physique des professionnels de santé est une condition nécessaire et une dimension déterminante. Comme il est patent que les restes à charge sont des freins dans l'accès au système de santé. Mais la thématique n'est pas pour autant épuisée. En effet, les patients interrogés par les agences régionales de santé ou les unions régionales des professionnels de santé mentionnent que la distance n'est pas un obstacle à l'accès aux soins.

Il est donc nécessaire, si on veut mieux comprendre l'équilibre entre les besoins de santé et l'offre en santé, au niveau des territoires, d'appréhender globalement l'ajustement local entre l'offre et la demande. La densité médicale est importante, mais aussi les délais d'attente, difficilement mesurables de façon rigoureuse et fiable, à un échelon géographique fin. Il est donc important d'analyser les comportements de recours et les pratiques de mobilité des patients qui, face aux difficultés rencontrées, élaborent des stratégies de déplacements en fonction de leurs capacités financières et des aides sociales et familiales qu'ils peuvent mobiliser.

Le travail de la DREES a le mérite de souligner la complexité des situations. Pour une même situation locale, l'accès aux soins n'est pas homogène à travers la population. Il existe des variations individuelles entre les usagers. Mais est-il possible, dès lors qu'on veut régler la tension locale entre l'offre et la demande de soins, sous l'effet d'un manque de professionnels de santé, de prendre en compte cette dimension ?

1.2 Le "désert médical", une appellation imprécise

Là encore, la DREES insiste sur le fait que l'appellation de "désert médical"⁵ ne repose sur aucune définition, même si les médias l'ont largement utilisée et instillée dans l'opinion publique. Cette métaphore saisissante est contestable. Cependant, elle pose des questions que le débat public ne peut ignorer.

Trois types de "déserts médicaux" se dessineraient, essentiellement par l'impossibilité du patient d'exercer son droit d'accès au système de soins :

- Le premier type de "désert médical" consisterait-il en l'impossibilité pour le patient de recourir à un généraliste, de joindre les médecins spécialistes, les services hospitaliers, d'être très éloigné des urgences, n'avoir aucune pharmacie à proximité ?
- Le deuxième type de "désert médical" consisterait-il en l'incapacité de pouvoir accéder à plusieurs professions de santé consultées régulièrement, comme les chirurgiens-dentistes, gynécologues, ophtalmologues, pédiatres, infirmiers, masseurs-kinésithérapeutes par exemple ?
- Enfin, le troisième type de "désert médical", lourd d'impacts pour les malades chroniques, serait-il le fait d'être écarté des services de cardiologie, de rhumatologie, de pneumologie, de diabétologie, de cancérologie, de neurologie, etc. ?

On voit bien que l'expression de "désert médical" est loin de rendre compte des difficultés rencontrées dans les différents types de recours et face à la diversité des situations de vie ou de parcours de santé. Il est nécessaire d'être clair sur les notions d'accès aux soins médicaux, de tracer les ruptures existantes entre les territoires, de décrire les gradations dans les difficultés, de désigner et caractériser les seuils. Il semble que le travail effectué sur l'indicateur d'accessibilité potentielle localisée éclaire mieux le débat. Permettra-t-il de dégager un consensus entre les usagers et les décideurs de l'aménagement territorial en santé ?

2. Une nouvelle approche avec des outils plus perfectionnés : l'indicateur d'accessibilité potentielle localisée (APL) aux médecins généralistes⁶

L'indicateur d'Accessibilité Potentielle Localisée (APL), qui existe depuis mars 2012, est un outil qui permet de quantifier, et donc mesurer, la possibilité des habitants français d'accéder aux soins des médecins généralistes libéraux.

L'APL est donc un indicateur local, disponible au niveau de chaque commune, qui tient compte de l'offre et de la demande issue des communes environnantes. Calculé à l'échelle communale, l'APL met en évidence des disparités d'offre de soins qu'un indicateur usuel de densité, calculé sur des mailles beaucoup plus larges (bassins de vie, départements...), aura tendance à masquer.

L'APL tient également compte du niveau d'activité des professionnels en exercice, ainsi que de la structure par âge de la population de chaque commune, qui influence les besoins de soins. Ainsi, la demande de soins de médecins généralistes est différenciée par classe d'âge, d'après l'observation des « consommations » en soins par tranche d'âge disponibles dans les bases de l'assurance-maladie. Quant aux seuils de distance, ils sont estimés à partir des taux de fréquentation des médecins généralistes

⁵ Voir aussi le rapport du CESE de décembre 2017 <http://www.lecese.fr/travaux-du-cese/travaux-publies>

⁶ <http://www.observatoire-des-territoires.gouv.fr/observatoire-des-territoires/fr/accessibilite-potentielle-localisee-apl-aux-medecins-generalistes>

observés dans ces mêmes bases. L'activité de chaque médecin généraliste est convertie en "équivalents temps plein" (ETP), calculés en fonction du nombre d'actes (consultations et visites).

Sur la base d'une méthodologie tout à fait similaire, l'APL a été également calculé pour les autres professions de santé de premier recours : infirmiers, masseurs-kinésithérapeutes, chirurgiens-dentistes, gynécologues, ophtalmologues, pédiatres, psychiatres, sages-femmes. Il a également été implémenté pour les pharmacies, sans tenir compte du niveau d'activité dans le calcul.

2.1 L'APL, un indicateur synthétique plus performant

L'indicateur d'accessibilité aux soins, l'APL (accessibilité potentielle localisée) est incontestablement plus fin et plus opérant que les indicateurs traditionnels de densité médicale par bassin de vie ou de temps d'accès au professionnel le plus proche. Il conjugue à la fois la proximité et la disponibilité des médecins, ainsi que l'estimation de l'activité des médecins et les besoins en fonction de l'âge de la population locale. Plusieurs ARS ont utilisé cet indicateur, développé en 2012.

2.2 L'APL, quel paramétrage pour cet indicateur ?

Médecins pris en compte

Dans le paramétrage du calcul de l'APL, on retiendra que l'assurance maladie a fourni le nombre d'actes relatifs à l'activité des médecins généralistes libéraux. Les consultations effectuées dans les centres de santé ont été également comptabilisées. 1 700 médecins généralistes, dont l'activité correspond à environ 1,2 % de l'activité totale de médecine générale. L'offre de consultations externes de médecine générale proposée par les hôpitaux n'est pas prise en compte dans cette version de l'indicateur. L'indicateur a retenu les médecins ayant, en 2015, effectué au moins 250 actes. Les médecins sont pris en compte quel que soit leur âge.

Activité des médecins

Le paramétrage de l'APL prend en compte l'activité réelle de chaque praticien, à savoir le nombre de consultations et visites réalisées sur une année. Le nombre d'actes est plafonné dans le calcul de l'APL à 6 000 actes par an. En effet, dans certaines zones peu dotées, des médecins compensent la faiblesse de l'offre en effectuant un grand nombre d'actes. Tenir compte de tous les actes aurait conduit à amoindrir les mesures de difficultés d'accès.

A contrario, un nombre minimal d'actes a été fixé à 3 600 actes pour les cabinets médicaux où l'activité est inférieure à ce niveau afin de ne pas décrire comme fragile des territoires qui ne le sont pas.

Pour les cabinets ouverts dans l'année 2015, l'APL a retenu une équivalence d'actes correspondant à un temps plein, soit 5 400 actes dans l'année, soit une consultation toutes les 20 minutes, 8 heures par jour, 5 jours par semaine et 45 semaines par an. Ainsi, 2 629 cas ont été traités de la sorte.

Seuils de distance

Des règles ont été retenues pour déterminer ce qui peut paraître acceptable en termes de temps pour rejoindre un médecin. 20 minutes est le temps maximal. Entre 0 et 10 minutes de voiture, la distance n'a pas d'impact sur l'accessibilité. En revanche, avoir 3 consultations accessibles à 15 minutes de chez soi est considéré comme équivalent à avoir 2 consultations dans sa commune de résidence. De même, avoir 3 consultations accessibles à 20 minutes est équivalent au fait d'avoir 1 consultation accessible dans sa commune de résidence.

Prise en compte de la demande de soins

L'âge étant un facteur déterminant au niveau du recours à un médecin généraliste, chaque personne est affectée d'un poids qui dépend de la consommation moyenne observée de sa tranche d'âge. Environ 1 pour les 50-54 ans, 0,74 pour les 25-29 ans et 1,9 pour les 75-79 ans...

Ainsi, un assuré de la tranche d'âge 50-54 ans présente une consommation de soins en médecine générale proche de la consommation moyenne par habitant (tous âges confondus). De façon similaire, une pondération proche de 2 traduit le fait que les assurés de 75 à 79 ans consomment en moyenne deux fois plus de soins de médecine générale qu'un assuré moyen. L'APL ne tient compte, ni des différences d'état de santé de la population, au-delà de la structure d'âge, ni de ses différences de niveau socio-économique. L'impact de la prise en compte du nombre de bénéficiaires de la couverture maladie universelle complémentaire (CMU-C) reste limité.

2.3 L'APL permet d'identifier et de caractériser les communes sous-denses

Plus de 8% de la population française vit dans une commune sous-dense, soit plus de 5 millions d'usagers

Seuil	Nombre de communes dont l'APL est inférieure au seuil	Population vivant dans une commune dont l'APL est inférieure au seuil	Part de la population vivant dans une commune dont l'APL est inférieure au seuil	Part d'accessibilité due aux centres de santé
APL < 1 consultation / an / hab.	1 182	267 694	0,4 %	0,9 %
APL < 2 consultations / an / hab.	4 682	1 890 633	2,9 %	0,9 %
APL < 2,5 consultations / an / hab.	8 919	5 291 458	8,1 %	1,4 %
APL < 3 consultations / an / hab.	15 001	12 061 120	18,4 %	1,3 %

Champ > Professionnels de santé libéraux (y compris certains MEP) et médecins exerçant en centres de santé, France entière, hors Mayotte.
Sources > SNIIR-AM 2015, CNAM-TS ; populations municipales 2013, INSEE.

Le paramétrage de l'APL, au niveau de la France entière, permet de constater que l'accessibilité moyenne aux médecins généralistes libéraux est de 4,11 consultations accessibles par habitant standardisé et par an (C/hab/an) en 2015.

L'indicateur APL reflète ainsi une accessibilité inégalement répartie : le quart de la population ne dispose que de 3,22 C/hab/an, tandis qu'un autre quart bénéficie de 4,90 C/hab/an. Le quart des habitants les mieux dotés a donc une accessibilité 1,5 fois meilleure que le quart des habitants les moins bien dotés.

Quatre seuils d'accessibilité peuvent être retenus pour caractériser une commune comme "sous-dense", en arrêtant le seuil de l'APL à 1 consultation par an et par habitant, à 2, 2,5 et enfin à 3.

Si l'on retient comme hypothèse le seuil le plus exigeant, soit la possibilité d'accéder à 3 consultations/an/habitant, c'est 18,4 % de la population qui réside alors dans une commune qualifiée de sous-dense en 2015. C'est plus de 12 millions d'habitants et plus de 15 000 communes concernées.

Si l'on arrête un seuil moins exigeant, soit 2,5 consultations/an/habitant, c'est 8,1 % de la population qui est concernée, soit plus de 5,3 millions d'habitants et plus de 8 919 communes concernées.

Si l'on retient l'hypothèse du seuil le moins exigeant, soit 2 consultations/an/habitant, c'est 2,9 % de la population qui est concernée, soit 1,9 million de personnes et 4 682 communes concernées.

Le nouvel indicateur APL est celui du seuil de 2,5 consultations par an et par habitant, ce qui positionne plus de 5 millions de personnes et 8 819 communes en zone sous-dense.

Répartition régionale des communes sous-denses en 2015

Région	Communes sous-denses au seuil de 2,5 consultations par an et par habitant		
	Population vivant dans une commune dont l'APL est inférieure au seuil	Part de la population régionale vivant dans une commune dont l'APL est inférieure au seuil	Part de la population vivant dans une commune dont l'APL est inférieure au seuil et résidant dans la région
Guadeloupe	76 867	19,1 %	1,5 %
Martinique	94 881	24,6 %	1,8 %
Guyane	70 219	28,8 %	1,3 %
La Réunion	7 226	0,9 %	0,1 %
Île-de-France	1 188 170	9,9 %	22,5 %
Centre-Val-de-Loire	423 304	16,5 %	8,0 %
Bourgogne-Franche-Comté	356 216	12,6 %	6,7 %
Normandie	251 437	7,6 %	4,8 %
Hauts-de-France	203 097	3,4 %	3,8 %
Grand-Est	434 280	7,8 %	8,2 %
Pays-de-la-Loire	283 438	7,7 %	5,4 %
Bretagne	166 862	5,1 %	3,2 %
Nouvelle-Aquitaine	348 532	6,0 %	6,6 %
Occitanie	311 915	5,5 %	5,9 %
Auvergne-Rhône-Alpes	864 754	11,1 %	16,3 %
Provence-Alpes-Côte-d'Azur	161 459	3,3 %	3,1 %
Corse	48 801	15,2 %	0,9 %
Ensemble	5 291 458	8,1 %	-

Sources > SNIIR-AM 2015, CNAM-TS ; populations municipales 2013, INSEE.

Le nouvel indicateur APL, arrêté au seuil de 2,5 consultations par an et par habitant, permet de dessiner la carte des communes sous-denses. Elles ne sont pas réparties équitablement sur le territoire, mais, quel que soit le seuil retenu, les régions les plus touchées sont les mêmes : Antilles-Guyane, Corse, Centre-Val-de-Loire, Auvergne-Rhône-Alpes, Bourgogne-Franche Comté et Île-de-France. La région Île-de-France étant particulièrement peuplée, c'est un cinquième des habitants des communes sous-denses qui résident dans cette région.

La région Auvergne-Rhône-Alpes, au 11ème rang, pas très bien classée

La moyenne nationale de la population régionale vivant dans une commune où l'APL est inférieur au seuil de 2,5 consultations par an et par habitant est de 8,1 %.

La région Auvergne-Rhône-Alpes enregistre 864 754 personnes qui vivent dans une commune "sous-dense" au seuil de 2,5 consultations par an et par habitant, ce qui représente 11,1 % de la population de la région, soit 3 points de plus que la moyenne pour la France entière. C'est ainsi 16,3 % de la population nationale vivant sous ce seuil qui réside en région Auvergne-Rhône-Alpes.

Le score de la région Auvergne-Rhône-Alpes n'est pas bon. Il est en 11ème position, après la Réunion (0,9 %), Provence-Alpes-Côte d'azur (3,4 %), les Hauts de France (3,4 %), la Bretagne (5,1 %), l'Occitanie (5,5 %), la Nouvelle-Aquitaine (6 %), la Normandie (7,6 %), les Pays de Loire (7,7 %), le Grand-Est (7,8 %) et l'Île de France (9,9 %).

Quelles évolutions sur la période 2012-2015 ?

Entre 2012 et 2015, on observe une certaine stabilité, tant au niveau de la situation des médecins généralistes libéraux qui constituent l'offre de soins, qu'au niveau de la population des communes classées sous-denses en 2015.

En revanche, la population qui réside dans une commune sous-dense a augmenté entre 2012 et 2015 : au seuil de 2,5 consultations, elle est ainsi passée de 7,8 % à 8,6 %.

On note également, sur cette période, que l'accessibilité moyenne des communes classées sous-denses en 2012 est globalement restée stable. Donc pas d'aggravation globale des situations les moins favorables, peut-être due en partie aux mesures existantes d'incitations à l'installation.

En 2012 comme en 2015, la part d'accessibilité due à des médecins âgés de 60 ans ou plus est plus importante de deux points environ dans les communes sous-denses que sur l'ensemble du territoire. L'âge moyen des praticiens dans les communes sous-denses en 2015 est de 54,7 ans contre 53,4 ans sur l'ensemble du territoire. Dans les années à venir, les communes sous-denses sont donc susceptibles de connaître davantage de départs de médecins généralistes que les autres zones, occasionnant alors un facteur certain de fragilisation de ces territoires.

2.4 L'APL, une première étape pour mieux prendre en compte les zones fragiles

Une nouvelle carte géographique des zones fragiles découlera de l'application de l'article L 1434-4 du code de la santé publique. Ces territoires retenus comme zones fragiles bénéficieront des aides fléchées, notamment les aides conventionnelles ou celles du Pacte Territoire Santé, qui visent à résorber les inégalités d'accessibilité spatiale aux médecins généralistes.

La maille géographique retenue pour construire le zonage est un territoire de vie, un agrégat de communes, et non la commune. Ceci laisse aux Agences régionales de santé (ARS) des marges de choix pour la sélection des territoires fragiles, en fonction des dynamiques existantes.

La commune n'est pas l'échelon le plus pertinent pour la mise en œuvre des politiques publiques. Les territoires retenus doivent présenter une taille critique, offrant au médecin une patientèle suffisante et permettant la pratique en exercice coordonné. Le médecin doit avoir une latitude assez large dans le choix de la commune d'installation, lui permettant d'y trouver suffisamment de services (écoles, emploi pour le conjoint, autres professionnels de santé...) afin de concilier vie personnelle et vie professionnelle.

La taille minimale d'un territoire, selon la DREES⁷, si on prend l'hypothèse de l'installation de deux médecins, se situe entre 3 600 et 5 400 habitants, en tablant sur le fait que l'installation d'un médecin dans une commune donnée bénéficie aux habitants d'un territoire plus large que celui de la seule commune d'implantation.

⁷ L'exercice ambulatoire des professionnels de santé, in Portrait des professionnels de santé – édition 2016, DREES, 2016, Juillet).

2.5 Eviter à tout prix la "fracture sanitaire"

Pour l'association de consommateurs UFC-Que choisir⁸, la fracture sanitaire s'aggrave en France et le président de cette association, Alain Bazot, alerte l'opinion publique en ces termes : "Nous sommes face à une aggravation de la fracture sanitaire. Un électrochoc s'impose ! Il est temps que ce débat soit pris à bras-le-corps par les pouvoirs publics !". 14,6 millions de Français, soit 23 % de la population aurait de réelles difficultés pour consulter un médecin généraliste à moins de 30 minutes de sa commune. De plus, 5 % d'entre eux, soit 3,2 millions de personnes, vivent dans un désert médical où la densité de praticiens est inférieure de 60 % à la moyenne nationale.

Un tiers des patients peine à trouver un pédiatre près de chez eux, tout comme un gynécologue (30 %) ou un ophtalmologiste (28 %). "Quelle que soit la spécialité, le recul de la présence des médecins sur le territoire est généralisé, et aucune région n'est épargnée", constate l'association.

Pour l'UFC-Que choisir, "Les mesures incitatives pour encourager les médecins à s'installer dans les territoires sous-dotés n'ont rien changé aux problèmes d'accès aux soins". L'association regrette "le saupoudrage incitatif", les aides accordées aux médecins, tant "l'option démographie" que les subventions octroyées aux jeunes praticiens nouvellement installés.

3. Une nouvelle politique de santé doit impérativement être engagée

La nouvelle ministre de la Santé, hématologue, professeure des universités, Agnès Buzyn, ex-présidente de la Haute Autorité de santé (HAS), interrogée sur les déserts médicaux, n'a pas manqué de déclarer que la désertification médicale causait "un désarroi absolu dans la population" et qu'il constituait sa grande priorité, ponctuant son propos de diverses propositions, comme "une enveloppe contre les déserts", spécifique et fléchée, ainsi que la création de médecins détachés.

Dans la lignée de ces prédécesseurs, elle est hostile à toute mesure coercitive qui érigerait un schéma opposable d'installation des médecins, affirmant qu'il est préférable et possible "d'attirer les médecins avec des mesures fiscales avantageuses, d'encourager les regroupements de médecins en aidant à la création de maisons de santé pluri professionnelles, dont le président de la république veut doubler le nombre pendant le prochain quinquennat pour parvenir au chiffre de 2 000 structures".

Le Pr. Buzyn souhaite encore développer la télémédecine, notamment en psychiatrie et dermatologie, avec des expérimentations dans les prochains mois. Comme elle envisage d'instaurer des consultations détachées effectuées par des praticiens hospitaliers et des médecins libéraux en zones sous-dotées.

Une panoplie de mesures incitatives existe comme diverses mesures d'ordre conventionnel qu'il convient, à ce stade de rappeler :

- **le contrat de solidarité territoriale (CSTM)** envisage, pour les médecins n'exerçant pas dans une zone sous-médicalisée, mais prêtant toutefois main-forte pendant au moins 10 jours à leurs confrères exerçant en zone fragile, de leur accorder un bonus correspondant à 10 % des honoraires totaux (hors dépassements et forfaits), dans la limite de 20 000 euros, les frais de déplacements étant également pris en charge.
- **le contrat d'aide à l'installation (CAIM)** de 50 000 €, versés en deux fois, qui vise à accompagner financièrement le praticien installé pour cinq ans dans un secteur fragile et s'engageant à pratiquer des tarifs opposables. Une majoration de 2 500 € est prévue si le praticien réalise une partie de son activité libérale au sein d'un hôpital de proximité.

⁸ Etude UFC Que choisir - 29 juin 2016

- **le contrat de transition (COTRAM)**, qui prévoit d'accorder un bonus de 10 % sur les honoraires des médecins en fin d'activité, installés dans les zones déficitaires, s'engageant à accompagner dans toutes ses démarches un confrère de moins de 50 ans installé depuis moins d'un an dans la zone pour une durée de trois ans (renouvelable).
- **le contrat de stabilisation/coordination (COSCOM)** qui envisage de verser une rémunération forfaitaire de 5 000 € par an, aux médecins déjà installés dans les zones sous-denses et qui s'inscrivent dans une démarche de prise en charge coordonnée des patients sur un territoire (exercice groupé, équipe de soins primaires ou communauté professionnelle territoriale de santé). Un bonus de 1 250 € par an est prévu si le praticien a réalisé une partie de son activité libérale au sein d'un hôpital de proximité. Une rémunération complémentaire de 300 € par mois est prévue pour l'accueil d'un stagiaire à temps plein (calculée au prorata en cas de temps partiel).
- **les contrats d'engagement de service public (CESP)**, les bourses versées aux étudiants qui s'engagent à s'installer dans une zone sous-dense, ou encore le dispositif du praticien territorial de médecine générale (PTMG), qui garantit à mille jeunes un revenu mensuel brut de 6 900 euros.

En conclusion, sauf à prendre des mesures nouvelles, la situation s'aggraverait

Les modèles de projection, concernant la démographie médicale, des généralistes et des spécialistes, aboutissent à la fois à une diminution des effectifs libéraux dans les prochaines années et à une hausse du nombre de médecins salariés. Inmanquablement, il faut s'attendre à un accroissement des inégalités territoriales d'accès aux soins de premier recours, auquel les mutations de l'exercice médical (exercice de groupe, exercice remplaçant prolongé) portées par les jeunes générations de médecins pourraient également contribuer.

Si l'on veut aboutir à une définition partagée de la notion de désertification médicale, il faut considérer l'accès à l'ensemble du système de santé. Ce travail a été déjà mené pour les médecins généralistes, les pharmacies et les services d'urgence. Il doit se poursuivre et se prolonger vers d'autres acteurs de soins, les infirmières, les kinésithérapeutes, les auxiliaires de vie, etc. L'analyse exige de définir une perspective multidimensionnelle en précisant quels sont les recours à retenir. Le médecin généraliste est un premier contact, certainement spécifique, mais il existe d'autres types de recours que celui lié à un environnement médical et paramédical quotidien, le second recours en liaison avec des problèmes aigus ou chroniques.

Le débat public gagnera en crédibilité à se construire sur la mesure la plus juste des constats effectués et sur des définitions de termes admises par tous. Face aux enjeux éthiques que représente l'accès aux soins, au droit qu'il incarne, à l'égalité de traitement et à l'égalité des chances, il paraît fondamental de progresser dans la connaissance de cette problématique, pour une organisation plus juste de la santé de toute la population.

Quelques chiffres concernant l'accès au médecin, à la pharmacie et aux soins urgents

La part de la population vivant dans une commune où l'APL est inférieure au seuil est en moyenne de 8,1 %, soit 5 291 458 personnes.

En région Auvergne-Rhône-Alpes, 864 754 personnes vivent dans une commune "sous-dense" au seuil de 2,5 consultations par an et par habitant, ce qui représente 11,1 % de la population de la région, soit 3 points de plus que la moyenne pour la France entière).

Plus de 1 million de personnes sont à plus de 30 minutes d'un accès aux soins urgents, en tenant compte de l'ensemble des modalités d'accès actuelles que sont les service d'urgences (SU), les services mobiles d'urgence et de réanimation (SMUR), les médecins correspondants du SAMU (MCS), les moyens hélicoptés (HéliSMUR et les hélicoptères de la Sécurité civile).

Pour la région Auvergne-Rhône-Alpes, c'est 1,9 % de la population, soit 147 394 personnes.

Si 4 personnes sur 5 ont accès à une pharmacie dans leur commune de résidence, 2,5 % de la population, soit environ 1,6 million de personnes, sont à plus de 10 minutes en voiture de la pharmacie la plus proche.

Pour la région Auvergne-Rhône-Alpes, 3,6 % de la population est ainsi à plus de dix minutes de la pharmacie la plus proche, soit 280 859 personnes.

Recommandations

ARS

- Inscrire l'accès aux soins de premier recours en tant que priorité du Projet Régional de Santé 2018-2028.
- Effectuer une analyse prospective des besoins de la population, de l'évolution de la démographie des professionnels de premier recours dans l'ensemble des territoires et en rendre compte annuellement en assemblée plénière de la CRSA.

Ministère

- Enrichir l'APL de données socio-économiques et épidémiologiques (ALD, CMUC, etc ...), et l'étendre aux pharmacies, aux services d'urgence et aux spécialistes, comme les gynécologues, les ophtalmologues, etc ...

II. Le respect des droits en santé des personnes détenues

La prise en charge médicale des détenus⁹ qui impose une coordination étroite de l'hôpital, de l'administration pénitentiaire, des forces de l'ordre et l'adhésion de la personne détenue, revêt une grande complexité. Concrètement, la mise en œuvre des droits en santé des détenus nécessite de concilier la dimension sanitaire et la mission de surveillance/sécurité.

[L'article 3 [de la Convention européenne des droits de l'homme, qui interdit les traitements inhumains ou dégradants,] impose à l'État de s'assurer que tout prisonnier est détenu dans des conditions qui sont compatibles avec le respect de la dignité humaine, que les modalités d'exécution de la mesure ne soumettent pas l'intéressé à une détresse ou à une épreuve d'une intensité qui excède le niveau inévitable de souffrance inhérent à la détention et que, eu égard aux exigences pratiques de l'emprisonnement, la santé et le bien-être du prisonnier sont assurés de manière adéquate, notamment par l'administration des soins médicaux requis (...)]»

La loi du 18 janvier 1994 relative à la santé publique et à la protection sociale a rattaché les services de soins en prison, jusque-là dépendants de l'Administration pénitentiaire, aux établissements hospitaliers. Elle affirme la capacité et le droit d'accès aux soins des personnes incarcérées.

Les soins sont dispensés, soit au sein des unités sanitaires ou des services médico-psychologiques régionaux (SMPR) à l'intérieur de la prison, soit directement dans les services de l'hôpital, soit au sein d'unités hospitalières sécurisées interrégionales (UHSI) ou spécialement aménagées (UHSA, pour les hospitalisations en psychiatrie) situées dans l'enceinte de l'hôpital mais sécurisées par l'administration pénitentiaire.

Cette loi prévoit aussi l'affiliation des personnes détenues au régime général de la Sécurité sociale dès leur incarcération. L'accès aux droits sociaux permet une prise en charge efficace des soins des personnes détenues ou sortant de détention.

L'organisation pénitentiaire repose sur la distinction entre les maisons d'arrêt et les "établissements pour peine". Ces différentes prisons ne prennent pas en charge les détenus de la même manière.

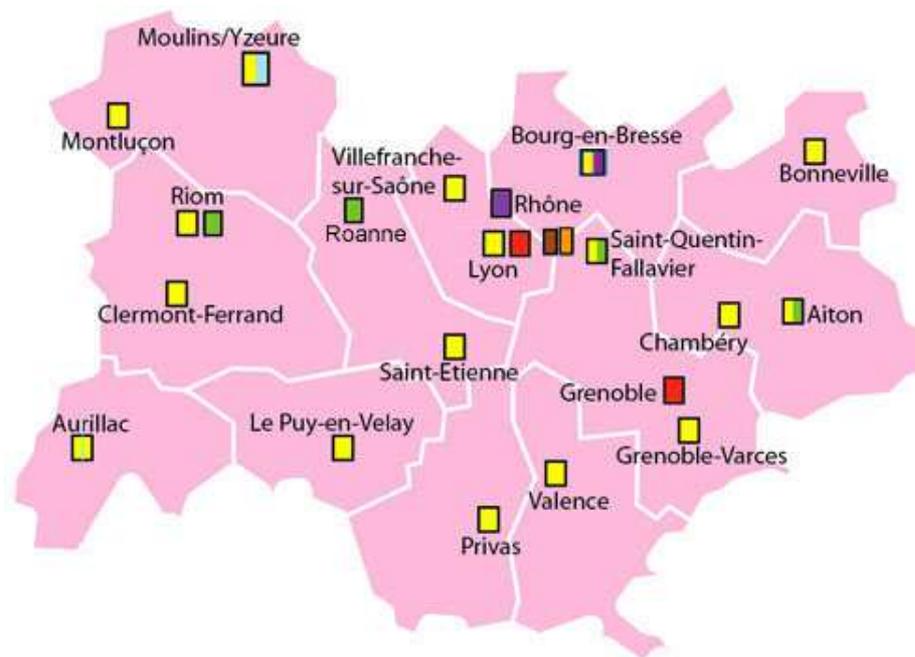
Au sein des maisons d'arrêt séjournent des prévenus (personnes en attente de jugement), ainsi que des personnes condamnées définitivement et dont les peines (ou reliquat de peine) restant à purger sont inférieures à deux ans. C'est dans ces établissements que l'on constate une surpopulation importante, génératrice de pathologies liées à l'inconfort et à la proximité.

L'appellation « établissement pour peine » regroupe différents types de prisons dont les centres pénitentiaires, les centres de détentions, les maisons centrales, ou les établissements pénitentiaires pour mineurs.

La région Auvergne-Rhône-Alpes compte 18 prisons rattachées à 26 établissements de santé, (18 en Rhône-Alpes et 8 en Auvergne).

⁹ consulter le guide méthodologique relatif à la prise en charge sanitaire des personnes placées sous main de justice* et visiter le site de l'observatoire international des prisons** (OIP) qui tient à la disposition des personnes détenues des ouvrages d'accès aux droits tels que le [Guide du prisonnier](#) ou le [Guide du sortant de prison](#).

* http://www.justice.gouv.fr/art_pix/Guide_Methodologique__Personnes_detenues_2012.pdf



Les membres de la CSDU analysent depuis déjà plusieurs années les données relatives aux droits en santé des personnes détenues. En 2013, uniquement sous l'angle de l'accès au dossier médical pour répondre au cahier des charges relatif à l'élaboration du rapport annuel de la CRSA, puis, rapidement la CSDU a souhaité élargir sa connaissance sur des sujets plus vastes tels que : le respect de la dignité de la personne et de ses droits, la prévention, le respect du secret médical, les difficultés d'accès aux soins et notamment, les conditions d'extractions des détenus pour accéder à des visites de spécialistes. Pour compléter son analyse et s'assurer que les personnes placées sous-main de justice bénéficient d'une qualité des soins identique à celle de la population générale, la commission a souhaité auditionner plusieurs intervenants afin d'examiner le thème selon différents points de vue.

1. Le point de vue de l'ARS : Dr YNESTA Sylvie, médecin conseiller "psychiatrie et santé mentale- santé des détenus" Direction de l'offre de soins ARS ARA

Après un bref rappel historique concernant l'évolution de la prise en charge de la santé des détenus¹⁰, le docteur YNESTA indique qu'il s'agit d'un thème transversal qui ne relève pas seulement du domaine de la

¹⁰ La loi de 1994 a confié aux hôpitaux, les missions de prévention et de soins des personnes détenues.

Loi pénitentiaire de 2009 réaffirme la prise en charge sanitaire des personnes détenues dans des conditions équivalentes à celles dont bénéficie l'ensemble de la population.

La loi HPST de 2009 précise que les ARS définissent et régulent l'offre de soins en milieu pénitentiaire.

et autres documents relatifs à la santé des personnes placées sous main de justice : plans nationaux, plans d'actions stratégiques guide méthodologique,

psychiatrie mais aussi des autres domaines de la santé (maladies chroniques, maladies transmissibles, addiction, suicides, santé bucco-dentaire...). En effet, les personnes incarcérées présentent un état de santé dégradé en comparaison de la population générale que les conditions de détention risquent encore de détériorer.

1.1 Les actions engagées par l'ARS

En 2011, l'ARS a désigné une personne référente "détenus" qui a organisé des "visites de courtoisie" dans la majorité des prisons, lesquelles ont permis d'échanger autour des pratiques professionnelles.

L'ARS Rhône-Alpes a développé un volet « santé des personnes détenues » dans le volet psychiatrie du Schéma Régional de l'Offre de Soins (SROS).

Après avoir fait l'état des lieux de la situation à partir de sources de données variées, l'ARS a élaboré un plan d'actions visant à :

- améliorer l'accès aux soins des détenus
- renforcer la qualité des soins destinés aux personnes détenues
- développer des programmes de promotion et d'éducation pour la santé
- mettre en œuvre une politique de formation et soutenir les professionnels de santé

La mise en place des actions a permis des avancées tant au niveau de la coordination des acteurs, que de la prévention des risques et le suivi sanitaire des détenus, y compris par le développement récent de la télé-médecine.

Toutefois, des difficultés pour l'accès aux soins subsistent et deviennent de plus en plus prégnantes en raison des problèmes de sous-effectif de l'administration pénitentiaire et de l'état d'urgence qui mobilise les forces de l'ordre. La quasi-totalité des établissements de la Direction interrégionale des services pénitentiaires (DISP) a dû mettre en place une organisation de service en mode dégradé.

2016, année du regroupement des régions Auvergne Rhône-Alpes, a été consacrée à l'établissement de l'état des lieux de la situation carcérale en Auvergne - en retrait par rapport à Rhône-Alpes - et à l'élaboration des premières orientations du volet détenu du projet régional de santé 2ème génération. Afin de montrer tout l'intérêt porté à cette population au regard des moyens financiers accordés, il est envisagé que la partie "détenus" fasse l'objet d'un développement autonome et ne soit pas intégré à la partie consacrée à la psychiatrie.

1.2 Des difficultés qui perdurent

En prison, il n'y a pas de libre choix du médecin traitant et l'accès aux spécialistes n'est pas toujours réalisé en raison de l'insuffisance de personnel accompagnant. De nombreux détenus renoncent à des soins vitaux dans la mesure où certaines extractions s'accompagnent d'excès de contraintes de sécurité. Par ailleurs, les mauvaises conditions de logement ont un impact négatif sur l'état de santé des détenus.

Dans ses précédents rapports, la CRSA avait pointé des problèmes relatifs :

- au respect de l'intimité et la dignité de la personne, notamment lors des « extractions » pour bénéficier de consultations spécialisées à l'extérieur du lieu de détention
- à la continuité des soins à la sortie de la détention du fait de la non anticipation de la décision de remise en liberté par le juge

Ces difficultés semblent toujours exister, même si l'ARS joue le rôle qui lui a été dévolu.

2. Le point de vue d'une directrice du centre pénitentiaire

Dans son précédent rapport, la CRSA avait valorisé le programme expérimental porté par la Fédération des Associations Réflexion Action Prison Et Justice (FARAPEJ) « soignants, surveillants détenus » au centre pénitentiaire de Nantes. Dans le prolongement de ses échanges avec cette fédération et afin de

compléter son information, la CRSA a invité cette année, Madame VERNIERE, directrice du centre pénitentiaire de Caen et des représentants de l'association "Médecins du monde" intervenant en milieu carcéral à Nantes.

Le centre pénitentiaire accueille uniquement des hommes condamnés à des peines définitives, en majorité des auteurs d'infractions à caractère sexuel (AICS). Le centre pénitentiaire regroupe un centre de détention de 491 places théoriques, un service médico-psychologique régional (SMPR de 6 places d'hospitalisation de jour) et un quartier de semi-liberté (QSL) de cinquante places.

Actuellement il accueille 380 détenus, dont en moyenne 150 exercent une activité professionnelle dans des ateliers de câblage, de soudure, d'usinage, etc. ce qui contribue à la prévention de la récidive.

La prison a investi dans la construction de cellules pour les Personnes à Mobilité Réduite (PMR) qui comportent des lits et des toilettes adaptées aux personnes handicapées.

2.1 L'organisation au sein de la prison de Caen

Tous les arrivants ont une consultation de médecine générale et bénéficient d'un bilan sanitaire. Des consultations de spécialités telles l'addictologie, l'ophtalmologie, la dermatologie, l'hépatologie, l'infectiologie peuvent être programmées à l'issue d'une consultation de médecine générale. Un praticien en odontologie intervient plusieurs demi-journées par semaine au centre pénitentiaire.

Les actions d'éducation à la sante sont assurées conjointement par des intervenants extérieurs et les infirmières de l'UCSA. Pour la directrice du centre, les détenus bénéficient de soins de qualité dans des délais raisonnables.

2.2 Le rôle de la commission pluridisciplinaire unique (CPU)¹¹

Le dialogue pluridisciplinaire entre les différents professionnels intervenant au sein des établissements pénitentiaires conditionne l'efficacité des actions menées auprès des personnes détenues. Forte de cette conviction, l'administration pénitentiaire a encouragé la création de la CPU.

A Caen, cette commission hebdomadaire, est l'occasion d'échanges entre les équipes pluridisciplinaires permettant de favoriser une collaboration entre les différents services. Elle aborde la prévention de l'acte suicidaire, l'indigence, les classements et déclassés au travail et en formation professionnelle, le parcours d'exécution de peine. Elle permet un regard croisé qui contribue à considérer le détenu dans sa globalité. Vers plus d'humanité !

À noter toutefois, qu'il est difficile de mobiliser les médecins et/ou personnels soignants qui n'assistent qu'à la commission pluridisciplinaire unique traitant de la prévention suicide.

2.3 Les problèmes qui subsistent

- La détérioration de l'état de santé du fait du vieillissement de la population accueillie (longues peines). Certains détenus sont âgés de plus de 70 ans.
- Les relations entre les soignants et les patients détenus.
- Le respect du secret médical. Quelles sont les données qui peuvent être partagées entre les professionnels de santé et les autres professionnels ?
- La suspension de peine réalisée sans un accompagnement médical adapté. Les bilans médicaux de sortie sont encore rares.
- La complexité des démarches administratives, notamment pour bénéficier de la Couverture Maladie Universelle (CMU).

3. Le point de vue de l'association "Médecins Du Monde" intervenant en milieu carcéral à Nantes

¹¹ Décret 2010-1635 du 23 décembre 2010)

En janvier 2015, un programme expérimental « Soignants, Surveillants et Détenus, ensemble pour améliorer la santé » a été initié au centre de détention pour hommes et à la maison d'arrêt des femmes du centre pénitentiaire de Nantes.

Associant Médecins du Monde, l'Administration Pénitentiaire et les détenus (association) cette démarche a pour but de placer les détenus au cœur du dispositif et de leur reconnaître leurs compétences et leur légitimité à réfléchir à ce qui est approprié pour eux.

Elle s'appuie sur 4 grands principes :

- La démarche communautaire : travailler avec les détenus
- Le pouvoir agir : s'appuyer sur les ressources collectives des personnes
- L'aller vers : créer une relation de confiance
- Une conception dynamique de la santé

Ce "travail ensemble" avait pour objectif, face aux besoins et problématiques rencontrés en matière de droits à la santé, de construire des solutions adaptées, pérennes et acceptables par tous. Sous forme d'ateliers hebdomadaires, les thèmes abordés, reflets des situations rencontrées par les détenus et/ou les personnels pénitentiaires, ont particulièrement porté sur la défiance au regard de la qualité du « soin en prison », des réserves rencontrées vis-à-vis de la confidentialité, du secret médical, des difficultés d'articulation entre règles de sécurité et besoins de soins.

Cette démarche est associée à l'École des hautes études en santé publique (EHESP) qui apporte un regard scientifique extérieur pour en mesurer les effets sur les personnes détenues, les équipes médicales et le personnel pénitentiaire.

D'ores et déjà des avancées sont constatées :

- des changements ont pu être observés sur les échanges entre détenus, équipes médicales et administration pénitentiaire (charte de bonne conduite, respect de la personne)
- face au stress causé par l'arrivée en prison, un livret d'accueil a été élaboré par les femmes détenues, et validé par l'administration pénitentiaire,
- en matière de « permanence des soins » (nuit, week-end), de préservation des droits à la santé.

Des difficultés à la prison de Villefranche-sur-Saône

Au-delà de la seule prise en compte des droits dans le domaine de la santé, la CRSA souhaite relayer l'article¹² de l'observatoire international des prisons (OIP) intitulé "Villefranche-sur-Saône : l'omerta" qui informe sur la violence et les mauvais traitements régulièrement dénoncés par les détenus. Bien que ne relevant pas de sa stricte compétence, la CRSA s'associe aux préconisations de l'OIP et du contrôleur général pour que les pouvoirs publics engagent enfin des mesures pour faire cesser ces situations.

¹² <https://oip.org/analyse/villefranche-sur-saone-lomerta/>

Recommandations

Au regard des difficultés de santé relevées auprès de la population carcérale, il paraît important que l'ARS, en lien avec l'administration pénitentiaire et la CNAMTS, poursuive les actions engagées pour faciliter l'accès aux soins de santé et améliorer la qualité de la prise en charge.

ARS

- Assurer à toute personne en détention le droit d'accès aux soins.
- Développer la téléconsultation pour permettre une meilleure prise en charge des personnes en détention. La consultation médicale à distance permet de gérer de nombreux cas tout en limitant les risques liés à la sécurité.

CNAMTS / CPAM

- Valoriser financièrement les actes de télé médecine.
- Faciliter les démarches administratives pour permettre l'accès aux droits de protection sociale dont la CMU (suivre l'expérimentation de la CNAMTS visant à spécialiser 2 CPAM pour traiter de l'affiliation et suivi des droits des détenus pour tout le territoire).

Administration pénitentiaire

- Garantir des conditions de détention dignes.
- Associer les détenus aux décisions qui les concernent pour qu'ils soient acteurs de leur parcours de soins.

III. Les soins palliatifs

Après une première analyse réalisée dans son précédent rapport, la CRSA a souhaité poursuivre sa réflexion sur le thème des soins palliatifs tant elle avait constaté une difficulté à quantifier et à évaluer l'offre en région Auvergne-Rhône-Alpes.

1. Rappel législatif et description de l'offre

La loi 99-477 du 9 juin 1999 définit les soins palliatifs comme « des soins actifs et continus pratiqués par une équipe interdisciplinaire en institution ou à domicile ». Ils visent à soulager la douleur, à apaiser la souffrance psychique, à sauvegarder la dignité de la personne malade et à soutenir son entourage". La loi permet explicitement à la "personne malade de s'opposer à toute investigation ou thérapeutique ». Elle souligne le respect de la volonté de la personne dûment informée de son état de santé et des conséquences de ses choix, de sa possibilité de rédiger des directives anticipées et de désigner une personne de confiance. Son décret d'application n° 2016-1067 du 3 août 2016 traite des directives anticipées, dont le modèle est annexé à l'arrêté de la même date.

La loi de février 2016¹³ définit, pour les malades et les personnes en fin de vie, de nouveaux droits. Elle évoque la notion d'obstination déraisonnable et la volonté du patient, confirme le caractère de traitement de la nutrition et de l'hydratation artificielles, précise la possibilité d'une mise en œuvre d'une sédation profonde et continue provoquant une altération de la conscience maintenue jusqu'au décès.

Le modèle d'organisation retenu est celui du quatrième Plan National soins palliatifs 2015-2018 qui s'articule autour de 4 axes :

- Informer le patient sur ses droits et le placer au cœur des décisions qui le concerne
- Développer les prises en charge au domicile
- Accroître les compétences des professionnels et des acteurs concernés
- Réduire les inégalités d'accès aux soins palliatifs

Il existe trois types de structures de soins palliatifs pour accueillir les patients en institution.

- Les **Unités de Soins Palliatifs (USP)** sont des structures d'hospitalisation d'environ 10 lits accueillant pour une durée limitée les patients en soins palliatifs. Elles sont constituées de lits totalement dédiés à la pratique des soins palliatifs et de l'accompagnement.
- Les **Equipes Mobiles de Soins Palliatifs (EMSP)** ont pour mission d'apporter une aide, un soutien, une écoute active, des conseils aux soignants qui prennent en charge des patients en fin de vie dans d'autres services.
- Les **Lits Identifiés en Soins Palliatifs (LISP)** permettent d'assurer une prise en charge de proximité. Ils se situent dans des services qui sont confrontés à des fins de vie mais dont l'activité n'est pas exclusivement consacrée aux soins palliatifs.

2. Situation en Auvergne-Rhône-Alpes.

2.1 Données relatives à l'équipement et à l'activité

Globalement l'offre « Soins palliatifs » régionale est en augmentation par rapport aux chiffres de 2011. Elle se compose de :

¹³ La loi n° 2016-87 du 2 février 2016 en faveur des malades et des personnes en fin de vie

- 691 lits identifiés soins palliatifs – LISPS - comprenant :
 - 565 lits répartis à raison de :
 - 459 lits dans 79 établissements MCO
 - 102 lits dans 20 établissements SSR
 - 4 lits dans des USLD
 - 126 lits installés dans les Unités de soins palliatifs
- 13 Unités de soins palliatifs – USP –
- 43 équipes mobiles de soins palliatifs – EMSP –

En 2015, le financement des 43 EMSP a représenté un total de 14,1 M€ auxquels s'ajoutent les 537 000 euros consacrés aux 2 équipes régionales pédiatriques.

- La provenance des patients en LISPS :
 - 46 % viennent du domicile,
 - 26 % des Urgences
 - 19 % des services MCO
- Provenance des patients en USP :
 - 44 % du domicile,
 - 25 % des urgences
 - 21 % des services MCO.
- Les sorties des LISPS sont pour
 - 57 % le décès,
 - 20 % le retour à domicile
 - 7 % l'orientation vers un SSR.
- Les sorties des USP concernent
 - 60 % le décès,
 - 22 % le domicile
 - 4 % un service SSR.

Les taux médians d'occupation des LISPS sont de l'ordre de 77 %, celui des USP de 85 %.

La durée moyenne de séjour régionale est de 21 jours pour les LISPS et de 18 jours en USP.

La compétence des équipes en soins palliatifs est largement reconnue.

Au-delà des chiffres, il convient de noter qu'un déséquilibre entre l'ex-Auvergne et l'ex-Rhône-Alpes persiste. Pour exemple, les Groupement Hospitalier de Territoire (GHT) « Genevois Annecy Albanais », « Rhône Est Isère », « Cantal » et « Haute Loire » n'ont pas d'Unité de soins palliatifs. Les GHT « Genevois Annecy Albanais » et « Haute Loire » ayant également un ratio EMSP/200 000 habitants de 0.90 contre 1,3 en ARA.

De manière générale, il ressort de l'activité déployée en Auvergne-Rhône-Alpes :

- L'inadéquation du codage des actes « soins palliatifs » dans les centres hospitaliers et l'impossibilité pour certaines EMSP de sortir de leur établissement
- Le rôle et la place de l'HAD
- La nécessaire formation de tous les professionnels, notamment des EHPAD à la « culture palliative »
- Le manque de structures soins de suite et de réadaptation (SSR) validées soins palliatifs.

2.2 Focus sur la part des soins palliatifs dans l'activité réalisée en hospitalisation à domicile

L'analyse de l'activité hospitalière pour la région Auvergne-Rhône-Alpes en 2016 montre que la part des soins palliatifs atteint 25% de l'activité réalisée en HAD.

Les motifs de prise en charge en HAD en 2016 (Source scansanté¹⁴)

<i>Journées en milliers</i>	Nombre de journées en 2016	Part en nombre de journées pour 2016	Evolution du nombre de journées 2015/2016	Contribution à la croissance 2015/2016	Evolution France entière
01-Assistance respiratoire	19,9	3,40%	-0,70%	-0,20%	-3,30%
02-Nutrition parentérale	23,05	3,90%	-1,30%	-0,60%	1,10%
03-Traitement intraveineux	75,53	12,90%	13,50%	16,30%	9,00%
04-Soins palliatifs	145,93	24,80%	23,20%	49,90%	10,50%
05-Chimiothérapie anticancéreuse	17,41	3,00%	-3,70%	-1,20%	10,90%
06-Nutrition entérale	54,32	9,20%	10,30%	9,20%	2,50%
07-Prise en charge de la douleur	20,08	3,40%	25,60%	7,40%	14,40%
08-Autres traitements	8,82	1,50%	24,00%	3,10%	15,70%
09-Pansements complexes...	104,18	17,70%	12,10%	20,40%	10,10%
10-Posttraitement chirurgical	5,95	1,00%	0,90%	0,10%	4,40%
11-Rééducation orthopédique	1,46	0,20%	-38,60%	-1,70%	0,60%
12-Rééducation neurologique	1,09	0,20%	-52,20%	-2,20%	-8,70%
13-Surveillance postchimiothérapie anticancéreuse	32,42	5,50%	7,20%	3,90%	5,60%
14-Soins de nursing lourds	55,14	9,40%	-3,00%	-3,10%	-5,20%
15-Education du patient et/ou entourage	4,06	0,70%	-30,50%	-3,20%	14,70%
17-Surveillance de radiothérapie	1,36	0,20%	21,30%	0,40%	23,70%
18-Transfusion sanguine	0,18	0,00%	-14,50%	-0,10%	18,20%
19-Surveillance de grossesse à risque	8,91	1,50%	15,60%	2,20%	-0,80%
20-Retour précoce à domicile après accouchement			-100,00%	-0,30%	-100,00%
21-Post-partum pathologique	4,47	0,80%	3,80%	0,30%	3,60%
22-Prise en charge du nouveau-né à risque	0,8	0,10%	8,80%	0,10%	-0,70%
24-Surveillance d'aplasie	2,37	0,40%	-20,80%	-1,10%	5,70%
29-Sortie précoce de chirurgie	0,11	0,00%		0,20%	
Total	587,51	100,00%	10,30%	100,00%	6,70%

¹⁴ Voir site : <http://www.scansante.fr/applications/analyse-activite-regionale>

3. Les perspectives

En 2016, dans l'objectif d'avoir une meilleure visibilité sur l'accomplissement des missions des EMSP, l'ARS a élaboré avec les professionnels concernés, un rapport d'activité type des EMSP.

L'exploitation des rapports montre que si $\frac{3}{4}$ des EMSP ont des données d'activité et des fonctionnements assez proches, il existe de grands écarts de fonctionnement entre certaines EMSP.

Par ailleurs, $\frac{3}{4}$ de l'activité régionale des EMSP se concentre en intra-hospitalier et la part d'activité en soutien des ESMS et des professionnels au domicile reste faible.

Par conséquent, l'ARS ARA souhaite développer l'activité extra hospitalière des EMSP auprès des structures sanitaires et médico-sociales et accroître leur rôle de soutien auprès des équipes soignantes.

Dans le cadre du PRS 2018-2028, l'ARS envisage une répartition territoriale équitable et graduée des structures de soins palliatifs ainsi qu'une clarification des rôles des acteurs du soin palliatif au domicile.

Elle envisage également la création d'un groupe de travail pour définir des actions de développement des soins palliatifs de proximité, notamment pour diminuer les passages aux urgences en fin de vie.

Recommandations

ARS

- Faire participer les usagers au groupe de travail « soins palliatifs de proximité » envisagé par l'ARS.
- Inscrire dans le PRS 2018-2028 un objectif de développement des soins palliatifs en prenant compte le potentiel que représentent les hôpitaux locaux dans cette perspective

Ministère

- Inclure dans la formation initiale des professionnels de santé une « culture palliative » au-delà des modules actuels.
- Améliorer l'articulation hôpital/ville en insistant sur la nécessaire implication des médecins traitants des patients sortants des structures de soins palliatifs pour la prise en charge de la fin de vie à domicile.

IV. La mise en œuvre des Agendas d'Accessibilité Programmée (Ad'AP) par les collectivités sur leurs établissements accueillant du public (ERP)¹⁵

1. Délimitation du sujet

La loi n°2005-102 du 11 février 2005 prévoit que les établissements recevant du public (ERP) doivent être accessibles aux personnes handicapées quel que soit le type de handicap notamment physique, sensoriel, cognitif, mental ou psychique. Les cabinets médicaux, établissements recevant du public de 5^{ème} catégorie, doivent donc se conformer à cette obligation.

Il convient de souligner que l'accessibilité des cabinets médicaux concerne un public varié : les personnes handicapées quel que soit le type de handicap mais également les personnes subissant une difficulté passagère à se déplacer (par exemple, en cas de fracture), les personnes âgées, les parents avec des poussettes, etc.

Initialement, la date butoir pour la mise en conformité des établissements recevant du public était fixée au 1^{er} janvier 2015 ; le dispositif de l'agenda d'accessibilité programmée (Ad'AP) permet de déroger à cette date.

La réglementation "accessibilité" imposait une mise aux normes avant le 27 septembre 2015, ou à défaut, le dépôt d'un Agenda d'Accessibilité Programmée (Ad'AP) avant le 27 septembre 2015.

L'Ad'AP est le dispositif de programmation des actions de mise en accessibilité des établissements recevant du public (ERP) et installations ouvertes au public (IOP). Il porte sur une durée maximale de 3 ans. Dans ce délai, le ou les ouvrages concernés doivent avoir justifié formellement de leur bonne accessibilité. La réglementation a toléré que les propriétaires de gros patrimoines puissent étendre à 9 années la durée de la mise en accessibilité.

Le dispositif Ad'AP a introduit, en plus de la mise en œuvre de solutions techniques, une obligation de formation à l'accueil des personnes handicapées pour les personnels en contact avec les usagers et les clients dans les transports collectifs et dans les ERP de capacité supérieure à 200 personnes.

Dès 2010, la CRSA avait souhaité vérifier où en était l'application des obligations d'accessibilité s'imposant à la cité. A cet effet, elle avait élaboré une enquête¹⁶ auprès des institutions concernées. Toutefois, les résultats de l'enquête étaient trop disparates pour permettre une analyse fiable. En l'absence de données concrètes, elle avait recensé les initiatives novatrices conduites par des collectivités. Elle a ainsi valorisé les actions permettant la participation à la citoyenneté des personnes handicapées engagées par le "collectif Drôme Handicap" ainsi que le guide du conseil national de l'ordre des médecins « Les locaux des professionnels de santé : réussir l'accessibilité».

En 2017, la CRSA réitère sa démarche afin de vérifier si les acteurs publics et privés, dans une situation de non-conformité avec les règles d'accessibilité au 1^{er} janvier 2015, se sont bien engagés à conduire les travaux d'accessibilité dans les délais prévus dans les Ad'AP. A cet effet, elle a envoyé un questionnaire spécifique aux préfetures. Elle tient à remercier celles¹⁷ qui ont répondu mais regrette que les autres n'en aient pas fait autant

A cela, il faut ajouter que l'exploitation du questionnaire s'appuyait principalement sur des ratios à effectuer à partir du nombre d'établissements concernés par les Ad'AP. Cependant, ce nombre n'est pas précisément connu dans les départements. Il fait l'objet d'une évaluation à partir des données recueillies par les services départementaux d'incendie et de secours (SDIS) chargés de tenir à jour la liste des ERP présents dans leurs départements respectifs. Or, il convient d'ajouter à ces chiffres, les locaux des

¹⁵ Les établissements recevant du public (ERP) sont des bâtiments dans lesquels des personnes extérieures sont admises, que l'accès soit payant ou gratuit, libre, restreint ou sur invitation

¹⁶ L'enquête portait sur l'information des bénéficiaires sur leurs droits, l'organisation des journées territoriales d'accessibilité et la désignation des personnes qualifiées

¹⁷ Ain, Cantal, Isère, Loire, Puy deôme, Haute-Savoie

professionnels de santé et autres professions libérales, inconnus de la plupart des SDIS. Dans ces conditions, les informations transmises par les répondants n'ont pas pu être exploitées quantitativement.

Il ressort tout de même de l'analyse des réponses, qu'une dynamique a été enclenchée et que l'accessibilité est en marche.

2. Les données recueillies

2.1 Les chiffres régionaux

Ainsi, sur les 25 236 dossiers déposés auprès des 6 départements répondants, 20 624 ont été acceptés, soit 82%.

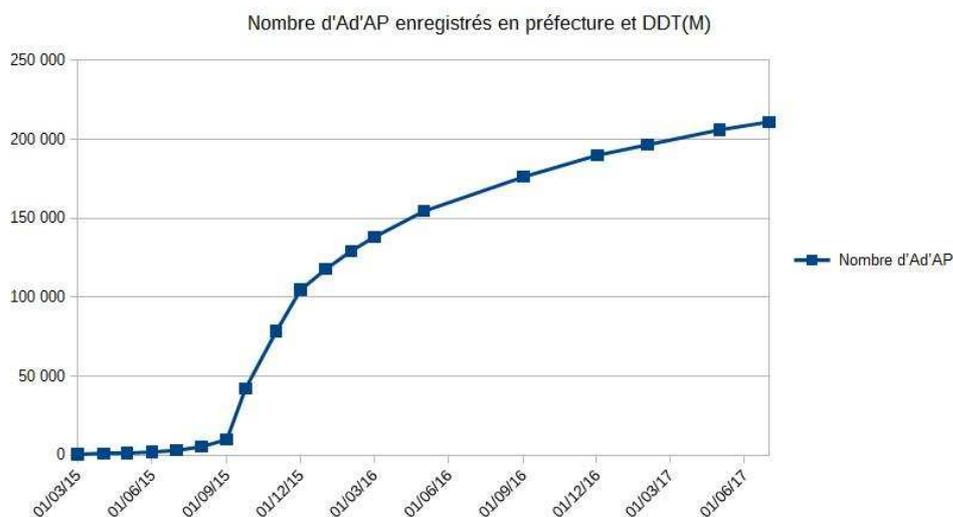
5 642 dérogations ont été acceptées et seulement 822 ont été refusées car insuffisamment motivées ou incomplètes ou encore dans l'impossibilité technique d'être réalisées.

Au 31.12.2016, aucune sanction n'a été prononcée. Les dossiers retardataires reçus en 2017 sont acceptés avec bienveillance.

2.2 Les chiffres nationaux

A défaut de données départementales précises, la CSDU a recueilli sur le site du ministère de la transition écologique et solidaire¹⁸, des informations relatives au suivi national des Ad'AP au 1er juillet 2017. Elles confirment la montée en charge du dispositif comme le montrent le graphique et le tableau ci-dessous.

Dépôts cumulés des dossiers en DDT(M) et préfecture



Il a été possible d'extraire de la carte nationale des dépôts d'Ad'AP au 1er juillet 2017 (chiffres bruts), les données relatives à la région Auvergne-Rhône-Alpes.

Nombre de dossiers Ad'AP recensés par les préfectures ou DDT(M) au 1er juillet 2017		
Département	Nombre brut de dossiers déposés	le nombre d'ERP entrés dans le dispositif (chiffres cumulés)
Ain	1611	6758

¹⁸ <https://www.ecologique-solidaire.gouv.fr/ladap-agenda-daccessibilite-programmee#e9>.

Allier	687	2192
Ardèche	1723	3522
Cantal	993	2581
Drôme	1635	4968
Isère	5601	13609
Loire	1564	7367
Haute-Loire	413	1355
Puy de Dôme	2215	6096
Rhône	3579	15877
Savoie	1784	4891
Haute-Savoie	2772	5664

D'après ces chiffres, le bilan des dépôts des Ad'AP semble positif, toutefois, il reste le chantier de la mise en œuvre.

Bien que la quasi-totalité des ERP de catégorie 1 soient en passe de devenir accessibles, les ERP de 5ème catégorie, (commerçants de proximité et professions libérales) sont souvent confrontés à des difficultés techniques et ou financières engendrées par la mise aux normes des bâtiments.

La commission en est bien consciente mais elle sera attentive au respect de l'obligation d'accessibilité à la cité pour tous.

Recommandations

Préfectures

- Malgré les difficultés que rencontre l'adaptation des locaux de catégorie 5, la CRSA demande l'application effective du dispositif législatif actuel, afin de ne pas créer de rupture dans la chaîne d'accessibilité.

Deuxième partie : ... les sujets porteurs d'avenir

Le développement des alternatives à l'hospitalisation complète, en particulier la médecine et la chirurgie ambulatoires, ainsi que l'hospitalisation à domicile sont conditionnées en grande partie par les innovations médicales et les progrès de la E-Santé. La télémédecine s'affirme comme un moyen de réorganiser l'offre de soins, notamment en facilitant et en améliorant les soins à domicile et en enrichissant le développement du « virage ambulatoire ».

La CRSA, a souhaité approfondir ses connaissances sur ces sujets prometteurs. Par souci de clarté, ils sont abordés séparément bien qu'étant en étroite dépendance les uns avec les autres. En effet, des usages des nouvelles technologiques, dépend le développement des alternatives à l'hospitalisation.

En complément, la CRSA a investigué le thème de l'évaluation des établissements de santé au travers du bilan réalisé par la HAS au niveau national, à partir de données 2016.

I. La E-Santé

1. Délimitation du sujet

Organiser une réflexion sur la E-Santé impose, tout d'abord, de la définir. Or les définitions de la E-Santé ou de la santé électronique ne manquent pas.

L'OMS définit la E-Santé (ehealth en anglais), ou encore la santé électronique, comme "les services du numérique au service du bien-être de la personne". Cette approche a le mérite d'introduire la dimension éthique puisqu'elle évoque les apports positifs du numérique, dès lors qu'il est mis au service des personnes, plus particulièrement dans le secteur de la santé.

La définition devient plus explicite encore lorsqu'elle précise que la E-Santé recouvre "l'utilisation des outils de production, de transmission, de gestion et de partage d'informations numérisées au bénéfice des pratiques tant médicales que médico-sociales". Pour le dire autrement, les pratiques médicales et médico-sociales produisent une quantité d'informations numérisées qu'il est nécessaire de gérer et de partager.

2. Cadre général

La E-Santé appartient au vaste ensemble des technologies de l'information et de la communication (TIC) qui font référence à la télématique, l'audiovisuel, les multimédias, Internet et les télécommunications. Tous ces supports permettent aux utilisateurs d'échanger, d'accéder aux sources d'information, de les utiliser, de produire et de transmettre de l'information sous différentes formes : du texte, de la musique, du son, de l'image, de la vidéo et de l'interface graphique interactive (IHM). Pour le juriste, d'un point de vue réglementaire, on est dans le domaine des communications électroniques.

"TIC santé" : ensemble des applications numériques au service du système de soins, tant ambulatoires qu'hospitaliers.

Télesanté ou e-santé: ensemble des applications numériques au service de l'offre de soins. Cette dynamique d'informatisation du système de santé concerne notamment les systèmes d'information hospitaliers et les logiciels de gestion de cabinet.

Cinq types d'actes de télémédecine sont définis :

La téléconsultation, où un professionnel médical réalise une consultation à distance.

La télé-expertise, qui permet à un professionnel médical de solliciter à distance l'avis d'un ou de confrères en raison de leurs compétences particulières.

La télésurveillance médicale, acte par lequel un professionnel médical interprète à distance les données nécessaires au suivi médical d'un patient.

La téléassistance médicale permet à un professionnel médical d'assister à distance un autre professionnel de santé au cours de la réalisation d'un acte.

La régulation médicale est la réponse médicale apportée dans le cadre de l'activité des centres 15

Télémédecine : nouvelle forme d'exercice de la médecine, exercée à distance en utilisant les technologies de l'information et de la communication. La télémédecine fait l'objet d'une définition dans le Code de la Santé Publique (art. R6316-1), suite au décret du 19 octobre 2010. L'acte de télémédecine, reconnu comme un acte médical à part entière, se voit imposer les mêmes conditions de qualité, de déontologie et de confidentialité que tout autre acte médical.

L'exercice médical, dans le cas de la télémédecine, est donc limité aux actions cliniques et curatives. C'est le cas pour la transmission d'informations médicales en vue d'un diagnostic, le recueil d'un avis spécialisé, la surveillance continue d'un malade ou une décision thérapeutique.

3. La E-Santé très présente dans le monde de la santé

La E-Santé est un vrai sujet d'actualité qui s'impose à toutes les composantes du système de santé. Elle concerne les usagers de la santé et leurs organisations, les professionnels de santé, les acteurs économiques de la santé et du numérique et les institutions de pilotage de notre système de santé. Elle est caractérisée essentiellement par le décloisonnement de l'information en santé, la coordination entre professionnels de santé, le déploiement des réseaux de santé, la collaboration ville-hôpital, les interactions entre le sanitaire et le médico-social et, au final, une plus grande efficacité dans la prise en charge des usagers.

Dans le code de la santé publique, la E-Santé est citée une seule fois : art. R.1434-9 (décret n° 2016-1023 du 26 juillet 2016 relatif au projet régional de santé) qui mentionne, comme 6^{ème} levier du schéma régional « Les systèmes d'information, la télémédecine et la e-santé »

3.1 La E-Santé et l'efficacité du système de santé français

Le système de santé français a devant lui de nombreux défis :

- la maîtrise de ses dépenses, quand il consacre déjà 11 % de la richesse nationale aux dépenses de santé. Il est urgent de mettre en place des dispositifs qui évitent l'hébergement ou l'hospitalisation et de développer la médecine à domicile. Entre 125 000 et 165 000 hospitalisations par an seraient évitables.
- l'obligation morale de répondre à deux défis : le vieillissement de la population avec l'augmentation des personnes dépendantes et/ou souffrant de maladies chroniques et la raréfaction des soins dans les zones sous-dotées en professionnels de santé. La couverture homogène des soins sur le territoire devient un problème majeur.
- la nécessité de développer la prévention en utilisant les nouvelles technologies au service de l'éducation thérapeutique, et de l'assistance au patient et d'encourager l'utilisateur à prendre en charge sa propre santé.

- l'urgence de doter chaque assuré social d'un dossier patient virtuel. La E-Santé devrait permettre d'organiser en toute sécurité le partage des informations contenues dans le DMP, entre chaque assuré et les différents praticiens de la médecine hospitalière et ambulatoire. Elle devrait permettre enfin à l'utilisateur du système de santé d'être davantage associé à sa prise en charge et à son suivi.

3.2 La E-Santé s'est imposée dans le secteur de l'économie sanitaire

La E-Santé est très présente, toutefois, les technologies numériques, dans le secteur ambulatoire ou à l'hôpital, restent encore sous-utilisées. De véritables potentiels existent pour améliorer l'efficacité, la qualité et la sécurité des soins.

La E-Santé constitue aujourd'hui un marché en croissance, à l'hôpital, mais pas seulement. Depuis quelques années, la puissance publique s'est fixé un certain nombre de priorités, comme la mise en place du Dossier Médical Partagé¹⁹ (DMP) qui a connu jusqu'à présent bien des difficultés. D'autres priorités se sont imposées, face au vieillissement de la population qui nécessite d'apporter des solutions au plus près des patients à leur domicile, en ciblant clairement les patients atteints de maladies chroniques, comme le diabète, l'insuffisance cardiaque, etc..., ou les personnes en situation de handicap vivant à domicile et nécessitant une assistance spécifique.

3.3 La E-Santé et les maladies chroniques

L'exemple de la télémédecine est très parlant dans le secteur des maladies chroniques. Les différents projets déjà menés montrent qu'il est possible de réduire l'isolement géographique, de sécuriser les pratiques médicales, de supprimer certaines consultations ou hospitalisations non nécessaires, de gagner du temps concernant les transports évités, d'assurer une continuité et une régularité dans le suivi des soins.

Le SNITEM²⁰ a procédé à des simulations liées au déploiement de la télémédecine, mettant en avant les gains financiers possibles autour de 4 pathologies majeures et chroniques. Il fait état d'un montant d'économies allant de 925 € à 12 035 € par patient et par an.

3.4 La E-Santé et les usagers

Selon l'observatoire Cetelem²¹, le développement de l'e-santé est dans l'ensemble bien perçu par les Français qui l'envisagent comme une source d'améliorations, notamment en ce qui concerne la transmission des informations et le suivi des patients.

Les Français se montrent ouverts à des consultations en télémédecine, mais continueraient de favoriser les consultations physiques pour les problèmes graves ou intimes.

Ils se montrent partagés sur la question des données personnelles de santé, conscients de leur utilité pour améliorer le suivi médical, mais méfiants quant à l'encadrement de leur collecte.

Pour eux, les médecins et pharmaciens apparaissent comme des figures de confiance pour le partage de leurs données personnelles de santé, à l'inverse des entreprises commerciales du secteur.

Le numérique devient un atout pour le bien-être des patients et la promotion de la santé, le partage de l'information et des expériences entre usagers. Il sera important également au niveau de la prévention primaire et du suivi comportemental des personnes bien-portantes.

¹⁹ Depuis la loi de modernisation de notre système de santé, le dossier médical personnel a changé de nom et devient "partagé" (DMP). Le décret n°2016-914 du 4 juillet 2016 précise les conditions d'application du DMP. Le dossier médical partagé va progressivement être déployé par l'Assurance maladie d'ici la fin 2018.

²⁰ Livre blanc de la télémédecine 2020 – Syndicat National de l'Industrie des Technologies Médicales (SNITEM) - 2013

²¹ <http://observatoirecetelem.com/wp-content/uploads/2017/09/rapport-harris-observatoire-cetelem-theme-2-sondage-3-les-franais-et-le-sant-2017.pdf>

4. La stratégie nationale E-Santé 2020

La stratégie nationale E-Santé 2020 s'articule autour de quatre grandes priorités :

- développer la médecine connectée à travers un plan "big data" en santé. Ce plan permettra par exemple, la mise au point de nouvelles applications de suivi à distance ou d'interprétation des données médicales pour assister les médecins dans leurs diagnostics,
- encourager la co-innovation entre professionnels de santé, citoyens et acteurs économiques, par le lancement d'appels à projets dédiés à La E-Santé ou le développement de "living labs" afin d'imaginer, en lien direct avec les utilisateurs, la médecine de demain (outils de télémédecine, applications de suivi des traitements, etc.),
- simplifier les démarches administratives des patients (admission, prise de rendez-vous en ligne, etc.) et outiller la démocratie sanitaire à l'aide d'une plateforme numérique facilitant la consultation et la participation des usagers,
- renforcer la sécurité des systèmes d'information en santé grâce à un plan d'action dédié.

Un conseil stratégique pour piloter le plan E-Santé 2020 a été mis en place à l'automne 2016, réunissant les représentants des professionnels du secteur, des usagers, des industriels et les institutions publiques qui concourent à sa mise en œuvre. Ces mesures complètent les actions précédentes, comme le programme hôpital numérique, le plan "Territoires de soins numériques", la relance du dossier médical partagé et les expérimentations de télémédecine.

5. Les rapports de l'éthique et de la E-Santé

Forte de tous les éléments collectés sur la E-santé, la CSDU a souhaité élargir sa réflexion et avoir une approche éthique du sujet. Elle a ainsi recueilli le point de vue d'une juriste, Marie-France CALLU, Docteur en Droit, maître de conférences honoraire à l'Université Jean Moulin Lyon 3, membre de l'Espace Ethique Rhône-Alpes.

Marie-France Callu explore les enjeux juridico-éthiques de la E-Santé en insistant sur la recherche d'un équilibre entre le secret professionnel et l'utilisation des données numériques, la transparence et le respect de la vie privée.

5.1 Définition de l'éthique médicale

L'éthique médicale, selon le Larousse, est l'ensemble des règles de conduite des professionnels de santé vis-à-vis de leurs patients. Nécessairement complexe, elle participe à la fois de la déontologie (ensemble des règles internes à une profession), de la morale et de la science.

Elle constitue la meilleure garantie de la qualité des soins et de la liberté du malade, elle témoigne de la recherche d'une certaine forme de sagesse, de « science avec conscience », dans l'exercice de la médecine contemporaine".

5.2 Quels bénéfices attendre du développement de la E-Santé ?

La E-Santé est une optimisation du système de soins. Elle constitue une solution pertinente pour répondre aux défis que doivent relever les systèmes de santé : évolution de la démographie médicale, des inégalités territoriales d'accès aux soins, de la hausse de la prévalence des maladies chroniques ou encore du vieillissement de la population et de la prise en charge de la dépendance.

Dans les pays en développement, la E-Santé constitue une avancée primordiale pour lutter contre les causes principales de surmortalité. L'utilisation d'outils numériques améliore l'accès aux soins²², permet de réduire les coûts d'accès aux médicaments de qualité et améliore l'information de la population. En France, l'outil technologique devrait conduire au décloisonnement des secteurs sanitaire et médico-social, hospitalier et ambulatoire, médical et para médical pour une meilleure prise en charge des usagers²³.

Du point de vue économique c'est un marché prometteur. La télémédecine représenterait entre 200 et 300 millions d'euros par an en France.

Pour autant, si les potentialités de la E-Santé sont considérables et indéniables, le juriste ne peut manquer de s'interroger sur les risques liés à l'usage de ces outils. Ces risques sont multiples et de natures diverses.

5.3 Les risques liés à la E-Santé

Si la E-Santé s'impose comme une solution pour répondre aux problématiques du vieillissement de la population, à l'explosion des maladies chroniques et aux évolutions de la démographie médicale qui menace l'accès égalitaire aux soins, il serait illusoire de penser qu'elle et elle seule parviendra à rendre plus efficace le système de soin et maîtriser les dépenses de santé.

Ce serait faire fi de la composante humaine qui fonde l'acte médical, qui repose à la fois sur une confiance et sur une conscience. Par exemple, l'intelligence artificielle, tels les algorithmes prédictifs (construits pour quoi, par et pour qui ?), ne doivent pas conduire à "dépersonnaliser" les patients réduits à un élément mathématique. Pour le Conseil de l'ordre des médecins, aucune technologie ne peut remplacer la relation humaine. La E-Santé impose d'être accompagnée par un questionnement d'ordre éthique.

Qu'est-ce qu'une donnée de santé ?

- Un élément qui se rapporte à la vie privée (intimité) d'une personne (art. 9 du Code civil)
- Une donnée considérée comme *sensible*
- Une information protégée par le secret professionnel
- Une information à fort intérêt sociétal

La santé numérique implique de trouver des réponses en ce qui concerne la fiabilité, la confidentialité, l'accès et le stockage des **données de santé**, la gestion du déploiement des solutions techniques dans les services de santé, la responsabilisation et la formation des professionnels de santé, l'autonomie des usagers, etc.

Or, face à l'accroissement des données médicales numériques via les objets connectés (e-santé), les applications mobiles (m-health), la télémédecine et les big data médicaux, il importe de rester vigilant quant à leur usage. L'innovation technologique doit aller de pair avec une innovation éthique.

il subsiste toujours un risque avec le partage des données (escroquerie, discrimination ...) et notamment avec les objets connectés, peu, voire pas sécurisés et cependant largement utilisés par les usagers.

5.4 Comment prévenir l'utilisation abusive des données de santé ?

Les dispositifs juridiques et techniques mis en place pour prévenir toute utilisation abusive des données personnelles de santé et encadrer leur gestion par un tiers traduisent l'importance attachée par le législateur à la sécurité du traitement de ces données. Le Règlement européen relatif à la protection des personnes physiques à l'égard du traitement des données à caractère personnel et à la libre circulation

²² • La télémédecine (diagnostic et consultations à distance), suivi des patients et des données médicales, l'éducation des patients

²³ Décret n° 2014-629 du 18 juin 2014 portant création du comité interministériel pour la santé

des données (RGPD), qui va entrer en vigueur dans tous les pays de l'Union européenne le 25 mai 2018, renforce la protection des informations concernant les patients pris en charge.

Une palette juridique existe d'ores et déjà pour sécuriser les données sensibles²⁴ :

- coté hébergeurs : la certification, le label E-Santé
- coté émetteurs : la carte professionnelle de santé (CPS) ou les techniques la remplaçant, la messagerie sécurisée de santé (MSS), l'habilitation
- coté patients : le dossier médical partagé (DMP)

Il existe un lien indissociable entre la santé numérique et l'évolution du secret médical vers un "secret professionnel partagé" qui compromet la notion de confidentialité.

Malgré les dispositifs juridiques envisagés, des interrogations subsistent :

- Comment éviter la dispersion des données et garantir la fiabilité des dispositifs ?
- Comment sera assurée l'évaluation de la E-Santé ?
- Est-ce que le déploiement des solutions techniques préconisées permettra de couvrir les besoins du territoire de santé retenu ?
- Comment s'effectuera le basculement vers le numérique des services de santé concernés ? Quelles étapes ?
- Quelles garanties sont données aux patients pour ce qui touche à leur responsabilisation, leur formation, leur autonomie et leur suivi lorsque les solutions d'e-santé leur permettront de rester à domicile pour leur traitement ?
- Quel est le poids des associations des usagers ?

Le cadre juridique doit protéger les droits des personnes mais aussi accompagner l'évolution technologique qui doit être mise au service de la santé publique.

Ce sera par une mobilisation de tous les acteurs que la E-Santé remplira ses promesses et permettra une bonne intégration des nouvelles technologies dans la politique de santé globale. Il convient de trouver l'équilibre entre disponibilité et la protection des données.

Les propos de Mme Callu se concluent par une définition de l'éthique comme "l'étude des mœurs pour une vie heureuse" ou comme la recherche d'un idéal de société et de conduite de l'existence. Tout un programme !

Du côté des médecins et en ce qui concerne l'éthique médicale, le professeur Christian HERVE, dans son livre²⁵, rappelle que : « [l'éthique] est, quitte à irriter, pour les praticiens, la règle à suivre, pour une réflexion ouverte sur les conséquences sociales des avancées de la médecine et de la biologie. Elle est le ferment d'une responsabilisation de tous les acteurs de la santé, y compris (et surtout) ceux qui font commerce dans ce domaine. Elle est la base et la condition du respect de la personne humaine, ainsi que l'un des fondements du lien social conduisant à une vie bonne, avec et pour les autres, dans des institutions justes.

6. Spécificité régionale : Auvergne-Rhône-Alpes, région championne de la santé numérique

Le site internet "faireavancerlasantenumerique.com"²⁶ dont nous reprenons en grande partie les propos, considère que "la grande région Auvergne-Rhône-Alpes présente de nombreux atouts pour innover en santé numérique. Outre les structures spécialisées dans l'innovation appliquées à la santé, elle possède le

²⁴ Voir site ASP <http://esante.gouv.fr/services>

²⁵ [Éthique et politique de santé – Christian Hervé – PUF - 2000](#)

²⁶ <http://www.faireavancerlasantenumerique.com/auvergne-rhone-alpes-region-championne-de-la-sante-numerique/>

pôle de compétitivité mondial en santé Lyonbiopôle²⁷, qui propulse la région en tête des territoires les plus innovants en matière de technologies dédiées à la santé et au vieillissement".

Au niveau de ses infrastructures, le territoire Auvergne Rhône-Alpes compte près de 400 établissements de soins publics et privés, dont quatre Centres Hospitaliers Universitaires (CHU), pour 7,7 millions d'habitants.

L'ARS Rhône-Alpes a été sélectionnée en septembre 2014 pour l'appel à projets national « Territoire de soins numérique » (TSN) avec son programme PASCALINE²⁸ (Parcours de Santé Coordonné et Accès à L'Innovation Numérique). Déployé en 2017 sur un territoire situé entre l'Est de Lyon et Bourgoin-Jallieu (Isère), PASCALINE vise à développer progressivement un ensemble de services innovants en santé pour améliorer le parcours des usagers et faciliter les échanges entre les professionnels. L'objectif étant d'apporter des services utiles et concrets aux professionnels et aux usagers, services co-construits et diffusés par les premiers concernés, en laissant une place à l'innovation.

A titre d'exemple, il convient de citer le carnet vaccination électronique, projet à l'initiative de l'URPS Médecins Auvergne Rhône-Alpes, en collaboration avec les URPS Infirmiers, Pharmaciens et Sages-femmes d'Auvergne Rhône-Alpes.

Le carnet de vaccination électronique²⁹ a vocation à :

- Remplacer le carnet papier sur l'ensemble du territoire d'expérimentation de PASCALINE ;
- Permettre un suivi précis de l'état vaccinal de l'individu selon son âge, son sexe, son état de santé, son entourage, ses conditions de vie ou de travail ;
- Optimiser la couverture vaccinale : diminuer les risques de sur – ou de sous – vaccination ;
- Permettre le respect des bonnes pratiques vaccinales et calculer les rattrapages vaccinaux ;
- Conserver l'historique vaccinal des usagers tout au long de leur vie ;
- Alerter les usagers sur les vaccins à réaliser (nouveaux vaccins ou rappels vaccinaux) ;
- Unifier les données recueillies dans des contextes différents (médecine libérale, pharmacie d'officine, centre de vaccination, hôpital) ;
- Analyser en « temps réel » la couverture vaccinale et les données de pharmacovigilance ;
- Rendre accessibles les informations vaccinales aux patients ainsi qu'à tous les professionnels de santé.

Le territoire auvergnat est pionnier en matière de télémédecine en France. Le GCS SIMPA accompagne ainsi le déploiement de plusieurs projets majeurs de E-Santé en Auvergne. Parmi les chantiers en cours de déploiement : le Dossier Médical Personnel (DMP), la Télémédecine, l'Espace Numérique Régional de Santé (ENRS), le Dossier Communiquant en Cancérologie (DCC) et l'Accompagnement de projets E-Santé régionaux. Ces chantiers impliquent de nombreux services et outils coordonnés et rassemblent les professionnels de santé.

Pour aller plus loin

Le rapport³⁰ du conseil national du numérique remis à la Ministre Affaires sociales, de la Santé et des Droits des femmes en octobre 2015 « la santé, bien commun de la société numérique » formule 15 propositions pour mettre le numérique au service d'une e-santé compétitive et respectueuse des droits et libertés tout en posant les conditions d'une gestion en commun.

²⁷ www.lyonbiopole.com

²⁸ <http://www.pascaline-sante.com/> et aussi

http://www.pascaline-sante.com/wp-content/uploads/2015/09/20161010_ARSARA_CP_Pascaline.pdf

²⁹ <http://www.pascaline-sante.com/services/carnet-de-vaccination-electronique/>

³⁰ www.ladocumentationfrancaise.fr/var/storage/rapports-publics/154000719.pdf

Un large déploiement des ressources du numérique et des solutions digitales, transforme fondamentalement les conditions de la prise en charge sanitaire et modifie le rapport de l'individu à sa santé. Aussi est-il nécessaire de définir les principes qui renforcent les droits et les capacités des utilisateurs actuels et futurs de La E-Santé. Faute de provoquer une rupture numérique dans la société.

Recommandations

Ministère

- Garantir et défendre la confidentialité des données personnelles dématérialisées.
- Promouvoir les usages réellement utiles du numérique en santé dans un contexte de fort développement de l'économie de services.
- Définir un cadre éthique aux nouvelles technologies.
- Garantir l'égal accès à la santé numérique.
- Co-concevoir les outils de E-Santé avec les utilisateurs (usagers, professionnels)

ARS

- Développer une politique régionale relative à la santé numérique en s'appuyant sur les expérimentations régionales et en restant vigilant à l'interopérabilité des systèmes.

Etablissements et professionnels de santé

- Introduire le plus tôt possible les outils numériques dans le parcours de santé des personnes en respectant le libre choix de l'utilisateur.

II. Le virage ambulatoire

C'est dans un contexte de recomposition du paysage sanitaire qu'émerge la notion de parcours de soins entre la ville et l'hôpital. Cette notion repose sur l'organisation d'un fonctionnement gradué et décloisonné des soins. Dans le cadre du développement de la prise en charge en ambulatoire, l'hôpital se recentre sur un rôle de plateforme de soins techniques dans lequel le patient reste peu de temps, coordonné avec les autres acteurs du parcours de soins. Les médecins et les équipes de soins sont à la fois les pivots et les coordinateurs des parcours entre les structures de ville – cabinets libéraux, maisons et centres de santé – et les établissements hospitaliers, médico-sociaux et sociaux.

La CRSA s'est interrogée sur le développement de la prise en charge en ambulatoire, couramment appelée « virage ambulatoire » en tentant de le définir, de le situer dans un contexte historique, de faire un état des lieux, d'en dégager les perspectives et d'identifier les points de vigilance.

1. Délimitation du sujet

Organiser une réflexion sur le virage ambulatoire impose, tout d'abord, de définir ce que cette expression signifie. Les définitions du "virage ambulatoire" ne manquent pas.

Le "virage ambulatoire" assure la promotion des alternatives à l'hospitalisation complète chaque fois que cela est possible, en accord avec le patient et dans son intérêt. Il consiste à la fois, en l'accélération de la chirurgie ambulatoire, le développement de l'hospitalisation à domicile, la réduction de la durée moyenne de séjour, le développement de l'ambulatoire dans les champs de la médecine, du soin de suite et de réadaptation et de la psychiatrie. Toutefois, la réflexion en matière de développement des prises en charge hospitalières ambulatoires dans les trois champs cités ci-dessus est encore peu développée. Ceci explique le fait que le « virage ambulatoire », dans la littérature se résume à la chirurgie ambulatoire.

L'ARS Nord-Pas de Calais – devenue ARS Hauts de France - a conduit une réflexion approfondie sur ce thème et organisé une journée le 23 avril 2015, en dresse précisément les contours.

"La chirurgie ambulatoire correspond à une prise en charge chirurgicale avec une hospitalisation de moins de 12 heures sans hébergement de nuit, qui se substitue à l'hospitalisation complète pour un acte opératoire. C'est une pratique qui se veut avant tout centrée sur les patients. Elle comprend les actes chirurgicaux programmés et réalisés dans les conditions techniques nécessitant impérativement la sécurité d'un bloc opératoire, sous une anesthésie adaptée et suivie d'une surveillance postopératoire en salle de réveil permettant, sans risque avéré, la sortie du patient le jour même de son admission".

Elle accompagne cette première approche d'une précision : le développement des alternatives à l'hospitalisation, en particulier la chirurgie ambulatoire, est une priorité des Agences régionales de Santé. Cette priorité est reprise dans les contrats pluriannuels d'objectifs et de moyens (CPOM) des agences et dans le bloc "Virage ambulatoire du plan de l'Objectif national de dépenses d'assurance maladie (ONDAM)".

2. Contexte de l'évolution de la chirurgie ambulatoire

Dans leur rapport sur la chirurgie ambulatoire³¹, Arrantxa Mahieu et Nadine Raffy-Pihan effectuent quelques rappels historiques montrant clairement que la voie a été ouverte assez tôt, à la fois par les Etats-Unis, le Canada et par la Grande Bretagne, véritables précurseurs.

³¹ www.irdes.fr/Publications/Rapports1997/rap1203.pdf

2.1 Les toutes premières expériences : l'essor marqué des Etats-Unis, du Canada et de la Grande-Bretagne

La chirurgie ambulatoire, fortement encouragée par les pouvoirs publics depuis le début des années 2000 a émergé dans les années 1970 et 1980 aux Etats Unis, au Canada et en Grande-Bretagne où elle a connu une expansion importante. En France, c'est la loi du 31 juillet 1991 portant réforme hospitalière qui l'a inscrite comme une structure de soins alternative à l'hospitalisation. Elle concerne désormais la moitié des interventions en 2015 soit 6,2 millions de séjours. Le taux cible à atteindre en 2020 est fixé à 66,2 %.

Si elle reste encore insuffisamment développée par rapport à d'autres pays (50 % de chirurgie réalisée en ambulatoire en France, versus 83% aux Etats-Unis et 79% en Grande Bretagne), son développement quantitatif doit nécessairement s'accompagner d'un volet qualitatif. La Haute Autorité de Santé (HAS) a travaillé à l'élaboration d'un indicateur composite mesurant le niveau de qualité et de sécurité du parcours du patient en chirurgie ambulatoire.

Quand elle est maîtrisée, la chirurgie ambulatoire représente un véritable saut qualitatif par une prise en charge centrée sur le patient, efficiente en matière d'organisation et d'utilisation des ressources, source de satisfaction pour le patient comme pour les professionnels de santé.

2.2 Le démarrage de la France en 1980

- **Un démarrage tardif**

En 1980, le chirurgien spécialisé en chirurgie orthopédique et en chirurgie plastique, Guy Foucher créa, un premier centre chirurgie orthopédique ambulatoire indépendant à Strasbourg. Durant quatre ans, il s'est accommodé du vide juridique laissé par la loi hospitalière de 1970, avec le soutien discret de la Caisse Régionale d'Assurance Maladie (CRAM). C'est seulement en 1984 qu'une convention a été signée avec la CRAM. D'autres établissements de ce type seront créés par la suite : un, à Angers (spécialisé dans la chirurgie de la main), un autre à Saint Jean-de Luz (spécialisé en ophtalmologie). Un accord permet à ces trois établissements de percevoir une indemnité compensatrice d'une valeur égale à celle du F.S.O (Forfait de Salle d'Opération).

- **Des motivations d'ordre économique, médical et technique**

Dès le début des années 1970, le développement de la chirurgie ambulatoire, d'une manière générale, est étroitement lié, aux difficultés économiques qui affectent les différents systèmes de santé. C'est le manque de lits d'hôpitaux aux Etats-Unis. C'est le débordement des listes d'attente et la pénurie de personnel infirmier en Grande Bretagne. Et au début des années 80, en France, c'est la lourdeur des coûts hospitaliers qui prend le relais.

En même temps, d'autres motivations, d'ordre médical ou technique, vont pousser la pratique de la chirurgie ambulatoire. Depuis le début des années 80, on assiste à une évolution des techniques d'anesthésie, qui, de générale, devient locale, permettant ainsi d'éviter les risques de sédation, les inconvénients de l'amnésie, des vomissements... De plus, les progrès réalisés sur les produits anesthésiants généraux améliorent la qualité du réveil.

D'autres innovations interviennent : l'utilisation de fibres optiques, de laser, des ultrasons, de matériaux synthétiques, transforme la pratique chirurgicale qui devient moins invasive et moins traumatique sur le plan anatomique.

Dans cette période, les systèmes d'information structurent l'exercice de la chirurgie ambulatoire, qui intègre toutes les informations cliniques et médico-administratives (imageries, résultats de laboratoires, dossiers médicaux), lui permettant de coordonner les échanges entre l'hôpital et la médecine de ville.

On explique les différences internationales dans la diffusion de la chirurgie ambulatoire par les écarts qui existent entre les niveaux de remboursement de prestations des actes réalisés en chirurgie ambulatoire. En France, cette pratique, bien que relativement ancienne, ne prend son essor qu'au début des années

80, sous la contrainte de la maîtrise de coûts hospitaliers et entame son véritable développement de façon plus tardive, au début des années 90.

- **Le retard structurel français**

Le retard structurel s'explique en partie par une reconnaissance juridique très tardive, des règles de création peu favorables, une parution tardive de la définition de "chirurgie ambulatoire", arrêtée par la Conférence de consensus des 22, 23 et 24 mars 1993. « Le terme de « chirurgie ambulatoire » est défini en France par « des actes chirurgicaux programmés et réalisés dans des conditions techniques nécessitant impérativement la sécurité d'un bloc opératoire, sous une anesthésie de mode variable, suivie d'une surveillance postopératoire permettant, sans risque majoré, le retour à domicile du patient le jour même de son intervention ».

Ce retard est également le fruit de la lenteur des parutions administratives, comme les arrêtés ou les décrets.

3. Etat des lieux

Si la chirurgie ambulatoire est une pratique chirurgicale de référence pour les principaux pays occidentaux, elle reste, en France, depuis la loi de 1991, cantonnée à une alternative à l'hospitalisation, assurée par les établissements de santé.

La Cour des comptes³² regrette que cette pratique n'ait qu'une position substitutive à l'hospitalisation à temps complet, son but étant de diminuer la durée de séjour. Elle déplore qu'en dépit des incitations constantes des pouvoirs publics, son développement reste très en deçà du potentiel de substitution largement exploité par les pays étrangers.

3.1 Bilan de l'évolution de la chirurgie ambulatoire sur le territoire

L'agence technique de l'information sur l'hospitalisation (ATIH) dresse un bilan de l'évolution du taux de recours à la chirurgie ambulatoire de 2011 à 2015, dans le tableau ci-dessous³³. Le taux de chirurgie ambulatoire est passé de 44,9 % en 2011 à 51,9 % en 2015 où plus d'une prise en charge sur deux s'effectue en ambulatoire.

- **Evolution des taux de recours à la chirurgie et à la chirurgie ambulatoire, France 2011-2015**

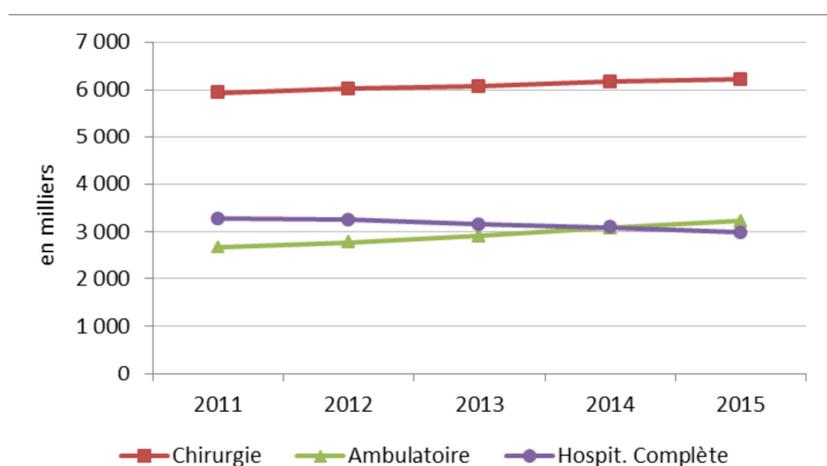
	2011	2012	2013	2014	2015
Taux de recours global à la chirurgie (pour 1 000 habitants)	91.8	92.7	93.0	94.2	94.4
Taux de recours à la chirurgie en hospitalisation complète (pour 1 000 habitants)	50.6	50.0	48.4	47.1	45.3
Taux de recours à la chirurgie ambulatoire (pour 1 000 habitants)	41.2	42.8	44.7	47.1	49.1
Taux de chirurgie ambulatoire	44.9%	46.1%	47.9%	50.0%	51.9%
		2011/2012	2012/2013	2013/2014	2014/2015
Evolution du taux de chirurgie ambulatoire		2.7%	4.0%	4.2%	3.9%

³² https://www.ccomptes.fr/.../rapport_securite_sociale_2013_chirurgie_ambulatoire.pdf

³³ <http://www.scansante.fr/applications/pgm-chir-ambu>

Entre 2011 et 2015, alors que le nombre de séjours de chirurgie pris en charge en ambulatoire évolue régulièrement, les prises en charge en hospitalisation complète sont en légère diminution.

- **Évolution 2011-2015 du nombre de séjours de chirurgie selon le mode de prise en charge**



- **Le secteur privé en avance sur le secteur public**

La Cour des comptes ne manque pas de souligner que la chirurgie ambulatoire est majoritairement prise en charge par les acteurs de l'hospitalisation privée qui a réalisé en 2015, 68 % des actes.

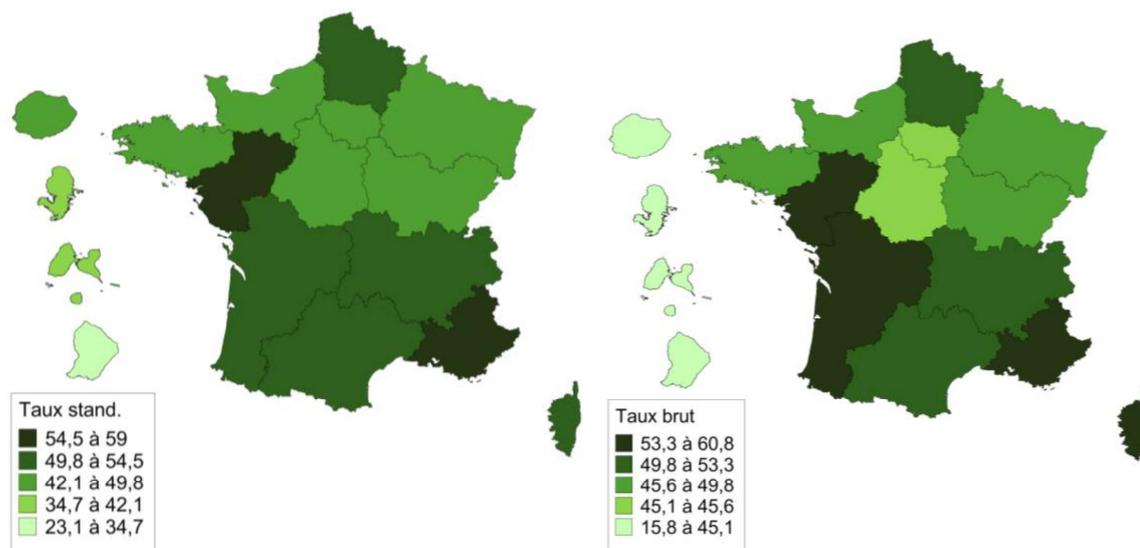
Le différentiel de développement de la chirurgie ambulatoire entre les secteurs privé et public s'expliquerait par des réticences des communautés hospitalières publiques, centrées sur une organisation fondée sur les spécialités, le service et les lits.

La pratique ambulatoire nécessite des réorganisations profondes : celles des activités autour du patient, des équipes chirurgicales et des anesthésistes-réanimateurs, des adaptations des procédures transversales nécessaires à la maîtrise des flux et, souvent, des restructurations immobilières, dès lors qu'il s'agit de créer des unités spécifiques. Enfin, ces mutations profondes sont d'autant plus vécues comme des contraintes qu'elles s'accompagnent souvent d'une diminution des capacités d'hospitalisation conventionnelle.

- **Une pratique inégale selon les territoires**

Le taux de recours national à la chirurgie ambulatoire en 2015 est de 49,1 séjours pour 1 000 habitants, mais il connaît de fortes variations selon les régions : entre 45 et 60 séjours pour 1 000 habitants en métropole et entre 16 et 37 séjours pour 1 000 habitants en outre-mer.

Taux de recours à la chirurgie ambulatoire en 2015 (pour 1 000 habitants) selon la région de résidence des patients (Indicateur 1.2) ³⁴



3.2 Bilan de l'évolution de la chirurgie ambulatoire en région Auvergne Rhône-Alpes

Les deux tableaux ci-dessous, permettent de constater que la région Auvergne-Rhône-Alpes est relativement bien située et a d'ores et déjà atteint la cible fixée pour l'année 2016. Elle se rapproche du niveau national.

- **Données du contrat pluriannuel d'objectifs et de moyen ARS Ministère**

Le ministère reconnaît à l'ARS ARA une forte implication dans l'ensemble des champs du virage ambulatoire : «l'agence ... accompagne et coache les établissements de santé les plus en retard et fait progresser la HAD sur le territoire grâce à la réalisation d'un diagnostic pour identifier les zones blanches ».

Indicateurs du CPOM 2015 – 2018 Auvergne-Rhône-Alpes

	2015	2016		2017	2018	
Virage ambulatoire	Résultat	Cible	Résultat intermédiaire.	Résultat	Cible	Cible
Taux global de chirurgie ambulatoire	51,20%	53,20%	53,80%		56,10%	59%

³⁴ Note ATIH 2016 Etat des lieux 2015 sur l'activité de chirurgie ambulatoire

- **Données régionales issues de scansanté³⁵**

	Région Auvergne-Rhône-Alpes					France
	2012	2013	2014	2015	2016	2016
Taux global de chirurgie ambulatoire (séjours sans nuitée rapportés à l'ensemble des séjours de chaque périmètre)	44,20%	46,50%	49,00%	51,20%	53,80%	54,10%
Nombre de séjours chirurgicaux réalisés sans nuitée et non classés dans les GHM en J, rapporté au nombre total de séjours de chirurgie ambulatoire	10,50%	10,40%	10,10%	10,00%	9,90%	10,40%

4. Les perspectives : un taux de chirurgie ambulatoire de 66,2 % pour 2020

En 2011, le ministère des solidarités et de la santé a arrêté comme objectif, à l'horizon 2016, de se rapprocher du standard de plusieurs pays occidentaux qui nous sont comparables, à savoir huit interventions sur dix réalisées en ambulatoire.

Une nouvelle instruction de la direction générale de l'offre de soins (DGOS), tenant compte des avis des sociétés savantes, a été publiée en 2015, énonçant l'objectif global national de recours à la chirurgie ambulatoire à 66,2% en 2020.

Les effets attendus du développement de la chirurgie ambulatoire sont multiples. D'une part une amélioration de la qualité et de la sécurité des soins par une réduction des infections nosocomiales, une organisation optimisée de l'activité, et d'autre part, une réduction des coûts associés à la prise en charge chirurgicale pour les établissements et l'assurance maladie.

Ces éléments sont confirmés dans les comptes de la Sécurité Sociale de juin 2015 qui rappelle que « la chirurgie ambulatoire est une source d'efficacité au niveau des soins, qu'elle génère de la satisfaction chez les patients et qu'elle ouvre la voie à la modernisation des établissements de santé ». Ce document souligne également que la chirurgie ambulatoire permet à l'assurance maladie de faire de substantielles économies.

4.1 Les enjeux de qualité et sécurité des soins

Pour les médias³⁶, l'organisation performante en chirurgie ambulatoire ne gaspille pas de temps et de ressources, ni pour l'hôpital, ni pour le patient. Elle impose une collaboration accrue avec les professionnels de santé de ville pour garantir le suivi du patient en toute sécurité.

D'après le rapport 2015 de l'Académie nationale de médecine, la chirurgie ambulatoire diminue le risque de survenue de phlébite et d'embolie pulmonaire (complications associées à un alitement prolongé), de même que le risque d'infection du site opératoire, et donc, plus globalement, d'infections nosocomiales contractées lors du séjour hospitalier.

- **Évaluation qualitative de la chirurgie ambulatoire par la Haute Autorité de Santé**

Afin de s'assurer que le développement quantitatif souhaité s'accompagne bien d'un volet qualitatif, la HAS³⁷ a développé des indicateurs de qualité et de sécurité des soins (IQSS) fondés sur l'analyse du

³⁵ <http://www.scansante.fr/applications/analyse-activite-regionale>

³⁶ <http://sante.lefigaro.fr/article/chirurgie-ambulatoire-premier-classement-des-meilleurs-hopitaux>

³⁷ https://www.has-sante.fr/portail/jcms/c_2022569/fr/iqss-2017-indicateurs-de-processus-et-de-resultats-en-chirurgie-ambulatoire

parcours du patient -avant-pendant-après l'hospitalisation - dans une approche intégrée innovante. Il s'agit de :

Indicateur 1 : Évaluation de l'éligibilité du patient à l'admission

Indicateur 2 : Consentement du patient

Indicateur 3 : Évaluation du risque de nausées vomissements post-opératoires (NVPO)

Indicateur 4 : Évaluation du risque de maladie thrombo-embolique veineuse (MTEV)

Indicateur 5 : Anticipation de la prise en charge de la douleur

Indicateur 7 : Qualité de la lettre de liaison à la sortie (chirurgie ambulatoire)

Indicateur 8 : Contact entre le patient et les professionnels de santé de la structure entre J+1 et J+3

L'expérimentation du recueil des indicateurs de processus et de résultats en chirurgie ambulatoire a été réalisée en 2017 sur des données 2015 et 2016 auprès de 77 établissements MCO. Les résultats n'ont pas fait l'objet d'une publication. Fin 2018, la HAS sera en mesure de produire et de diffuser des résultats nationaux sur le processus et le résultat (ré hospitalisations) et de diffuser publiquement sur Scope Santé la satisfaction des patients en chirurgie ambulatoire.

- **Évaluation de la chirurgie ambulatoire par les patients**

Pour le patient, la qualité s'exprime par sa satisfaction quant aux soins rendus en chirurgie ambulatoire et dans la confiance qu'il porte à l'organisation des soins. Son avis peut être sollicité schématiquement aux trois étapes de son parcours : pré-hospitalière, hospitalière et post-hospitalisation.

En complément de cette mesure de satisfaction réalisée par les établissements, la HAS a élaboré une grille patient-traceur³⁸ spécifique pour la chirurgie ambulatoire destinée aux experts-visiteurs de la HAS lors de la visite de certification et aux établissements de santé qui souhaitent utiliser la méthode du patient-traceur comme méthode d'amélioration interne de la qualité et de la sécurité des soins.

La grille patient-traceur est complétée par un outil permettant aux établissements de réaliser le contrôle interne de leur organisation de chirurgie ambulatoire.

4.2 Les enjeux financiers

Un des objectifs avancés en toute transparence par les pouvoirs publics est de générer des économies. Chacun s'accorde à reconnaître que la prise en charge ambulatoire est moins consommatrice de ressources et que, par conséquent, elle entraîne des économies.

Le Plan triennal ONDAM (Objectif National des Dépenses d'Assurance Maladie) vise une évolution structurelle du système de santé sur 3 ans (2015-2017). En alliant qualité des soins et maîtrise des dépenses de santé, 10 milliards d'euros d'économies sont à réaliser d'ici fin 2017. Les agences régionales de santé sont à pied d'œuvre pour le déploiement opérationnel en région.

Le plan national de développement de la chirurgie ambulatoire participe à l'objectif d'économies du **plan triennal** 2015-2017, en contribuant à la réduction des capacités d'hospitalisation complète en chirurgie couplée, le cas échéant, aux actions générales de meilleure organisation des séjours et des plateaux techniques.

Si tous les experts reconnaissent que le développement vers plus de chirurgie ambulatoire est possible, ils s'interrogent sur le montant des économies potentielles. En effet, il existe une très grande variabilité dans l'estimation des économies que la chirurgie ambulatoire serait susceptible de générer pour l'assurance maladie, allant de 550 millions d'euros selon la Fédération hospitalière de France à 6 milliards d'euros pour la Haute autorité de santé.

³⁸ https://www.has-sante.fr/portail/jcms/c_1661702/fr/le-patient-traceur-en-etablissement-de-sante

- **Pour l'Inspection Générale des Affaires Sociales (IGAS) et l'Inspection Générale des Finances (IGF), des économies de 400 à 700 millions d'euros**

L'IGAS et l'IGF³⁹, en 2014, chiffrent les économies potentielles de fonctionnement des établissements de santé entre 400 et 700 millions d'euros, s'appuyant sur plusieurs scénarii de développement, avec un taux cible variant de 54,8 % à 65,6% à l'horizon 2018.

Les économies proviendraient de réductions d'effectifs de nuit et de week-end (35 % des économies réalisées), de la baisse des charges liées à la réduction des capacités en hospitalisation complète (19 %), de gains de productivité permettant une réduction de la masse salariale (14 %) et de la réorganisation territoriale des capacités (32 %).

Inutile de dire que ce type de réorganisation est de nature à provoquer de nombreuses réticences chez le personnel médical et paramédical. Il importe donc d'être prudent sur la question de la montée en charge des organisations de chirurgie ambulatoire, comme de la création d'unités de chirurgie ambulatoire (UCA).

Raisonnablement, l'IGAS et l'IGF attendaient 400 millions d'euros d'économies associées à l'atteinte d'un taux de chirurgie ambulatoire de 57 % à l'horizon 2017.

- **Pour la Cour des comptes, un potentiel d'économies jusqu'à 5 Md€ par an**

Dans son rapport de 2013, la Cour des comptes, s'est fondée, pour annoncer de telles économies, sur les travaux de l'agence nationale d'appui à la performance des établissements de santé et médico-sociaux (ANAP⁴⁰), qui avait estimé un tel potentiel de gains économiques associés au développement de la chirurgie ambulatoire autour de 5 Md€ par an.

Il faut dire que l'ANAP était partie sur des hypothèses hautes : 90 % des patients éligibles à la chirurgie ambulatoire, 80 % des actes chirurgicaux réalisés en ambulatoire, un acte par place et par jour réalisé avec une ouverture de 220 jours annuels, une surface moyenne de 80 à 120 m² par lit et un coût unitaire de fonctionnement de 1 000 € par m².

Dans un premier temps, elle estime qu'il existe un potentiel ambulatoire substituable total de 1 947 000 actes, dont 1 082 000 dans le secteur public et 865 000 dans le secteur privé.

Dans un deuxième temps, elle évalue l'excédent de lits à 48 000 lits de chirurgie conventionnelle, dont 26 400 dans le secteur public et 21 600 dans le secteur privé.

Au final, la somme des économies se situe entre 4,4 et 5,3 Md€, dont 2,6 à 3,2 Md€ dans le secteur public et 1,7 à 2,2 Md€ dans le secteur privé.

On comprendra que ces hypothèses, pour intéressantes qu'elles soient, se heurtent à des limites méthodologiques et de faisabilité. L'intérêt, comme le dit d'ailleurs la Cour des comptes, réside dans le sens de la démonstration : pas d'économies sans fermeture des lits libérés en chirurgie à temps complet.

Cette démonstration a aussi l'intérêt de souligner que le parc chirurgical est sous-utilisé et qu'il n'a pas été redimensionné. En 2013, la Cour des comptes ne manque pas de rappeler qu'en 20 ans, du début des années 1990 à 2011, l'hospitalisation à temps complet a diminué de 32 272 lits, pour aboutir au parc actuel de 81 679 lits. Parallèlement, le nombre de places en chirurgie ambulatoire a plus que doublé entre 1996 et 2011, pour atteindre à cette date 14 098 places. Il existe donc une forte surcapacité en chirurgie. Les lits d'hospitalisation à temps complet sont occupés à seulement 67 % (74 % dans le secteur public et 59 % dans le secteur privé), soit une surcapacité de 18 000 lits, en prenant pour hypothèse un taux d'occupation normal de 85 %.

³⁹ Perspectives du développement de la chirurgie ambulatoire en France. Rapport IGAS/IGF. Juillet 2014

⁴⁰ ANAP, Gilles Bontemps, Chirurgie ambulatoire : état des lieux et perspectives, 2011. Cour des comptes

- **Pour l'assurance maladie, un objectif de 300 millions d'euros pour l'année 2017**

La piste des économies à réaliser pour rééquilibrer les comptes de l'assurance maladie revient chaque année avec le vote du Projet de Loi de Financement de la Sécurité Sociale (PLFSS). L'année 2016 ne s'est pas esquivée devant l'exercice et la CNAM a fait des propositions pour réduire la dépense de 1,4 milliard d'euros l'année prochaine.

Le montant total des économies envisagées pour 2017 se décompose en plusieurs chapitres : 700 millions d'euros au titres de la *maîtrise médicalisée*, autrement dit la réduction des volumes de soins prescrits, dont 430 millions sur les produits de santé, 100 millions sur les indemnités journalières en plein boom depuis 2014, 75 millions sur les transports médicaux, 200 millions en promouvant les génériques, 30 millions avec les bio similaires, 100 millions sur la gestion de la "liste en sus" (répertoire des médicaments innovants accessibles seulement aux hôpitaux).

Sans oublier d'appliquer la politique gouvernementale du "*virage ambulatoire*". C'est-à-dire, moins de nuitées à l'hôpital, plus de suivi en ville, pour économiser 390 millions en 2017. Dans le document préparatoire du projet de loi de financement de la Sécurité Sociale, il est rappelé que le virage ambulatoire sera intensifié en 2017 dans les établissements hospitaliers, en accélérant la diffusion de la chirurgie ambulatoire et en développant l'hospitalisation à domicile. Deux orientations qui représentent un montant global d'économies prévues de 640 millions d'euros.

- **Raison garder sur les économies apportées par le virage ambulatoire**

Tous les chiffrages, incertains et fluctuants, invitent à une certaine prudence :

- 5 milliards d'économies pour l'ANAP et la Cour des comptes ;
- 1 milliard sur 3 ans pour le Ministère de la santé ;
- 556 millions/an pour la FHF ;
- 2,8 milliards en juillet 2014 pour l'Assurance maladie ;
- 645 millions, puis 125 millions, pour l'ATIH, le 12.9.2014
- 100 à 400 millions pour le PLFSS 2015, le 22/09/2014 ;
- 300 millions pour le PLFSS 2017 ;

Le virage ambulatoire, même s'il présente un rythme de développement encourageant et s'il régule les dépenses, ne sera pas un réservoir inépuisable d'économies. Le rapport de l'IFG et de l'IGAS a déjà mis à mal cette fausse espérance.

Une première leçon à tirer : le potentiel maximal de développement est, semble-t-il, plafonné à 64 % des séjours. C'est le résultat qu'avancent les experts de l'IGAS et de l'IGF, qui se sont rendus dans une vingtaine d'établissements de six régions. Ceci vient en contradiction avec les recommandations de la Cour des comptes qui projetaient un développement de la chirurgie ambulatoire porté à 80 % des séjours et attendaient un potentiel d'économies de cinq milliards d'euros.

Il faut intégrer à la problématique du virage ambulatoire que 10 % des patients ne sont pas éligibles. Certains sont écartés de la prise en charge chirurgicale en ambulatoire pour des "raisons médicales". D'autres se trouvent dans des conditions d'éloignement géographique ou d'isolement, ne disposant d'aucun aidant pour assurer leur suivi à domicile. Sans compter sur le frein psychologique bien souvent évoqué concernant l'hospitalisation complète qui, pour certains malades, est vécue comme "plus sécurisante et plus confortable".

Enfin, il faut admettre dans le raisonnement que le développement de la chirurgie ambulatoire s'accompagnera d'une importante réorganisation des ressources humaines, de la logistique, de l'hôtellerie, de la suppression de lits d'hospitalisation et de la réduction des effectifs nécessaires à l'encadrement des lits de chirurgie complète, générant inmanquablement des freins "humains et organisationnels".

- **Questionnement de la commission spécialisée droits des usagers**

En s'inspirant des très nombreuses informations incluses dans les documents qui ont été réalisés par l'ARS des Hauts-de-France pour la journée du 23 avril 2015, dédiée à la chirurgie ambulatoire, la commission "droits des usagers" s'est centrée sur les questions suivantes :

- Le projet d'une unité de chirurgie ambulatoire est-il pensé dans le cadre d'une réorganisation de l'offre de soin à l'échelon du territoire avec une exigence de qualité et la non-dégradation des équilibres financiers ?
- Quelle place est accordée, dans le processus de développement, à la qualité et la sécurité des soins, à la satisfaction du patient et à la modernisation des équipements ?
- Quels choix ont été retenus au niveau des blocs interventionnels de chirurgie ? Comment sont conçus les flux de patients entre la chirurgie ambulatoire et la chirurgie conventionnelle ? Les circuits de patients sont-ils adaptés ? courts ? longs ? les blocs sont-ils dédiés ou communs ?
- Quelles sont les procédures mises en place au moment de l'admission ? Quels sont les critères d'éligibilité ou d'exclusion du patient à une prise en charge ambulatoire ? Comment est organisée l'information du patient à l'admission ? Quelles sont les procédures de sortie, de continuité des soins et de suivi du patient ? La satisfaction du patient est-elle mesurée ? Quelle organisation avec les médecins généralistes, les réseaux de soins infirmiers, l'hospitalisation à domicile, la télésurveillance opérée par le médecin généraliste, etc.

Recommandations

A partir de ces interrogations, la CRSA formule les recommandations suivantes à destination du

Ministère et de l'ARS

- Repenser une organisation de prise en charge ambulatoire centrée autour du patient
- Renforcer la coordination des acteurs dans une logique de parcours
- Réfléchir au décroisement de l'hôpital en améliorant les interfaces ville-hôpital

Professionnels de santé / Etablissements

- Bien informer les patients et leur famille en amont de l'acte ambulatoire
- Informer les usagers et les patients sur la possibilité d'être pris en charge en ambulatoire, en présentant les avantages et les risques spécifiques

III. L'hospitalisation à domicile (HAD)

L'hospitalisation à domicile est un mode de prise en charge qui complète ou se substitue à l'hospitalisation complète de court ou de moyen séjour en établissement de santé avec hébergement. Elle permet d'assurer au domicile du patient des soins médicaux et paramédicaux qui seraient trop complexes à réaliser par la médecine de ville, ou bien trop intenses avec une fréquence trop élevée d'intervention ou nécessitant un savoir-faire ou des équipements de niveau hospitalier, pour une période limitée mais renouvelable en fonction de l'évolution de son état de santé.

Elle propose d'offrir au patient une meilleure qualité de vie tout en garantissant la sécurité des soins, et en réduisant les coûts de la prise en charge. Elle est souvent confondue avec les soins infirmiers à domicile, alors qu'il s'agit d'un mode de prise en charge propre, qui s'adresse à des patients souvent gravement malades.

Il s'agit d'une vraie hospitalisation qui exige des compétences spécifiques, de l'autonomie et de l'adaptabilité de la part des personnels soignants. Elle suppose une réelle logistique en amont, car le domicile doit remplir certains critères. Les technologies de l'information sont largement mises à contribution avec la HAD. Aux forts besoins en logiciels s'ajoutent ceux en télésurveillance, systèmes de téléalarmes déclenchés par le patient et la surveillance audiovisuelle à domicile.

Les domaines de la santé qui peuvent être pris en charge sont de plus en plus nombreux : cancérologie, orthopédie, périnatalité, neurologie, gériatrie, cardiologie, psychiatrie, par exemple.

1. Conditions générales d'admission et de prise en charge dans un service d'hospitalisation à domicile

Admission

Seul un médecin hospitalier ou un médecin traitant peut orienter une personne en HAD, et pour pouvoir y être admis, il faut pouvoir remplir un certain nombre de conditions qui correspondent à son domaine d'intervention :

- le médecin estime que l'état du malade n'exige pas un séjour à l'hôpital et que les soins peuvent être réalisés ou poursuivis chez lui,
- les conditions de logement du malade le permettent, ou tout du moins il peut être adapté
- le patient et sa famille sont d'accord.

Prise en charge

Le service de HAD se charge des formalités administratives auprès de l'Assurance Maladie et s'occupe de l'aménagement de la pièce qui servira au patient, à son domicile.

Le médecin traitant et le médecin coordinateur - qui assure le relais et surveille que le protocole de soins est respecté - se relayent au domicile. Des professionnels paramédicaux et des infirmiers se rendront aussi régulièrement au chevet du patient.

2. Etat des lieux national⁴¹

En 2016, près de 110 000 patients ont été hospitalisés à domicile. Les soins ont donné lieu à 4,9 millions de journées, soit une évolution de +6,7% par rapport à 2015.

Un patient sur deux est âgé de 65 ans et plus, 60% des journées d'hospitalisation leur sont consacrées. Leurs prises en charge sont plus longues et durent en moyenne 33,4 jours contre 22,1 jours pour les moins de 65 ans.

⁴¹ Source : ATIH les chiffres clés de l'hospitalisation à domicile

Parmi les 302 établissements réalisant une activité d'HAD :

- 122 sont publics
- 121 privés d'intérêt collectif qui produisent 60% des journées
- 59 privés commerciaux.

2.1 Une prise en charge qui se développe pour les résidents

en Etablissement d'Hébergement pour Personnes Agées Dépendantes(EHPAD) ...

En 2016, environ 8 200 patients hébergés en EHPAD ont été pris en charge en HAD contre 4 600 en 2013. Le nombre de journées réalisées pour ces patients continue de progresser (+21,7% par rapport à 2015). En 2016, cette activité représente désormais 6% du total de journées d'HAD.

...et en établissements sociaux et médico sociaux hors EHPAD

Depuis mars 2013, les établissements d'HAD peuvent intervenir pour des patients résidant en établissement sociaux (ES) ou médicosociaux (EMS) hors EHPAD. En 2016, près de 300 patients sont concernés. En 2016, cette activité représente 0,4% du total de journées d'HAD.

2.2 Poids des régions⁴²

Les cinq régions réalisant le plus de journées en HAD sont : Ile-de-France (20%), Auvergne-Rhône-Alpes (12%), Nouvelle Aquitaine (11%), Hauts-de-France (10%) et PACA (7%).

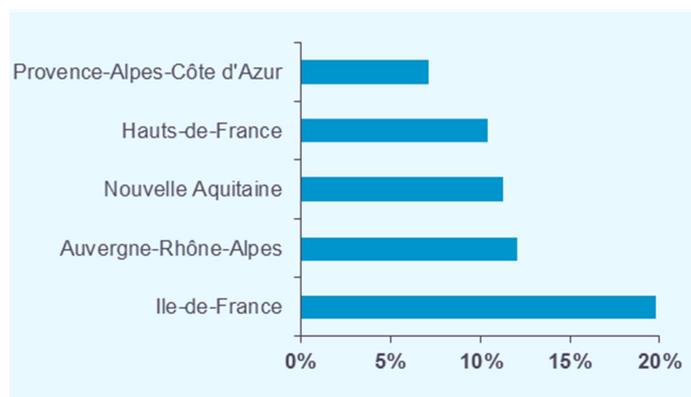
Les évolutions 2015/2016 du nombre de journées varient fortement d'une région à l'autre : cinq régions ont une augmentation supérieure à +10% comme Grand-Est (+16%) et Pays de la Loire (+12%). A l'opposé, la Corse (-4%), la Martinique (-5%) et PACA (-0,3%) ont une diminution du nombre de journées.

⁴² <http://www.scansante.fr/applications/analyse-activite-nationale>

Régions	Nombre d'établissements en 2016	Nombre de journées en 2016	Part en nombre de journées pour 2016	Evolution du nombre de journées 2014/2015	Evolution du nombre de journées 2015/2016
Auvergne-Rhône-Alpes	32	587,5	12,1%	-1,3%	+10,3%
Bourgogne-Franche-Comté	22	161,0	3,3%	+13,7%	+2,1%
Bretagne	14	219,7	4,5%	+4,2%	+11,2%
Centre-Val-de-Loire	9	180,8	3,7%	-0,9%	+5,6%
Corse	5	34,4	0,7%	+5,5%	-4,0%
Grand-Est	30	321,8	6,6%	+8,0%	+16,0%
Hauts-de-France	31	505,3	10,4%	+4,3%	+1,1%
Ile-de-France	15	962,8	19,8%	+4,5%	+6,8%
Normandie	25	211,1	4,3%	+7,0%	+7,5%
Nouvelle Aquitaine	29	549,4	11,3%	+11,5%	+5,8%
Occitanie	35	323,5	6,7%	-1,7%	+5,6%
Pays de la Loire	10	219,5	4,5%	+3,8%	+12,1%
Provence-Alpes-Côte d'Azur	24	346,7	7,1%	+2,3%	-0,3%
ZZ-Guadeloupe	9	132,4	2,7%	+7,8%	+9,5%
ZZ-Guyane	4	13,2	0,3%		
ZZ-Martinique	1	13,6	0,3%	-10,4%	-4,7%
ZZ-Réunion	7	77,9	1,6%	-0,5%	+11,9%
Total France	302	4 860,7	100,0%	+4,2%	+6,7%

Journées en milliers

Poids des 5 régions ayant la plus grande part de journées en 2016



3. Etat des lieux en Auvergne-Rhône-Alpes

Au 31/12/2016, d'après la source SAE (déclaratif) 32 structures étaient implantées sur le territoire, dont 20 relèvent du secteur public, 3 du secteur privé et 9 du secteur privé à but non lucratif. Tous les départements sont couverts par au moins une structure d'HAD avec un taux de recours moyen se rapprochant des objectifs fixés par la circulaire du 4/12/2013. Toutefois, à l'intérieur de la région, des disparités existent entre certaines zones rurales ou montagneuses, peu desservies.

HAD	Région	France
Nombre d'établissements implantés	32	302
Nombre de journées (en milliers)	587,51	4 860,72
Evolution du nombre de journées 2015/2016	+10,3%	+6,7%

Source ATIH

3.1 Comparaison activité et personnel année 2016/2015

	2015	2016	Evolution 2016/2015 en nombre	Evolution 2016/2015 en %
Capacité	1 763	1 849	86	5
Nombre de séjours	18 335	20 746	2 411	13
Nombre de journées	533 228	587 651	54 423	10
Nombre de patients pris en charge en HAD	10 820	11 821	1 001	9
Personnel médical	49	52	3	6
Personnel non médical	443	455	12	3

Tableau synthétique reconstitué à partir des données de la SAE 2016 (voir le détail en annexe 1)

On constate une progression de tous les items. En proportion, le personnel médical et para médical augmente moins rapidement que l'activité.

4. Les perspectives

4.1 Montée en charge de la HAD

L'État s'est engagé dans la promotion du développement de l'HAD, clairement repositionnée en substitution à l'hospitalisation en établissement (ex : chimiothérapie ; soins palliatifs ; transfusion sanguine) au niveau le plus exigeant des soins à domicile. Un objectif seuil de taux de recours à atteindre pour 2018 est fixé à 30-35 patients pris en charge par jour pour 100 000 habitants (ce seuil était de 18,5 patients par jour en 2014).

Ces objectifs impliquent une évolution de l'ensemble de l'offre sanitaire :

- des établissements d'HAD eux-mêmes qui devront s'engager dans les évolutions indispensables en termes de structuration, de taille critique, de réactivité, de professionnalisation, etc.
- des établissements de santé assurant l'hospitalisation avec hébergement, principaux prescripteurs de l'HAD, qui devront intégrer l'HAD plus souvent, y compris sur de nouveaux segments d'activité, ou de façon plus précoce dans les parcours des patients.
- des professionnels libéraux qui devront répondre de façon coordonnée à l'ensemble des demandes qui ne nécessitent pas la compétence de l'HAD, et apprendre à prescrire un recours à l'HAD quand un passage par les établissements d'hospitalisation n'est pas nécessaire.

Le plan national 2015-2018 pour le développement des soins palliatifs et l'accompagnement en fin de vie conforte la place de l'HAD.

4.2 Réforme de la tarification

Actuellement, l'HAD est soumise à un financement global à la journée, dont le prix varie en fonction d'une liste de Modes de Prise en Charge (MPC), de la durée du séjour, ainsi que de l'indice de Karnofsky (IK) censé évaluer l'état de dépendance du patient et donc la charge en soins associée. La tarification actuelle

a tendance à favoriser les établissements d'HAD spécialisés dans la prise en charge des pathologies les moins lourdes, relevant de ce fait davantage parfois de Services de soins infirmiers à domicile (SSIAD) renforcés.

Ce mode de tarification est obsolète et la réforme attendue accumule des retards qui fragilisent le développement de l'HAD. Sa refonte prévue à l'horizon 2019-2020 est indispensable pour mieux asseoir la pertinence et l'efficacité des prises en charge en HAD. De nouveaux modes de financement seraient à expérimenter pour inciter à une sortie rapide de l'hospitalisation conventionnelle de certains patients au bénéfice d'un relais de prise en charge par l'hospitalisation à domicile.

4.3 Les recommandations de la mission Véran et de la Cour des Comptes

La mission Véran⁴³, dans son rapport du 4 avril 2017 sur le financement des établissements de santé, rappelle qu'une réforme de la tarification de l'HAD est en préparation, sous l'égide de la direction générale de l'offre de soins (DGOS) et de l'Agence technique de l'information hospitalière (ATIH).

La mission formule quatre recommandations concernant l'hospitalisation à domicile (HAD), destinées à alimenter la réforme tarifaire en préparation :

- accélérer les réflexions actuelles visant à médicaliser nettement le recueil d'informations utilisées pour le financement de l'HAD".
- conserver un mode de financement dit « tout compris », tout en précisant clairement ce qu'il inclut, notamment en matière de transport, de dispositifs médicaux ou de molécules, afin de favoriser des règles claires et transparentes et ne freinant pas la fluidité des parcours.
- mettre en place des financements forfaitaires spécifiques, sur le modèle du MCO (médecine, chirurgie, obstétrique), pour les missions propres à l'HAD, aujourd'hui mal valorisées.
- fluidifier les parcours de soins grâce à des modèles tarifaires moins cloisonnés.

Ces recommandations rejoignent les solutions proposées par la Cour des comptes dans son rapport sur les évolutions récentes de l'hospitalisation à domicile⁴⁴, à savoir :

- démontrer les avantages d'efficacité et de pertinence
- réorganiser une offre de soins hétérogène et mal répartie
- refondre la tarification

5. Points de vigilance

La commission spécialisée droits des usagers attire plus spécifiquement l'attention sur les aidants familiaux, pièce indispensable de la HAD⁴⁵.

⁴³ <http://www.marisol-touraine.fr/2017/04/olivier-veran-a-remis-ce-jour-a-marisol-touraine-la-2eme-partie-des-travaux-de-sa-mission-sur-levolution-des-modes-de-financement-des-etablissements-de-sante/>

⁴⁴ <https://www.ccomptes.fr/fr/publications/rapport-public-annuel-2017>

⁴⁵ <http://sante.lefigaro.fr/article/les-aidants-familiaux-pièce-indispensable-de-l-hospitalisation-a-domicile/>

D'après une enquête récente, 11 millions de Français accompagneraient des proches en situation de handicap ou de dépendance. On les appelle les aidants. Le ministère des solidarités et de la santé propose un guide pratique des aidants. Il s'adresse à toutes les personnes susceptibles d'aider des proches en situation de dépendance ou de handicap.

<http://handicap.gouv.fr/publications-7/les-guides/article/aidant-familial>

En effet, le transfert des soins des centres hospitaliers vers le domicile risque de peser sur les proches-aidants, déjà surchargés de responsabilités liées au soutien à domicile de leurs parents âgés ou en situation de handicap. Ces aidants n'offrent pas seulement de l'aide et du soutien, mais, en cas de besoin, assurent également le lien entre les institutions et des soins souvent complexes exigeant des technologies de plus en plus sophistiquées à domicile.

Les aidants se trouvent confrontés à deux difficultés : celle liée à la maladie de leur proche et celle de l'organisation « envahissante » de la HAD.

Recommandations

ARS

- Développer l'hospitalisation à domicile (HAD) dans tous les territoires
- Mettre au cœur de la HAD le partage de l'information médicale
- Développer l'HAD dans les établissements d'hébergement sociaux et médico-sociaux

Etablissements et professionnels de santé

- Fluidifier le recours à l'HAD, anticiper les sorties des patients quand la prise en charge à domicile fait suite à une hospitalisation
- Accompagner les aidants familiaux

IV. L'évaluation des établissements de santé

L'année 2016 restera comme une année décisive, au regard de la promotion et de la reconnaissance des droits des usagers. En effet, la Haute Autorité de Santé⁴⁶ (HAS) a procédé pour la première fois à une mesure de la satisfaction des patients hospitalisés plus de 48h, en médecine, en chirurgie ou en obstétrique. Cette information s'inscrit dans un vaste ensemble de dispositifs qui permet à la HAS d'évaluer la qualité des soins et la sécurité du patient dans les hôpitaux et les cliniques.

1. La mesure de la satisfaction des patients hospitalisés en 2016

La mesure de la satisfaction des patients : comment ça marche ?

Lors de son admission dans un établissement de médecine, de chirurgie ou d'obstétrique (MCO), il est proposé à chaque patient ou à son entourage de communiquer son adresse électronique. A la suite de toute hospitalisation de plus de 48 h, il reçoit par courriel, deux semaines après sa sortie, un lien vers un questionnaire de satisfaction sécurisé et anonymisé. Le délai de 15 jours donne au patient interrogé, une fois rentré à son domicile, le recul nécessaire lui permettant de répondre en toute quiétude à l'enquête qui prend 10 minutes et déploie ses questions autour des quatre dimensions de son hospitalisation : son accueil dans l'établissement, sa prise en charge, sa chambre et ses repas et l'organisation de sa sortie.

L'évaluation de la qualité dans un établissement de santé impose d'inclure la mesure, par le bénéficiaire lui-même, de sa satisfaction du système de soins. C'est une des dimensions incontournables de la mesure de la qualité.

Les résultats ayant trait à la satisfaction des patients ont été publiés par la HAS en décembre 2016 sur le site www.scopesante.fr. Incontestablement, pour l'utilisateur, c'est une base d'informations qui lui permet de s'orienter dans l'offre de soins et d'identifier ce qui fonctionne bien dans les hôpitaux et les cliniques : la gestion de la douleur, la satisfaction des patients sur leur prise en charge, les thématiques sur lesquelles des progrès ont été réalisés mais qui doivent encore faire l'objet d'efforts, les droits des patients et les thématiques sur lesquelles il convient de mener en priorité des actions d'amélioration, comme l'organisation de la sortie de l'hôpital, la prise en charge médicamenteuse, le bloc, l'identito-vigilance, etc ...

Les scores de satisfaction se présentent sous la forme d'une "note" sur 100, calculée à partir des réponses des patients au questionnaire de satisfaction. Ils ne représentent pas un pourcentage de patients satisfaits.

1.1 Des résultats contrastés au niveau national

Le score moyen des établissements, au niveau de la satisfaction des patients en ce qui concerne :

Thématiques	Score en %
La prise en charge	80,7
L'accueil dans l'établissement	72,7
L'organisation de la sortie	62,6
L'hébergement et les repas	66,7
Moyenne toutes thématiques confondues	72,7

⁴⁶ Haute Autorité de Santé – Direction de la communication et de l'information des publics – Janvier 2017

Si les patients en France sont en partie satisfaits de leur hospitalisation, il reste, en revanche, à entreprendre, au niveau des structures hospitalières, un certain nombre d'actions ciblées d'amélioration.

1.2 Répartition des établissements par scores de satisfaction

Seuls 403 établissements sur 983 ont été retenus pour le calcul du score de satisfaction. En effet, pour 580 établissements qui avaient moins de 30 questionnaires exploitables, les données ont été jugées insuffisantes.

L'exploitation des enquêtes a permis de dégager quatre groupes d'établissements homogènes en matière de satisfaction du patient, aboutissant à un classement relatif des établissements, des meilleurs aux moins bons. Ce classement permet de les positionner les uns par rapport aux autres et, pour les équipes de professionnels, de s'interroger sur leurs résultats⁴⁷.

	Niveau de satisfaction	% d'établissements
Les meilleurs 	-> Score au-dessus de 77,3	11 % (44 établissements au total)
	-> Score entre 74 et 77,3	24 % (98 établissements au total)
	-> Score entre 70,7 et 74	41 % (166 établissements au total)
	-> Score en-dessous de 70,7	24 % (95 établissements au total)
Les moins bons		

Dans le groupe des meilleurs, qui ne rassemble que 11 % des établissements du groupe, on notera que 76 % des patients recommanderaient "certainement" l'établissement à leurs proches et 80 % y reviendraient s'ils devaient être à nouveau hospitalisés pour la même raison.

24 % des établissements sont classés dans les moins bons, avec un score inférieur à 70,7/100. Dans ce groupe, qui représente le quart du panel, on notera que seuls 47 % des patients recommanderaient "certainement" l'établissement à leurs proches et seulement 57 % reviendraient s'ils devaient être à nouveau hospitalisés pour la même raison.

La comparaison des deux groupes, celui qui a obtenu le meilleur score et celui qui est classé dans les moins bons, montre bien, au niveau des différentes appréciations apportées par les répondants, que la notion de satisfaction globale est très complexe et qu'elle va bien au-delà d'un simple contentement sur l'accueil, la prise en charge, la chambre ou les repas. Les avis donnés sur une éventuelle recommandation de l'établissement à un tiers ou d'un choix reconfirmé dans l'établissement concerné en cas de ré-hospitalisation sont déterminants. Il importe donc que les établissements ne s'arrêtent pas à la seule lecture de leur note globale mais se saisissent de toutes les données qui leur sont confiées pour choisir des stratégies de remédiations.

⁴⁷ Cette méthodologie validée par un comité d'experts nationaux de la mesure de la satisfaction et de l'expérience patient

1.3 Synthèse

Si les appréciations des établissements au niveau de la satisfaction globale des patients sont bien moyennes, elles ne doivent décourager ni les patients, ni les soignants. Pour les uns, il est légitime, à l'hôpital ou dans tout autre secteur où un service est délivré, d'avoir la possibilité d'exprimer sa satisfaction ou sa non-satisfaction, et pour les autres, il est nécessaire d'accepter cette culture de l'évaluation qui fait apparaître des marges de progrès.

L'engagement des établissements de santé, qui se sont mobilisés en un temps restreint, est à souligner. Le recueil des adresses électroniques des patients a demandé aux établissements de santé des évolutions de leurs systèmes d'information. Plus de 80 % des hôpitaux et cliniques concernés ont participé au recueil de la satisfaction, soit 1 152 établissements de santé au total.

Certes, la participation des patients, qui ont été 17,2 % à retourner leur questionnaire, est un score faible, mais jugé honorable pour un dispositif encore peu connu.

La prochaine campagne nationale de mesure de la satisfaction est d'ores-et-déjà lancée depuis le 7 novembre 2016 (déjà 11 000 répondants).

Recommandations

HAS

- Poursuivre les efforts de communication, en collaboration avec France assos santé, afin que les patients connaissent la possibilité donnée par E-SATIS de faire part de leur satisfaction ou pas à la suite d'une hospitalisation
- Exploiter les scores de l'enquête par région afin que chaque ARS dispose d'un indicateur

Etablissements de santé

- Inciter la totalité des établissements à :
 - Participer activement à l'enquête de "satisfaction des patients hospitalisés" pour atteindre 100 %
 - Mettre en œuvre des solutions alternatives pour les patients qui ne disposent pas d'une adresse électronique.

2. La qualité et la sécurité des soins dans les hôpitaux et les cliniques en 2016

Il est important, pour évaluer objectivement la qualité et la sécurité des soins dispensés aux patients, d'observer toutes les étapes et composantes de la prise en charge qui contribuent à la continuité et à l'efficacité des soins. La HAS a défini un certain nombre d'indicateurs pour l'amélioration de la qualité et de la sécurité des soins, lesquels sont disponibles sur le site⁴⁸ de la HAS.

⁴⁸ https://www.has-sante.fr/portail/jcms/r_1500957/fr/indicateurs-de-qualite-et-de-securite-des-soins-iqss

Dans ce chapitre, seront abordés successivement les résultats nationaux 2016 sur la qualité et la sécurité des soins dans les hôpitaux et les cliniques, informations mises en ligne le 16 janvier 2017, qui font état de très bons résultats concernant :

- la tenue du dossier patient,
- l'évaluation et la gestion de la douleur,
- la collaboration entre les différents professionnels de santé,

des résultats qui certes progressent, mais où des améliorations sont encore attendues :

- l'évaluation et l'examen médical du patient,
- le respect des droits des patients,
- les infections nosocomiales (associées aux soins),

et de nettes priorités d'amélioration :

- la sortie de l'hôpital et la continuité des soins,
- les médicaments, le bloc opératoire,
- l'identification du patient à toutes les étapes de sa prise en charge.

2.1 Quatre bons résultats

a) La tenue du dossier patient

Les résultats 2016 montrent que quel que soit le type d'établissement, les dossiers des patients sont dans leur quasi-totalité bien organisés et bien renseignés au niveau administratif, médical et paramédical.

Type d'activité de l'établissement	Résultats (% de patients concernés)				
	Dossier organisé et classé	Conformité de la rédaction des prescriptions médicamenteuses	Présence d'un ou des comptes rendus opératoires	Présence du dossier d'anesthésie	Mention du type d'anesthésie proposée
Médecine, chirurgie, obstétrique	97	87	93	95	95
Santé mentale	97	94			
Hospitalisation à domicile	96	94			
Soins de suite et de réadaptation	98	90			

Tous les établissements sont engagés sur le thème de la bonne gestion des dossiers médicaux, en conformité avec les exigences de la HAS, obtenant des scores supérieurs, même au niveau moyen, des autres thématiques investiguées. Seuls 6 % des établissements font encore l'objet d'une obligation d'amélioration et guère plus de 1 % d'une réserve.

b) L'évaluation et la gestion de la douleur

Là encore, les résultats 2016 sont tout à fait satisfaisants. Les établissements progressent dans la prise en charge de la douleur, priorité de santé publique inscrite dans le Code de la santé publique. La douleur atténuée aide au rétablissement du patient. Tout patient doit être soulagé lorsqu'il souffre.

Les progrès sont patents, passant notamment par l'utilisation d'une échelle validée pour mesurer et donc évaluer la douleur. C'est ainsi que :

- l'évaluation de la douleur des patients a progressé de 5 points par rapport à 2014 pour les activités de médecine, chirurgie, obstétrique,
- de 6 points en soins de suite et de réadaptation,
- de 4 points en hospitalisation à domicile,
- plus spécifiquement, l'évaluation de la douleur après une opération chirurgicale a progressé de 13 points.

Type d'activité de l'établissement	Résultat (% de patients concernés)	
	Évaluation de la douleur	Évaluation de la douleur après une opération
Médecine, chirurgie, obstétrique	86 %	73
Hospitalisation à domicile	80 %	
Soins de suite et de réadaptation	89 %	

Le recueil de l'expérience et de la satisfaction des patients apporte un éclairage complémentaire. Si 86 % des patients ont ressenti des douleurs, dont un tiers des douleurs "extrêmement intenses" ou "intenses", 87 % d'entre eux sont satisfaits de la façon dont leur douleur a été prise en charge.

c) La collaboration entre les différents professionnels de santé

La qualité de la prise en charge dépend le plus souvent de la bonne concertation et de l'étroite coordination entre les différents professionnels de santé intervenant auprès du patient : les médecins de ville, les anesthésistes, les chirurgiens, les psychiatres, etc., fléchissant in fine le niveau de qualité des soins. Il est déterminant que les rapports médicaux des professionnels qui ont suivi le patient avant son hospitalisation soient parvenus à l'établissement. En 2016, on constate que le dossier du patient rassemble les motifs justifiant l'hospitalisation, émanant soit du médecin de ville, soit de l'établissement précédent transférant le patient, soit de l'urgentiste, etc.

Type d'activité de l'établissement	Résultat (% de patients concernés)
Médecine, chirurgie, obstétrique	Présence d'un document médical relatif à l'admission (médecin de ville ou d'un autre établissement) : 93 %
Santé mentale	Document d'un médecin de ville relatif à l'admission : 88 %
Hospitalisation à domicile	Accord du médecin traitant pour l'HAD (à l'entrée) : 79 %
Soins de suite et de réadaptation	Présence d'un document médical relatif à l'admission (médecin de ville ou d'un autre établissement) : 77 %

On notera que ces résultats sont stables ou en légère progression par rapport à 2014. Néanmoins, il serait souhaitable, aux fins de les améliorer, que la liaison médecine de ville/hôpital devienne une réalité incontournable.

Pour ce qui est de l'hospitalisation à domicile ou les activités de soins de suite et de réadaptation, la concertation entre professionnels est indispensable. Concernant la HAD, une réunion de synthèse pluri-professionnelle est mise en place pour 80 % des patients et le protocole de soins est renseigné et daté pour 81 % des patients. Seulement 73 % des patients bénéficient d'une réunion pluri-professionnelle, lorsqu'il s'agit des soins de suite et de réadaptation (SSR).

d) Des progrès en cancérologie

Il est de bonne règle que s'instaure, au profit des patients atteints de cancers, une discussion entre les médecins des spécialités concernées. Le but est d'analyser les bénéfices/risques des différentes prises en charge et d'expliquer au patient le plan personnalisé de soins qui lui est proposé. Les résultats de 2016 montrent que plus de 8 patients sur 10 ont bénéficié d'une concertation pluridisciplinaire associant au moins 3 professionnels de différentes spécialités (82 % contre 79 % en 2014).

2.2 Des résultats qui progressent mais des améliorations encore attendues

a) L'évaluation et l'examen médical du patient

- **L'examen médical du patient**

La règle, lors de l'admission d'un patient, dans un établissement de santé, est de l'examiner, pour faire un point sur sa situation, connaître son histoire médicale. De son côté, il reçoit l'information nécessaire sur sa prise en charge.

On notera des progrès. Cependant, l'examen est loin d'être systématique, comme le montre le tableau ci-dessous. Seulement un peu plus d'un patient adulte sur deux bénéficie dans les 24 h d'un examen psychiatrique, dans les établissements de santé mentale, ou d'une visite pré-anesthésique dans les établissements de médecine, chirurgie, obstétrique avant un acte sous anesthésie.

Type d'activité de l'établissement	Résultat (% de patients concernés)
Médecine, chirurgie, obstétrique	Examen médical d'entrée : 75 % Visite pré-anesthésique : 64 %
Santé mentale	Présence d'un examen psychiatrique dans les 24 h : 64 %
Soins de suite et de réadaptation	Examen médical : 76 %

- **Les évaluations nécessaires lors de toute hospitalisation**

Il faut rappeler que la qualité de la prise en charge, dans les secteurs MCO, de la santé mentale ou des SSR, nécessite la mise en place d'une série d'évaluations qui ont pour but de vérifier :

- L'état de santé du patient au cours de sa prise en charge dans l'établissement, par exemple, la surveillance évolutive des symptômes, la surveillance des constantes physiologiques, du poids ou de la température, autant d'éléments qui peuvent constituer des signaux d'alerte,
- l'adéquation de la prise en charge proposée, par exemple, évaluer les modalités d'anesthésie en fonction des traitements médicamenteux du patient,
- l'évaluation de risques liés à la durée de l'hospitalisation, par exemple, évaluer le risque d'escarre pour les patients qui seront alités sur de longues périodes de la journée et mettre en place des mesures de prévention.

Les pratiques évoluent et s'améliorent. Néanmoins, la marge de progrès reste grande : l'évaluation du risque d'escarre en court séjour est trop faible. Il en est de même pour le suivi du poids en hospitalisation à domicile ou encore l'évaluation psychologique en soins de suite et de réadaptation, en fonction de la situation clinique du patient.

Type d'activité de l'établissement	Résultat (% de patients concernés)
Médecine, chirurgie, obstétrique	Une mesure du poids et un calcul de l'Indice de Masse Corporelle (IMC) (ou évolution du poids avant admission) : 75 % Évaluation du risque d'escarre : 48 % Évaluation du risque anesthésique : 94 % Mention du traitement habituel ou de l'absence de traitement : 95 %
Santé mentale	Suivi hebdomadaire psychiatrique : 87 %
Hospitalisation à domicile	Évaluation de la dépendance : 85 % Évaluation du risque d'escarre : 82 % Suivi du poids : 71 %
Soins de suite et de réadaptation	Évaluation psychologique : 74 % Évaluation de l'autonomie : 90 % Évaluation du risque d'escarre : 81 % Deux mesures du poids sous 15 jours et un calcul de l'IMC (ou évolution du poids avant admission) : 80 %

b) Le respect des droits des patients

La loi de 4 mars 2002 a défini un certain nombre de principes fondamentaux, afin que soient garantis les droits des patients. C'est ainsi que ce dernier a le droit d'être informé sur son état de santé. Ce droit à l'information est valable pour tous. Il permet à chacun d'être éclairé sur son état de santé et de prendre ainsi les décisions concernant sa santé et ses soins en fonction de ce qu'il estime être dans son intérêt. C'est d'ailleurs souvent le principal sujet de préoccupation des patients hospitalisés. Ce droit à l'information du patient est primordial car il est le corollaire de son consentement à tout acte de soin.

Il revient donc à chaque établissement de santé d'organiser l'information et la prise en charge, dans le strict respect des droits du patient, dans les domaines suivants :

- le droit à l'information sur son état de santé et sur les soins qui lui sont proposés,
- la participation à sa prise en charge,
- le droit à désigner une personne de confiance,
- le respect de son intimité, de la confidentialité, etc.

- **Information et association du patient à sa prise en charge**

L'enquête de satisfaction fait état de résultats encourageants, à poursuivre :

- Plus de 70 % des patients ont reçu des explications spontanées sur leur état de santé, sur les traitements, les soins et la prise en charge,
- Lorsque les patients ont demandé des explications, 86,8 % ont reçu des réponses, et dans 91,1 % des cas, la clarté des réponses données par les médecins ou les chirurgiens a été jugée bonne ou excellente par les patients,
- Sur les 50,1 % des patients qui ont souhaité participer aux décisions concernant leurs soins ou leur traitement, 70,7 % d'entre eux ont pu le faire souvent ou toujours,
- Sur la moitié des patients ayant souhaité participer à une prise de décision sur leur soins, 7 sur 10 ont pu le faire de manière régulière (souvent 32,1 % et toujours 38,6 %).

Dans le domaine de l'hospitalisation à domicile, la HAS s'est intéressée à un certain nombre de prérequis qui garantissent une bonne association entre le patient, son entourage et les soignants.

Dans 85 % des cas, dans le secteur de la HAD, l'accord du patient et de son entourage est recherché. Pour le SSR, ce n'est, par contre, que dans 61 % des cas que la participation ou l'accord sont requis. Ce résultat, que l'on peut juger insuffisant, doit faire rapidement l'objet d'amélioration.

- **Désignation de la personne de confiance**

L'application de la disposition du Code de santé publique, qui permet depuis 2005 à chaque patient de désigner une personne de confiance, est loin d'être pleinement satisfaisante. C'est l'une des raisons pour laquelle la loi du 2 février 2016⁴⁹ avec ses décrets d'application du 3 août 2016 crée de nouveaux droits en faveur des malades et des personnes en fin de vie.

Le décret du 18 octobre 2016 fixe les conditions dans lesquelles est donnée l'information sur le droit de désigner la personne de confiance mentionnée à l'article L. 311-5-1 du code de l'action sociale et des familles. Il concerne l'ensemble des personnes accueillies dans un établissement ou service social ou médico-social.

Type d'activité de l'établissement	Résultat (% de patients concernés)
Médecine, chirurgie, obstétrique	Mention de l'identité de la personne de confiance : 66 %
Santé mentale	Mention de la protection judiciaire et des personnes désignées : 58 %
Soins de suite et de réadaptation	Mention de la personne de confiance : 69 %

Il faut rappeler aux structures hospitalières l'importance de connaître la personne qui a été désignée comme personne de confiance. Il leur revient de demander aux patients s'ils ont désigné une personne de confiance et, le cas échéant, de leur expliquer l'intérêt de cette démarche. En effet, elle peut être consultée par les médecins si le patient n'est plus en état de donner son avis.

Il faut souligner que, pour la première fois en 2016, la HAS a mesuré, dans les secteurs de médecine, de chirurgie, d'obstétrique et de soins de suite et de réadaptation, quel était le degré d'application de cette possibilité de désigner une personne de confiance.

Force est de constater que l'application reste mesurée : la désignation n'est effective que dans les dossiers de deux patients sur trois. En psychiatrie, si le résultat a augmenté de 5 points par rapport à 2014, la mention de la protection judiciaire et des personnes désignées reste encore trop faible (6 patients sur 10). Donc, clairement, des efforts à faire.

- **Respect de l'intimité et de la confidentialité**

Au niveau des droits des usagers, il existe deux autres éléments fondamentaux : le respect de l'intimité et du secret professionnel.

Ces deux droits sont exposés dans la Charte de la personne hospitalisée⁵⁰. L'intimité du patient doit être préservée lors des soins, des toilettes, des consultations et des visites. Quant au secret professionnel, il est inscrit dans le Code pénal, le Code de la santé publique, la loi et les divers codes de déontologie des professions de santé.

Elément très satisfaisant : la satisfaction des patients atteint de très bons résultats : 9 patients sur 10 sont satisfaits. En effet, 88,3 % des patients estiment que leur intimité a été respectée de manière bonne ou

⁴⁹ <https://www.legifrance.gouv.fr/affichTexte.do?cidTexte=JORFTEXT000031970253&categorieLien=id>
<https://www.service-public.fr/particuliers/vosdroits/F748>

excellente et 93,9 % des patients considèrent que la confidentialité et le secret professionnel ont été respectés de manière bonne ou excellente.

c) Infections associées aux soins (nosocomiales)

La question des infections nosocomiales revêt une importance particulière : par son retentissement sur l'état de santé des patients, d'une part, et du fait de sa fréquence, d'autre part, puisqu'elles touchent une hospitalisation sur vingt, selon la dernière enquête nationale de prévalence.

Ce sont donc des complications fréquentes du parcours de soins, provoquant des événements indésirables graves, qui conduisent à une augmentation de la durée de séjour, à l'initiation d'un traitement anti-infectieux, à des ré-interventions, à des ré-hospitalisations, mais peuvent également conduire au décès du patient ou à des situations de handicap.

La lutte contre les infections nosocomiales est devenue depuis les années 1990 une priorité nationale.

En 2015, le dernier plan national, dénommé PROPIAS⁵¹ a fixé trois priorités :

- Développer la prévention des IAS (infections associées aux soins), tout au long du parcours de santé, en impliquant les patients et les résidents,
- renforcer la prévention et la maîtrise de l'antibiorésistance dans l'ensemble des secteurs de l'offre de soins,
- réduire les risques infectieux associés aux actes invasifs tout au long du parcours de santé.

Ce programme national de lutte contre les infections associées aux soins est évalué au travers d'indicateurs :

- l'information du patient ayant contracté une bactérie multi résistante est faite dans 97 % des établissements de santé (pour une cible à 100 %),
- la maîtrise de la multi résistance dans les établissements de santé est une thématique plutôt bien maîtrisée avec un indicateur de la maîtrise de la diffusion des bactéries multi résistantes satisfaisant pour 93 % des structures.

D'autres axes du programme national sont moins avancés, comme la prévention de l'antibiorésistance, la maîtrise de la consommation des antibiotiques, à un niveau acceptable dans 82 % des établissements de santé, ou l'hygiène des mains. Si un tiers des établissements ont dépassé leurs objectifs, plus d'un tiers n'ont pas atteint leurs objectifs minimaux de consommation de produits hydro-alcooliques, élément pourtant central de la lutte contre la transmission croisée des bactéries dans les secteurs de soins.

De manière plus détaillée, d'autres paramètres nécessitent encore des améliorations, particulièrement dans le champ du bon usage des antibiotiques :

Infections associées aux soins	Bon usage des antibiotiques La prescription des antibiotiques est informatisée : 79 % Le ou les référent(s) en antibiothérapie a (ont) une compétence adaptée à ses missions : 76 % Ses compétences sont actualisées régulièrement : 68 % Toute antibiothérapie poursuivie plus d'une semaine doit être argumentée dans le dossier patient : 78 % Les données de surveillance de la consommation sont confrontées à celles de la résistance aux antibiotiques : 69 % Surveillance de la posologie de l'antibiotique : 72 % Surveillance la durée de l'antibiothérapie : 77 %
---------------------------------------	--

⁵¹ Programme national d'actions de prévention des infections associées aux soins (PROPIAS) 2015

Les droits des patients sont en nette progression

Il est indéniable qu'au travers des missions qu'elle diligente, comme la certification des établissements, la Haute Autorité de Santé contribue au développement des droits des patients.

Les référentiels de certification s'enrichissent et intègrent au fil du temps les évolutions législatives et réglementaires. Dans la Version 2014, il faut mentionner une innovation, celle du patient traceur qui permet aux experts, lors de leurs visites de certification, de fonder leur observation sur l'expérience de patients en situation réelle. Le principe est d'analyser le parcours intra hospitalier du patient, d'une part avec l'équipe qui le prend en charge, son dossier médical à l'appui et, d'autre part, au travers d'un entretien avec lui de manière à intégrer son point de vue. Une démarche où la parole du patient est entendue.

Le moment de la certification dans les établissements est également une opportunité, pour les représentants d'usagers qui peuvent, à cette occasion, mobiliser les établissements de santé autour des enjeux des droits du patient. D'ailleurs, la HAS a publié un guide en 2015 et a mené une enquête de terrain visant à aborder les différentes modalités pour faire valoir le point de vue des usagers dans la certification.

2.3 Quelques priorités d'amélioration

a) Améliorer la sortie de l'hôpital et assurer la continuité des soins

La préparation de la sortie de la structure hospitalière est souvent pour le patient un moment crucial. C'est un point où des progrès sont attendus. En effet, il peut se produire des ruptures de continuité des soins, entraînant des ré-hospitalisations non programmées, une aggravation de l'état de santé du patient, des situations d'anxiété inutiles et des insatisfactions justifiées du patient.

Pour assurer la continuité des soins, et donc éviter toutes ces difficultés, existent le "courrier de fin d'hospitalisation" ou, depuis janvier 2016, la "lettre de liaison à la sortie", signée par un médecin de l'établissement, adressée au médecin de ville ou à la structure de transfert, et remise au patient le jour de sa sortie. On y trouve les conclusions de l'hospitalisation et les préconisations de prise en charge après la sortie. Condition *sine qua non* pour assurer une bonne coordination "hôpital/ville" ou "hôpital/ structure de transfert".

Le tableau ci-dessous montre que 82 % des patients sortent de MCO ou d'une structure de santé mentale avec une lettre de liaison ou un courrier de fin d'hospitalisation.

Type d'activité de l'établissement	Résultat (% de patients concernés)
Médecine, chirurgie, obstétrique	Lettre de liaison à la sortie du patient (retrouvée dans le dossier) : 82 %
Santé mentale	Compte-rendu ou courrier de fin d'hospitalisation : 82 %
Hospitalisation à domicile	Courrier fin d'hospitalisation : 79 %
Soins de suite et de réadaptation	Courrier de fin d'hospitalisation comprenant les éléments minimums : 87 % Rédaction d'un traitement de sortie : 81 %

Il est important qu'un courrier de fin d'hospitalisation ou une lettre de liaison⁵² accompagne le patient à sa sortie. Ceci dit, bien souvent, son contenu est incomplet, sa remise au patient n'a pas lieu à la sortie, son envoi au médecin de ville ou à la structure de transfert est trop tardif.

⁵² En 2016, la mise en place de la lettre de liaison à la sortie (en anticipation de l'application de la Loi de Santé de janvier 2016 au 1^{er} janvier 2017) a été mesurée dans les établissements de médecine, chirurgie, obstétrique. En soins de suite et de réadaptation, en hospitalisation à domicile et en santé mentale, c'est l'indicateur «délai d'envoi du courrier de fin d'hospitalisation» qui a encore été évalué.

Il est donc important que des progrès soient enregistrés, à la fois sur le contenu des documents pour la continuité des soins en ville et les délais d'envoi ou de remise au patient.

Type d'activité de l'établissement	Résultat (% de patients concernés)
Médecine, chirurgie, obstétrique	Lettre de liaison Remise de la lettre de liaison au patient : 27 % Traitements médicamenteux présents dans la lettre de liaison : 33 % Risques liés à l'hospitalisation dans la lettre de liaison : 20 % Destination du patient à la sortie dans la lettre de liaison : 64 %
Santé mentale	Courriers remis au patient ou envoyés dans les 8 jours et comportant les éléments indispensables : 55% Conformité du courrier de fin d'hospitalisation : 77%
Hospitalisation à domicile	Transmission des informations assurant la continuité des soins à la sortie : 61 %
Soins de suite et de réadaptation	Délai d'envoi du courrier de fin d'hospitalisation : 80%

Des priorités :

- améliorer l'organisation de la sortie des patients,
- en MCO, seul 1 patient sur 4 part avec sa lettre de l'établissement, lettre souvent insuffisamment documentée pour assurer la continuité des soins,
- en santé mentale, seul 1 patient sur 2 a un courrier remis à la sortie ou envoyé à son médecin dans les 8 jours,
- et en hospitalisation à domicile, seuls 6 patients sur 10 voient les informations nécessaires à la poursuite des soins transmises à leur médecin

D'ailleurs, les patients eux-mêmes déclarent leur insatisfaction au regard de l'organisation de la sortie. En effet, 1 patient sur 4 se déclare insatisfait et le score des établissements au niveau national dépasse à peine les 60 sur 100.

b) Améliorer la gestion hospitalière des médicaments

Il s'avère globalement, suite aux évaluations pratiquées en 2016, que les prescriptions médicamenteuses figurant dans les dossiers des patients y sont bien consignées et de manière conforme. Pour autant, des points sont à revoir en ce qui concerne la qualité de l'administration des médicaments, les traitements de sortie et leur communication au médecin de ville en charge de suivre le patient.

Or, même s'il est vrai qu'à l'hôpital le médicament a un trajet complexe avant de parvenir au patient et que de nombreux professionnels interviennent à chaque étape, il n'en demeure pas moins que la prise en charge médicamenteuse doit assurer à chaque patient l'apport du médicament qui lui est destiné, à la posologie qui lui est propre, selon la bonne voie et dans les conditions de sécurité optimum. Sans oublier, de prendre en compte le traitement personnel du patient à l'admission, de documenter l'intégralité du traitement médicamenteux lors des éventuels transferts vers d'autres services et au moment de la sortie, et d'établir une coordination efficace avec les professionnels de ville.

Type d'activité de l'établissement	Résultat (% de patients concernés)
Médecine, chirurgie, obstétrique	Qualité de l'administration médicamenteuse pendant l'hospitalisation : 60 % Rédaction d'un traitement de sortie : 56 % Traitements médicamenteux présents dans la lettre de liaison : 33 %
Hospitalisation à domicile	Organisation du traitement médicamenteux : 73 %

Lors des visites de certification, c'est à propos de la prise en charge médicamenteuse que la HAS observe le plus de dysfonctionnements. Sur les 845 établissements visités depuis 2015 avec la dernière version de certification (V2014), la HAS a constaté des problèmes de prise en charge médicamenteuse pour 48 % d'entre eux. C'est dire l'importance du problème.

Les principaux dysfonctionnements observés ont trait à :

- l'inobservation des bonnes pratiques, à toutes les étapes du circuit, par exemple : l'accès à la pharmacie à usage intérieur n'est pas réservé qu'aux seuls professionnels habilités,
- le stockage des médicaments dans les armoires en pharmacie n'est pas sécurisé,
- le classement des médicaments dans les armoires ne permet pas de prévenir le risque de confusion ou d'erreur,
- au lieu d'utiliser la prescription initiale, les infirmiers la recopient, créant ainsi un risque d'erreur,
- les médicaments sont administrés sans se référer systématiquement à la prescription du médecin.

Dans un nombre important de cas, les professionnels sont insuffisamment sensibilisés et formés au risque d'erreur médicamenteuse.

c) Mieux sécuriser le bloc opératoire

L'organisation des professionnels au bloc opératoire est cruciale pour chaque patient le fréquentant. Or, c'est un lieu complexe, impliquant de nombreux intervenants, donc à risque pour la sécurité du patient.

Il est regrettable de constater, lors des visites de certification de la HAS, que la thématique "bloc opératoire" est celle où l'on observe le plus de dysfonctionnements. Ainsi, sur les 317 établissements de santé disposant d'un bloc et visités par la HAS depuis 2015, via la procédure V2014, 56 % présentaient des dysfonctionnements.

Depuis les visites effectuées de 2011 à 2014, via la certification V2010, des évolutions notables ont été pointées en matière de sécurisation des activités opératoires. Pour autant, des problèmes récurrents demeurent :

- l'absence de mise en œuvre ou mise en œuvre partielle de la *check-list* "Sécurité du patient au bloc opératoire", outil qui permet aux professionnels d'éviter les erreurs et de sécuriser les opérations,
- la sortie trop rapide de la salle de réveil après anesthésie et parfois sans avis médical,
- le travail attendu des professionnels d'identifier les principaux risques liés à l'activité chirurgicale demeure insuffisante,
- les locaux ou les équipements sont encore parfois inadaptés,
- sans sous-estimer que les effectifs d'anesthésie sont insuffisants et donc fragilisent la continuité des soins et/ou induisent des glissements de tâches (par exemple, réalisation par un infirmier d'un acte qui aurait dû être réalisé par un médecin).

d) Identification du patient à toutes les étapes de sa prise en charge

Une identification fiable et unique du patient à toutes les étapes de sa prise en charge et à chacune de ses venues dans l'établissement est une condition indispensable pour sécuriser les soins dispensés. Cette précaution permet de relier toutes les données du patient dans le temps et de toujours délivrer l'acte ou le traitement prescrit à la bonne personne.

C'est un enjeu majeur pour la continuité et la sécurité des soins, compte-tenu du risque d'erreurs potentiellement graves liées à une mauvaise identification (erreur de médicament, erreur de résultats de laboratoire, erreur de côté, etc.).

Il est inquiétant, en 2016, de constater que seuls 7 patients sur 10 sont identifiés correctement (nom, prénom, date de naissance, sexe) dans leur dossier en médecine, chirurgie, obstétrique.

Type d'activité de l'établissement	Résultat (% de patients concernés)	
	Identification du patient dans son dossier	Identification du patient sur la lettre de liaison
Médecine, chirurgie, obstétrique	72	73

Au cours des certifications (V2014), voici les principaux dysfonctionnements relevés :

- Les professionnels de santé ne respectent pas les bonnes pratiques en matière d'identification du patient, par exemple : les piluliers ne sont pas identifiés au nom du patient mais selon le numéro de la chambre,
- l'ensemble des pièces d'un dossier patient ne comportent pas l'identité du patient,
- le port du bracelet d'identité n'est pas effectif en secteur à risques,
- il n'existe pas de dispositif d'évaluation permettant de s'assurer que l'organisation et les pratiques garantissent pour tout acte une parfaite identification du patient : les professionnels ne mettent pas en place d'audit, de contrôle ou d'exploitation des événements indésirables pour en tirer des enseignements,
- Les professionnels de santé sont insuffisamment formés et sensibilisés aux enjeux de l'identification du patient.

En conclusion

On ne peut que se féliciter du travail effectué par la HAS qui, par la certification tous les quatre ans des 2 700 établissements de santé en France, déploie, lors de ses visites, un ensemble de dispositifs qui lui permet d'évaluer la qualité des soins et la sécurité du patient dans les établissements de santé.

Dans le même temps, la HAS recueille chaque année, auprès des 2 700 établissements, des indicateurs de qualité et de sécurité des soins, en partenariat avec l'Agence technique de l'information sur l'hospitalisation (ATIH).

À présent, en 2016, la HAS a ajouté à ces résultats, pour la première fois, la mesure de la satisfaction des patients hospitalisés plus de 48h en médecine, chirurgie ou obstétrique, grâce au dispositif national e-Satis. Ainsi, ce sont plus de 56 000 patients qui ont ainsi répondu à un questionnaire de satisfaction détaillé, permettant à la HAS de calculer un score de satisfaction par établissement. En décembre 2016, elle a publié ces résultats sur www.scopesante.fr.

Toutes ces informations sont utiles pour les patients qui souhaitent choisir leur établissement de santé. Elles constituent également un moyen d'identifier ce qui fonctionne bien dans les hôpitaux et cliniques : la gestion de la douleur, la satisfaction des patients sur leur prise en charge ; les thématiques sur lesquelles des progrès ont été réalisés mais devant encore faire l'objet d'efforts, comme les droits des patients et les thématiques sur lesquelles il faut mener en priorité des actions d'amélioration, comme l'organisation de la sortie de l'hôpital, la prise en charge médicamenteuse, le bloc opératoire et l'identito-vigilance.

Les établissements enregistrent de bons résultats :

- La thématique sur laquelle les patients expriment le plus haut niveau de satisfaction est la prise en charge, cœur de métier des équipes hospitalières. Ils se sentent écoutés par les professionnels de santé (83,5 % des patients) qui répondent à leurs questions (87 % d'entre eux) et se sentent soutenus par les infirmiers et aides-soignants (77 %).
- La gestion de leur douleur est également un point de satisfaction : 87 % de ceux en ayant ressenti sont satisfaits de la façon dont elle a été prise en charge. Ce bon résultat apparaît également dans les autres indicateurs de la HAS : l'évaluation de la douleur s'améliore encore cette année et atteint 86 % en médecine, chirurgie, obstétrique (MCO) et jusqu'à 89 % en soins de suite et de réadaptation.

- La collaboration entre les différents professionnels de santé à l'admission et pendant l'hospitalisation constitue un autre point fort des établissements : les informations motivant l'hospitalisation sont disponibles (93 % en MCO), les professionnels impliqués dans la prise en charge se concertent pour discuter des patients, et notamment pour les situations les plus complexes concernant des personnes âgées ou atteintes de maladies graves. Ainsi, en hospitalisation à domicile, où les professionnels se succèdent chez le malade, une réunion de synthèse pluri-professionnelle est réalisée dans 80 % des cas et un protocole de soins est renseigné dans plus de 80 % des cas.

Des progrès restent à faire sur le respect des droits des patients, malgré les améliorations obtenues

- Plus de 9 patients sur 10 considèrent que la confidentialité et le secret professionnel ont été respectés de manière bonne ou excellente.
- Concernant le respect de la dignité, de l'intimité et de la confidentialité, l'attitude des professionnels sur cette thématique a recueilli la satisfaction de près de 9 patients sur 10.
- La HAS a toutefois continué à observer en visite de certification que les locaux ou les équipements étaient inadaptés. Respecter les droits des patients, c'est aussi les informer et les associer à leur prise en charge. Les pratiques doivent encore s'améliorer sur cette thématique : si seulement 1 patient sur 2 a exprimé son souhait de participer à la décision médicale, seuls 7 sur 10 disent avoir pu le faire souvent ou toujours.

Des points faibles doivent être améliorés en priorité ; l'organisation de la sortie, les médicaments, le bloc et l'identité-vigilance

L'organisation de la sortie de l'hôpital est une étape stratégique de l'hospitalisation : c'est le moment où tout doit être fait pour que les patients continuent de recevoir les soins appropriés à leur retour à domicile ou lors de leur transfert vers un autre établissement.

- 24 % des patients se disent pourtant insatisfaits de l'organisation de leur sortie et les dispositifs d'évaluation des pratiques confirment qu'il s'agit d'une priorité d'amélioration pour les établissements. Par exemple, en médecine, chirurgie, obstétrique, seul 1 patient sur 4 part avec une lettre de fin d'hospitalisation (lettre de liaison), et celle-ci est dans la majorité des cas insuffisamment documentée pour assurer la continuité des soins. Dans les établissements psychiatriques, un courrier est remis au patient à sa sortie ou envoyé à son médecin dans les 8 jours dans un cas sur deux seulement.
- La prise en charge médicamenteuse reste encore, en 2016, un axe d'amélioration prioritaire : si la prescription des traitements s'est nettement améliorée en quelques années (passant de 31 % en 2007 à 87 % en 2015), le circuit du médicament, de la prescription à l'administration au patient, n'est toujours pas assez sécurisé (par exemple, l'accès à la pharmacie intérieure n'est pas réservé aux seuls professionnels habilités, le rangement dans les armoires ne permet pas de prévenir le risque de confusion ou d'erreur,...).
- Concernant le bloc opératoire, on observe encore cette année que les professionnels n'utilisent que partiellement la check-list pour minimiser le risque d'erreur et sécuriser les opérations.
- Enfin, l'identification du patient doit être impérativement améliorée : elle n'est pas conforme dans 3 dossiers sur 10 (nom, prénom, date de naissance ou sexe) et de mauvaises pratiques perdurent (les piluliers ne sont pas identifiés au nom du patient mais selon le numéro de la chambre, le port du bracelet d'identité n'est pas généralisé en secteur à risques,...).

Ce bilan effectué par la HAS au niveau national, à partir de données 2016, fournit à l'ensemble des usagers du système de santé français, une évaluation réaliste et objective de la satisfaction des patients hospitalisés, comme du niveau de qualité et de sécurité des soins dans les hôpitaux et cliniques en France. Ce travail, qui s'inscrit dans une continuité d'observation et une grande rigueur méthodologique, permet ainsi de mesurer les progrès réalisés en quelques années. C'est un encouragement, pour les équipes d'administration, de gestion et de soins, à poursuivre leurs efforts, là où ont été pointées des faiblesses lors des visites de certification. Nul ne doute que les établissements seront attachés à améliorer leurs scores et à assurer aux patients pris en charge des soins de qualité en toute sécurité.

Pour l'ARS Auvergne-Rhône-Alpes, ce bilan annuel, qui met à jour de nombreux indicateurs nationaux, est une invitation à situer les établissements de la région au regard des chiffres et des données nationales. Non pour établir un énième classement des hôpitaux et cliniques, mais pour mieux connaître les points d'excellence des équipements régionaux comme les marges de progrès à réaliser, tant au niveau hospitalier qu'ambulatoire.

2.4 Données issues des visites de certification effectuées par la HAS en 2016

Ces données sont transmises spécifiquement pour le rapport des CRSA. Elles permettent la classification des établissements à partir des cotations **A, B, C, D**⁵³ pour les critères suivants :

- évaluation de la satisfaction des usagers (critère 9b),
- promotion de la bientraitance (critère 10a),
- prise en charge la douleur (critère 12a),
- encouragement des usagers à rédiger des directives anticipées relatives aux conditions de leur fin de vie (13a),
- facilitation de l'accès au dossier du patient (critère 14b).

⁵³ A signifiant l'absence de recommandation, B la présence de recommandations, C la présence de réserves et D de réserves majeures.

Résultats AUVERGNE/RHONE-ALPES : 319 établissements

Source HAS (Extraction des données d'Auvergne-Rhône-Alpes du tableau général classant les établissements des régions, en fonction de leur cotation À, B, C ou D)

	Critère 10.a					Critère 12.a				
	Court Séjour	HAD	Santé mental	SLD	SSR	Court Séjour	HAD	Santé mental	SLD	SSR
Nombre ES ayant cotation A	39	8	10	19	46	75	19	16	27	73
Nombre ES ayant cotation B	133	21	45	50	142	90	11	33	34	101
Nombre ES ayant cotation C	10	2	7	1	8	20	1	24	12	32
Nombre ES ayant cotation D						1		2	1	
HAD	Hospitalisation à domicile									
SLD	Soins de longue durée									
SSR	Soins de suite et/ou de réadaptation									

	Critère 13.a					Critère 14.b					Critère 9.b
	Court Séjour	HAD	Santé mental	SLD	SSR	Court Séjour	HAD	Santé mental	SLD	SSR	
Nombre ES ayant cotation A	60	18	7	27	71	150	24	46	54	160	193
Nombre ES ayant cotation B	80	10	28	31	87	19	5	12	14	29	126
Nombre ES ayant cotation C	28	2	2	12	30	16	1	5	4	13	
Nombre ES ayant cotation D	4		1	1	1	1				1	1

9 b – évaluation de la satisfaction des usagers : 100% des établissements ont une cotation A ou B

10 a – Promotion de la bientraitance :

Aucun établissement en cotation D
28 la cotation C, soit 9% (5% pour l'exercice précédent)

12 a - Prise en charge la douleur :

4 établissements ont la cotation D
89 la cotation C, soit 28% (15% pour l'exercice précédent)

13 a - - Encouragement des usagers à rédiger des directives anticipées relatives aux conditions de leur fin de vie :

7 établissements ont la cotation D
74 la cotation C, soit 23% (15% pour l'exercice précédent)

Remarque : hormis pour l'évaluation de la satisfaction des usagers (9b), les résultats sont moins satisfaisants que l'année précédente. Aussi, la CRSA invite les établissements classés en C et D à redoubler d'effort.

Recommandations

La CRSA exprime des recommandations là où les scores de satisfaction des patients sont insatisfaisants

Etablissements de santé et professionnels de santé (PS)

- Poursuivre la collaboration entre les professionnels de santé pour que la liaison médecine de ville/hôpital devienne une réalité incontournable
- Préparer la sortie des patients après hospitalisation
- Inciter les établissements et PS à mettre en place une procédure de recueil de la personne de confiance
- Garantir la sécurité lors de la prise en charge médicamenteuse
- S'assurer de l'identification de chaque patient
- Redoubler d'effort lorsque les cotations sont en C et D.

Troisième partie : ... les sujets permanents

I. Le fonctionnement des commissions des usagers (ex CRUQPC)

La Commission des relations avec les usagers et de la qualité de la prise en charge (CRUQPC) est un organe de consultation sur la politique d'accueil et de prise en charge des usagers dans les établissements de santé. Elle est consultée sur leur accueil et leur prise en charge. Elle examine leurs plaintes et leurs réclamations (art. R.1112-81 du Code de la santé publique), et émet des recommandations pour résoudre les litiges en informant les patients des voies de conciliation ou de recours possibles (art. L.1112-3 du Code de la santé publique).

Dans cette perspective, elle a l'obligation de rédiger un rapport transmis à l'agence régionale de santé qui en fait la synthèse et la communique, pour examen, à la conférence régionale de la santé et de l'autonomie (CRSA).

L'année 2016 est la dernière année de fonctionnement des CRUQPC avant leur transformation en Commissions des usagers (CDU) prévue par l'article 183 de la loi du 26 janvier 2016 de modernisation de notre système de santé.

Le rapport CRUQPC-2016 de l'Agence Régionale de Santé Auvergne-Rhône-Alpes est basé sur le questionnaire standardisé proposé par le ministère.

1. Données d'information générales

L'unité statistique du rapport est la structure. Elle peut être un établissement géographique, une entité juridique ou un regroupement de plusieurs établissements géographiques.

Pour le rapport CRUQPC relatif à l'activité 2016, 320 structures ont été sollicitées et 308 ont répondu, soit 96 % (98 % pour la CRUQPC-2015).

2. Fonctionnement de la CRUQPC

Cette partie regroupe différents items se rapportant au fonctionnement de la CRUQPC. Parmi les 308 structures répondantes, 37 ont formulé une recommandation dans leur rapport CRUQPC-2016 sur le fonctionnement de la CRUQPC : la composition, le nombre de réunions, la place de la CRUQPC dans l'établissement ...

2.1 Membres de la CRUQ⁵⁴

Les rapports CRUQPC-2016 ont permis de recenser 2 309 membres obligatoires contre 2 514 lors du rapport CRUQPC-2015. En 2015 ou en 2016, 83 % des postes des membres obligatoires des structures répondantes sont occupés. La part des postes occupés diminue pour le représentant légal et pour les représentants des usagers à l'exception du représentant d'utilisateur titulaire, pour lequel on observe une augmentation de 3 points.

⁵⁴ Le décret précise la composition de la CRUQPC :

- Le représentant légal de l'établissement ou la personne qu'il désigne à cet effet, président ;
- Deux médiateurs et leurs suppléants, désignés par le représentant légal de l'établissement dans les conditions prévues à l'article R. 1112-82 ;
- Deux représentants des usagers et leurs suppléants, désignés par le directeur de l'agence régionale de l'hospitalisation dans les conditions prévues à l'article R. 1112-83.

a) Zoom sur les représentants des usagers

Sur les 308 structures répondantes, il devrait y avoir $308 \times 4 = 1\,232$ RU dans la région Auvergne-Rhône-Alpes. Les rapports CRUQPC-2016 ont permis de recenser 927 RU titulaires et suppléants, soit 75 % du nombre de RU théorique. Le taux de RU est plus élevé dans les structures publiques (81,7 %) que dans les structures privées (70,3 % dont 78,1 % pour les ESPIC et les privées non lucratifs et 65 % pour les privées à but lucratif).

Le Nouveau Rhône et la Métropole de Lyon sont les deux départements où le taux de RU est le plus faible : 50% (en 2015 respectivement 57 % et 59 %) Les départements de l'ex-région Auvergne ainsi que la Drôme, la Savoie, l'Isère et l'Ardèche se situent au-dessus du taux régional de 75 %.

On constate que sur les 308 structures répondantes à la CRUQPC, 47 % ont indiqué quatre noms de RU. En d'autres termes, 53 % des structures n'ont pas le nombre de RU titulaires et suppléants obligatoires. Si on calcule le taux de RU selon la capacité installée (lits et places, SAE 2016), on observe que les petites structures ont un taux de RU plus faible que les grandes structures.

L'ARS en partenariat avec le CISS mettent tout en œuvre pour inciter les associations agréées à proposer des RU. L'ARS vise le taux de désignation des RU de 100%. A minima, elle souhaite que puisse être désigné au moins 1 RU dans les établissements qui n'en ont pas actuellement.

2.2 Formation des membres de la CRUQ

15 % des membres obligatoires ont suivi une formation en 2016 sur le rôle et les missions des CRUQPC et/ou sur les droits des usagers. Cela représente en moyenne 0,2 formation par membre ou 1,5 formations par membre parmi ceux ayant suivi au moins une formation.

C'est la catégorie des représentants des usagers qui enregistre le plus grand nombre de personnes formées. Cette part atteint 31 % pour le RU1 titulaire. Par ailleurs, 31 % des responsables qualité ou le PCRU ont suivi une formation. Ils ne figurent pas sur ce graphique car ils ne sont pas indiqués comme membre obligatoire.

2.3 Fréquence des réunions plénières⁵⁵

Le nombre de réunions plénières organisées au cours de l'année varie entre 0 et 12.

69 % des CRUQPC ont tenu quatre réunions ou plus dont 56 % quatre réunions. On observe une progression de ces taux par rapport à 2015, où ils atteignaient respectivement 62 % et 53 %.

84 % des structures répondantes ont organisé au moins 3 réunions annuelles, la période estivale étant souvent neutralisée.

31 % des CRUQPC n'ont pas respecté l'obligation d'assurer une réunion par trimestre, dont 6 structures n'ont organisé aucune séance plénière (36 % en 2015).

3. Informations relatives à la gestion des réclamations (hors plaintes relevant du contentieux)

Le décret précise que :

- l'ensemble des plaintes et réclamations adressées à l'établissement de santé par les usagers ou leurs proches ainsi que les réponses qui y sont apportées par les responsables de l'établissement sont tenues à la disposition des membres de la commission
- la commission examine celles de ces plaintes et réclamations qui ne présentent pas le caractère d'un recours gracieux ou juridictionnel et veille à ce que toute personne soit informée sur les voies de recours et de conciliation dont elle dispose

⁵⁵ L'article R. 1112-88 : « La commission se réunit sur convocation de son président au moins une fois par trimestre »

10 754 réclamations ont été recensées en 2016 dans 303 structures. Parmi ces structures, il y a en 31 qui ont indiqué zéro réclamation dont la moitié avait déjà indiqué n'avoir reçu aucune réclamation en 2015. Il faut garder à l'esprit que les structures qui ont beaucoup de réclamations ne sont pas forcément les structures les plus à risque. Il peut s'agir de structures qui communiquent mieux sur les moyens d'effectuer une réclamation et qui les traitent mieux.

65 % des réclamations concernent l'administration, la chirurgie, la médecine, l'urgence et/ou le SSR. La chirurgie comptabilise la moitié des réclamations recensées en Médecine Chirurgie Obstétrique (MCO). Cependant, quand on relativise le nombre de réclamations avec le nombre de séjours en hospitalisation complète, partielle ou ambulatoire, c'est l'obstétrique qui recense le plus de réclamations. Aucune information sur le degré de gravité de la réclamation n'est disponible. Cependant une approche reste possible, par l'observation de la répartition du nombre de réclamations selon le motif.

"La prise en charge : aspects médicaux" est le motif des réclamations le plus fréquent (36 %).

Au sein de ce poste, 3 motifs sur 10 portent sur les relations avec les médecins et/ou la qualité des soins. La répartition des motifs des réclamations se modifie entre le rapport CRUQPC 2015 et celui de 2016. Le motif d'accueil et administration a augmenté de 4 points tandis que celui de la vie quotidienne, environnement a diminué de 3 points.

67 % des motifs de réclamation portant sur la "Vie quotidienne, environnement" sont liés à une perte, un vol, un endommagement d'objet et/ou à un mécontentement sur les prestations hôtelières. Pour l'accueil et l'administration, 62 % des motifs relèvent de la facturation et/ou des dépassements d'honoraire (diminution de 5 points par rapport à 2015).

Concernant les aspects paramédicaux, un motif sur quatre (26 %) concerne les relations avec le personnel.

4. Informations relatives à la mesure de la satisfaction des usagers

Questionnaire de sortie

95 % des structures répondantes de la région Auvergne-Rhône-Alpes disposent d'un questionnaire de sortie.

Parmi les 292 structures disposant d'un questionnaire de sortie : 63 % le remettent à l'entrée de l'hospitalisation, 52 % à la sortie, une sur quatre durant le séjour et 7 % après le séjour.

Parmi les 242 structures ayant indiqué le nombre de questionnaires de sortie distribués et le nombre de questionnaires retournés, le taux de retour varie entre 0 % et 100 %. La valeur minimum est observée pour une seule structure de même que pour la valeur maximum. La valeur de la médiane est de 30 %. Cela signifie qu'il y a au moins 50 % des structures pour lesquelles le taux de retour des questionnaires est *a minima* de 30 %.

E-SATIS

C'est l'indicateur de mesure de la satisfaction des patients hospitalisés en MCO. Il a été confié à la HAS depuis le 1^{er} janvier 2015

Parmi les 192 structures répondantes MCO concernées par le questionnaire E-SATIS, 55 % utilisent l'enquête de satisfaction E-SATIS. Ce taux a diminué de 8 points par rapport à celui observé en 2015. Parmi les 106 structures utilisant le questionnaire E-SATIS, 64 % affichent les résultats des indicateurs E-SATIS et 86 % informent la CRUQPC des résultats.

5. Documents d'information à destination des usagers

La partie ci-dessous concerne les documents d'information mis en place par les structures auprès des usagers afin de les informer de leurs droits. Cette information passe notamment par le livret d'accueil, la charte de la personne hospitalisée, les indicateurs qualité et des documents relatifs au fonctionnement de la CRUQ.

99% des établissements ont un **livret d'accueil** et 93% l'ont actualisé entre 2014 et 2016.

88 % des structures associent des documents au livret d'accueil tel que le formulaire permettant de recueillir la personne de confiance...

Parmi les 307 structures disposant d'une **charte de la personne hospitalisée**, 98 % l'affichent dans les lieux fréquentés par les usagers de l'établissement (79 %), dans l'unité (70 %), dans chaque chambre (18 %).

91% affichent les **indicateurs qualité**

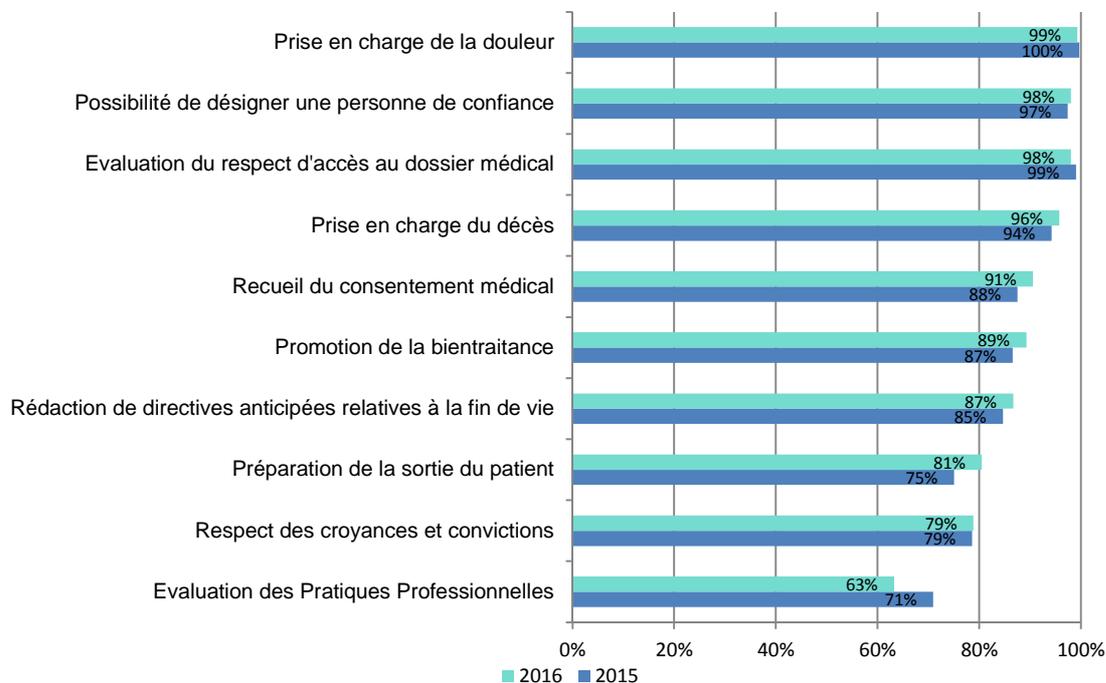
87% disposent d'un document de **composition et fonctionnement de la CRUQPC**

6. Informations relatives au respect des droits des usagers au sein de l'établissement

Cette partie couvre le vaste champ des actions engagées par les établissements pour garantir le respect des droits des usagers. Elle aborde les domaines allant de la formation du personnel aux droits des usagers (DDU), aux évaluations des pratiques professionnelles en passant par l'accompagnement des personnes, du recueil du consentement à la prise en charge du décès. L'objectif étant d'identifier l'implication des établissements sur ces thématiques.

Globalement, on constate qu'il y a une promotion de la formation dans la plupart des structures. Comme l'année passée, la promotion de l'évaluation des pratiques professionnelles (EPP) reste à améliorer. En effet, la part des structures ayant des EPP concernant la thématique des droits des usagers est passée de 71 % en 2015 à 63 % en 2016, soit une baisse de 8 points.

Part des structures (%) dans lesquelles il existe des dispositifs ou procédures relatifs aux droits des usagers selon l'année



Source : Enquête CRUQPC-2016 - Activité 2016 - ARS Auvergne-Rhône-Alpes

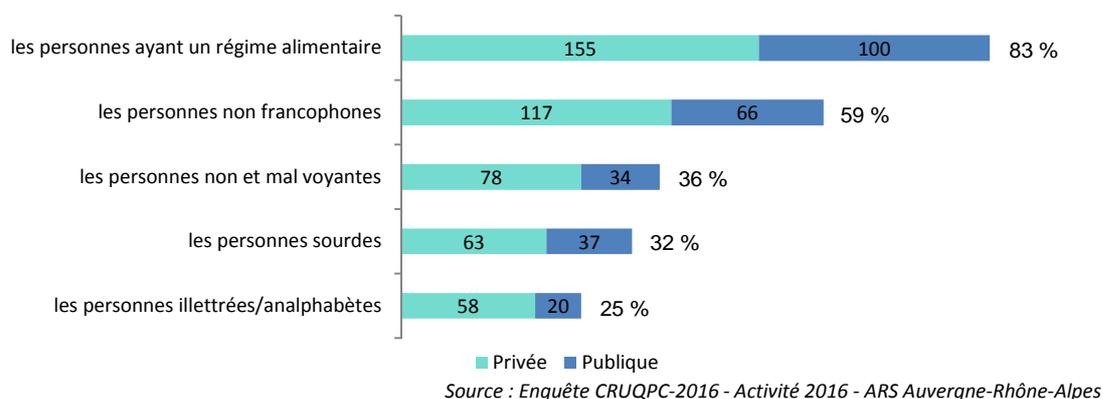
Globalement, l'évolution entre 2015 et 2016 reste stable.

La meilleure progression est enregistrée pour la préparation de la sortie du patient, avec une augmentation de 6 points et la chute la plus importante pour l'évaluation des Pratiques Professionnelles (EPP), avec une baisse de 8 points.

7. Politique liée à la qualité de prise en charge et de l'accueil des personnes

Les établissements s'organisent pour accueillir des publics spécifiques et mettent en place des dispositifs particuliers d'accueil pour les personnes ayant un régime, administratif ou alimentaire particulier (83%), non francophones (59%), non/mal voyants (36%), sourdes (32%) et les personnes illettrées ou analphabètes (25%).

Part des structures ayant des dispositifs d'accueil adaptés au public spécifique



Le graphique de deux couleurs établit la comparaison entre les structures publiques et privées.

8. Avis et recommandations donnés par les CRUQPC

97% des structures ont émis un avis positif sur le fonctionnement global de la commission.

Avis très satisfaisant 34%

Avis satisfaisant 63%

On constate que le nombre de RU impacte le taux de satisfaction. Ainsi, 38 % des structures ayant 4 RU sont très satisfaites du fonctionnement global de la commission.

Les CRUQPC formulent de nombreuses recommandations (1356) et ce, dans tous les domaines couverts par les établissements. Elles en assurent la mise en œuvre et le suivi. Seules 3% des recommandations ont été abandonnées.

9. Les perspectives

▪ De la CRUQ à La CDU ...

Suite à la publication le 1^{er} juin 2016 du décret n°2016-726 qui fait évoluer les missions et la composition de la commission des usagers des établissements de santé, le contenu du questionnaire édition 2017 a été adapté, en prenant en compte l'avis des établissements et des RU.

La CRSA se félicite que l'agence régionale de santé Auvergne-Rhône-Alpes ait associé, outre les établissements de santé volontaires et leurs représentants des usagers, un membre de la commission spécialisée droits des usagers à l'élaboration de la maquette du futur questionnaire.

▪ ... de l'ARS à la HAS en passant par la CSDU

La CSDU a constaté des liens entre les items cités dans le questionnaire CDU et ceux abordés par le HAS lors de la certification. Aussi, afin de mieux cerner les missions respectives de l'ARS et de la HAS, elle suggère d'auditionner un représentant de la HAS pour une présentation de ses grandes orientations ainsi

qu'un expert visiteur pour un apport plus opérationnel. Il semble qu'un travail collaboratif pourrait être engagé tant certaines actions sont complémentaires.

En conclusion

Si globalement, l'analyse des rapports des Commissions des relations avec les usagers et la qualité de la prise en charge (CRUQPC) confirme leur dynamisme et l'implication des directions, des marges de progression subsistent néanmoins.

Ainsi, la CRSA partage avec l'Agence les sujets d'attention suivants : la désignation et l'accompagnement des RU, la fréquence des réunions et la qualité des relations entre les professionnels et les usagers. Elles demandent aux établissements d'utiliser les motifs des réclamations pour mettre en œuvre des actions correctives, de débattre en commission des résultats relatifs à la qualité et satisfaction des patients.

Recommandations

Suite aux échanges lors de la présentation de la synthèse CRUQ en CSDU, l'ARS et la CRSA ont formulé les recommandations conjointes suivantes à l'attention des **établissements de santé** qui ne respectent pas la réglementation :

Retour des questionnaires relatif au fonctionnement de la CRUQC

- Transmettre impérativement le rapport d'activité de la Commission des usagers (CDU) à l'ARS

Fonctionnement de la CRUQPC

- Respecter la fréquence de 4 réunions annuelles
- Poursuivre les actions de formation relatives au rôle et missions de la CDU auprès des membres de la commission

Informations relatives à la gestion des réclamations

- Utiliser les motifs des réclamations qui révèlent des dysfonctionnements pour mettre en œuvre des actions correctives.
- Informer la CDU du nombre et des motifs des plaintes relevant du contentieux, bien que cette dernière n'ait pas à les traiter

Informations relatives à la mesure de la satisfaction des usagers

- Débattre des résultats relatifs à la satisfaction des patients (enquête ou E-SATIS) en commission

Informations relatives au respect des droits des usagers au sein de l'établissement

- Poursuivre les actions visant à préparer la sortie des patients, à respecter les croyances et convictions dans les limites du fonctionnement des services, et à promouvoir la bienveillance

Politique liée à la qualité de la prise en charge et de l'accueil des personnes

- Echanger systématiquement en CRUQ des actions prévues ou engagées dans le domaine de la qualité de prise en charge.
- Présenter les événements indésirables graves (EIG) et les solutions mises en place pour éviter qu'ils ne se reproduisent

II. Le traitement des plaintes et réclamations par les différentes institutions

La CRSA, dans le souci de mesurer l'évolution des difficultés rencontrées par les usagers pour faire respecter leurs droits, a souhaité connaître le nombre, les motifs et les suites données aux plaintes et réclamations adressées aux institutions. La commission a invité les représentants du conseil régional de l'ordre des médecins (CROM), de la direction régionale du service médical (DRSM) et de l'ARS à venir faire un bilan de l'année 2016.

1. Les plaintes reçues au conseil régional de l'ordre des médecins (CROM) Dr Granet

En préambule, il convient de noter que malgré le regroupement des conseils régionaux des régions Auvergne Rhône-Alpes en janvier 2016, l'organisation relative au contentieux est toujours basée sur les anciennes régions administratives Rhône-Alpes et Auvergne.

1.1 Présentation de la Chambre Disciplinaire de Première Instance (CDPI)

La Chambre Disciplinaire de Première Instance (CDPI) est une **juridiction administrative** spécialisée, chargée de statuer sur les plaintes dirigées contre les médecins pour des manquements à leurs obligations déontologiques. C'est aussi **une juridiction disciplinaire**.

Dans le cadre de la « **Section des Assurances Sociales** » (SAS), elle a pour mission de statuer sur les fautes, abus, fraudes et tout fait intéressant l'exercice de la profession, dont elle est saisie, notamment par les caisses primaires d'assurance maladie et/ou les médecins conseils, chefs de service des échelons locaux du service médical de l'assurance maladie, à l'encontre des médecins, à l'occasion de soins dispensés aux assurés sociaux.

La procédure est inquisitoriale, contradictoire, écrite et non publique mais les audiences sont publiques. Les sanctions susceptibles d'être prononcées par la CDPI sont dans l'ordre croissant de contrainte : l'avertissement, le blâme, l'interdiction temporaire ou permanente d'exercer avec ou sans sursis et la radiation du tableau de l'ordre des médecins.

L'enregistrement de la plainte se fait auprès des conseils départementaux qui doivent systématiquement proposer une conciliation, qui aboutit dans 55% des cas. En cas d'échec de cette dernière, la plainte est transmise à la CDPI de l'Ordre des Médecins.

1.2 Evolution du nombre de plaintes depuis 2011

Données recueillies sur le site cromra.fr

Année	2011	2012	2013	2014	2015	2016
Plaintes enregistrées	100	70	107	95	134	123
Décisions rendues	78	93	82	94	109	136
- Jugements	52	64	59	71	80	94
- Ordonnances	26	29	23	23	29	42
Audiences	22	25	23	32	32	39
Stock	68	52	73	86	103	79

On constate une légère diminution des plaintes enregistrées entre 2016 et 2015 avec toutefois une augmentation des décisions rendues.

2. Les plaintes reçues à la direction régionale du service médical (DRSM) Dr STAMM de l'ARS

Les données statistiques présentées ont été communiquées pour la région Rhône-Alpes par le Dr Michel Matysiak, responsable du service du contrôle contentieux de la DRSM Rhône-Alpes, et pour l'Auvergne par le Dr Pierre-Alain Alladel, médecin conseil régional de la DRSM Auvergne.

2.1 L'activité de la section des assurances sociales (SAS) de la chambre disciplinaire des Ordres

Au sein de l'Assurance Maladie (AM), la place du contentieux reste limitée en regard des autres possibilités de prise en compte des demandes des usagers, nommés au sein de l'Assurance Maladie assurés sociaux. Il peut exister des demandes portant sur l'activité de l'Assurance Maladie qui peuvent concerner plusieurs points.

Tout d'abord, il doit être signalé que l'Assurance Maladie prenant en charge financièrement des prestations, les demandes portent le plus fréquemment sur des recours contre une décision administrative avec voie de recours en Commission de recours amiable (CRA) tribunal des affaires de la sécurité sociale (TASS) chambre sociale de la Cour d'appel et de la Cour de cassation. En cas de désaccord sur une décision médicale prise par un praticien conseil, la voie de recours est l'expertise prévue par l'article L. 141-1 CSS.

Toutes les Caisses Primaires du régime général (CPAM) ont mis en place un conciliateur dépendant directement du Directeur de la Caisse, le réseau national étant coordonné par un responsable de la conciliation au sein de la Caisse Nationale d'Assurance Maladie des Travailleurs Salariés (CNAMTS). Certaines Directions régionales du service médical ont mis en place des médiateurs.

Les demandes peuvent concerner spécifiquement certains comportements ou certains salariés de l'AM. Il peut alors y avoir une réclamation. Les procédures internes prévoient une prise en compte de ces demandes.

Les demandes peuvent enfin correspondre à des plaintes envers les salariés qui pourront relever pour les praticiens conseils des Ordres professionnels.

2.2 Statistiques d'activité

Les statistiques présentées concernent les plaintes déposées par l'AM, CPAM, services médicaux ou les deux ensemble plaintes conjointes ou concomitantes contre un professionnel de santé. Elles font intervenir la section des assurances sociales de la chambre disciplinaire des Ordres professionnels, médecin, chirurgien-dentiste, pharmacien, biologiste, sage-femme, infirmier, masseur-kinésithérapeute. Leur compétence est limitée aux relations existantes entre Assurance Maladie et professionnels de santé.

L'organisation de cette section est superposable à celle de la chambre disciplinaire avec quelques différences. Tout d'abord deux des assesseurs sont des praticiens conseils qui représentent l'AM. Pour garantir toute impartialité, les assesseurs désignés le sont dans une autre région que leur région d'origine. Cette question a longtemps fait l'objet de contentieux dans le cadre de questions prioritaires de constitutionnalité.

La plainte ne peut émaner que de l'AM qui doit présenter un dossier respectant des procédures réglementaires, notamment l'obligation d'informer le professionnel de santé qu'une analyse d'activité le concernant va être mise en œuvre (sauf notion d'urgence ou de fraude grave suspectée).

Le dossier monté par les services de l'AM (en moyenne d'une durée de 8 mois) doit comporter l'ensemble des pièces, notamment de facturation, à l'appui de la plainte, les éléments nominatifs concernant les assurés faisant l'objet d'une anonymisation (sauf un exemplaire destiné au rapporteur).

Les sanctions pouvant être prononcées sont comparables au disciplinaire, les deux principales différences étant qu'une interdiction de donner des soins aux assurés sociaux qui concerne de façon large toutes les pratiques pouvant entraîner une prise en charge par l'AM (consultations et avis, soins, prescriptions, etc mais ne concernant pas la recherche ou l'enseignement) est moins contraignante que l'interdiction d'exercer la profession disciplinaire qui empêche toute activité liée au titre professionnel.

En 2016, pour la région RA, les 51 décisions reçues (30 décisions régionales, 20 nationales et 1 Conseil d'Etat) ont concerné :

- 11 médecins généralistes,
- 5 spécialistes, 19 dentistes,
- 5 masseur-kinésithérapeutes,
- 6 pharmaciens
- 5 infirmiers.

Les sanctions ont consisté en deux avertissements et dans les autres cas en sanctions d'interdiction de donner des soins aux assurés sociaux pour des périodes temporaires de 2 mois à 18 mois. L'interdiction a été permanente dans 6 dossiers.

Pour la région Auvergne, les 7 décisions (3 décisions régionales, 4 nationales) ont concerné :

- 2 médecins généralistes,
- 2 spécialistes,
- 2 dentistes, 1 pharmacien.

Pour la région Auvergne, il y a eu 7 interdictions de donner des soins aux assurés sociaux.

Les décisions du Conseil National de l'ordre (CNO) maintiennent les décisions régionales sauf dans un dossier dans lequel il y a eu réduction de la durée de la sanction. Il doit être rappelé qu'au stade de l'appel, les seuls appelants peuvent voir la décision modifiée. Ainsi si l'AM ne fait pas appel, la décision ne peut être que maintenue ou allégée.

Le dossier émanant du CE a été rejeté, le pourvoi n'étant pas admis.

Les délais pour les juridictions sont en moyenne de 8 mois en conseil régional de l'ordre, 10 à 12 mois pour le CNO et plusieurs années pour le CE.

Recommandations

Assurance Maladie

- Transmettre aux CROM les plaintes relatives au refus de soins aux bénéficiaires de la CMU.
- Informer les plaignants bénéficiaires de la CMU, victimes de refus de soins de la possibilité de faire un signalement auprès de l'ordre professionnel concerné

3. Les réclamations reçues à l'ARS Stéphane Deleau et Céline Deveaux ARS ARA

3.1 Définition d'une réclamation au sens du ministère de la santé.

Il s'agit d'une requête, d'une doléance ou plainte écrite, émanant d'un usager ou de son entourage et mettant en cause la qualité de service rendu par un établissement de santé, un établissement ou service médico-social, un professionnel de santé (incluant les officines ou laboratoires), ou les transporteurs sanitaires.

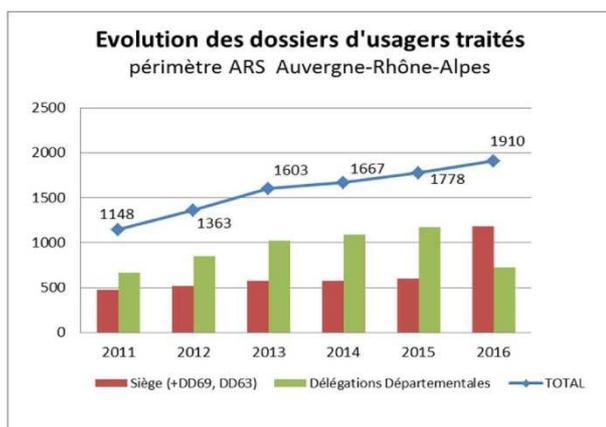
L'ARS est compétente pour contrôler le fonctionnement des établissements, veiller à la qualité et à la sécurité des actes médicaux, contribuer à la lutte contre la maltraitance.

3.2 Parcours d'une réclamation

Lorsqu'un usager, ou son entourage, rencontre une difficulté dans son parcours de santé, et qu'il souhaite obtenir des explications, il s'adresse en premier lieu au Directeur de l'établissement, ou professionnel de santé qui l'a pris en charge.

En cas de difficulté, il peut adresser sa réclamation à l'ARS ARA par courrier ou directement sur le site de l'agence par courriel⁵⁶. L'Agence s'engage à apporter systématiquement une réponse dans un délai raisonnable ; 15 jours pour l'accusé de réception et 3 mois pour la réponse définitive. Pour les dossiers difficiles, impliquant plusieurs établissements ou professionnels ou plusieurs départements, il est convenu d'augmenter le délai, mais sans dépasser 6 mois.

3.3 Evolution annuelle des dossiers enregistrés



Remarque : L'évolution constante du nombre de réclamations depuis 2011 est surtout le résultat d'un recueil plus exhaustif des demandes.

2016 est l'année de la constitution de la grande région qui a conduit à un ajustement des points de réception des réclamations entre le siège et les délégations.

Entre 2015 et 2016 on retiendra :

- une tendance à la hausse de 7 % entre 2015 et 2016
- la prévalence du secteur médico-social que ce soit pour des signalements ou des réclamations
- 1094 dossiers clôturés en 2016 suite à apurement des anciens dossiers

3.4 Les perspectives

Un nouveau Système d'Informations (SI) plus performant pour un traitement des réclamations et plus efficient devrait être utilisé par 15 des 17 ARS, ce qui permettra à terme d'harmoniser les pratiques et d'établir des comparaisons entre régions.

Une nouvelle procédure interne de traitement des réclamations dans l'objectif d'améliorer tant le recueil des réclamations grâce au nouveau SI Réclamations que la qualité de la réponse aux usagers, de disposer d'une vision globale et de gagner en efficacité. Le démarrage du projet date du 20/02/2017. Il rassemble une vingtaine de personnes.

⁵⁶ ars-ara-reclamations@ars.sante.fr.

L'organisation retenue prévoit un processus générique de traitement des signaux et réclamations en 6 étapes : réception, étude de la compétence de l'ARS et enregistrement dans le SI, orientation de la réclamation, instruction, rédaction de la réponse, clôture et suivi.

Le traitement est articulé autour de 3 blocs : offre de soins (43% du volume des réclamations), médico-social (47% du volume des réclamations) et « Autres » (10% du volume des réclamations.) afin d'élaborer une culture métier et de professionnaliser les personnes en charge de répondre aux usagers ou aux établissements de santé.

III. L'éducation inclusive : la convention de partenariat ARS/ Education Nationale

Une convention portant coopération en faveur de l'école inclusive a été signée le 21 septembre 2016 par le DG de l'ARS Auvergne Rhône Alpes et les rectrices des trois académies.

Un premier bilan de la première année de mise en œuvre a été présenté en commission spécialisée droits des usagers, le 9 octobre et à la commission spécialisée Médico-sociale le 12 octobre 2017.

La convention portant coopération en faveur de l'école inclusive, signée le 21 septembre 2016 par le DG de l'ARS Auvergne Rhône Alpes et les rectrices des trois académies énonce les constats suivants :

Il y a 42 300 élèves en situation de handicap dont 79% sont scolarisés dans un établissement de l'Education Nationale, 29% d'entre eux sont en ULIS, et 21% en Unité d'enseignement (UE).

3000 enfants et jeunes sont en attente d'un service ou établissement (majoritairement des Service d'éducation spéciale et de soins à domicile (SESSAD).

15% des élèves en situation de handicap n'ont pas accès à un ESMS dont ils auraient besoin.

Les 4 objectifs de cette convention sont :

- Externaliser la majorité des UE et les localiser dans un établissement scolaire ou de formation,
- Consolider la coopération entre les acteurs scolaires et médico-sociaux
- Mettre en place un plan de formation interprofessionnel et inter sectoriel et mobiliser la recherche au service du terrain
- Identifier les bonnes pratiques et l'innovation

9 fiches actions sont jointes à cette convention et font l'objet de la présentation détaillée ci-dessous.

1. Externalisation des UE

Objectifs à trois ans :

- 50% des UE avec au moins une modalité externalisée en milieu scolaire ordinaire
- 50% des enfants et jeunes bénéficiant d'un dispositif externalisé de scolarisation ou de formation en milieu ordinaire

Objectifs à 5ans :

- 80 % des UE avec au moins une modalité externalisée en milieu scolaire ordinaire
- 80% des enfants et jeunes bénéficiant d'un dispositif externalisé de scolarisation ou de formation en milieu ordinaire

Bilan ARS

Progrès :

- Un guide pour accompagner les établissements, diffusé fin septembre 2017
- La réalisation d'évaluations conjointes d'unités externalisées d'enseignement d'ITEP, avec une méthode et une équipe communes

Points à améliorer :

- Des groupes techniques départementaux à conforter
- Une programmation lente à faire émerger
- Des progrès non chiffrés en octobre 2017
- Des résistances de certains professionnels enseignants
- Des élus à convaincre : projet de lettre

2. Les unités d'enseignement maternelles (UEM)

- Une UEM par département
- Bien identifier les enfants relevant du dispositif
- Préparer la sortie de l'UEM

- Identifier les bonnes pratiques

Bilan ARS

Les réalisations :

- fonctionnement de 13 UEM dans la région en sept.2017
- Bilan des sorties des 3 UEM créées en septembre 2014 : aucune rupture de parcours de scolarisation
- Un taux d'occupation satisfaisant mais des difficultés dans certaines zones éloignées des centres ville

Les perspectives :

- Organiser un échange de pratiques à l'échelle de la région, avec toutes les UEM, les 2 Centres de Ressources Autisme (CRA)
- Harmonisation des conditions d'admission en lien avec les Maisons Départementales des Personnes Handicapées (MDPH)
- Suivi des parcours des sortants : projet de suivi de cohortes à confirmer

3. L'évolution de l'offre en SESSAD

- Une meilleure couverture territoriale
- Adapter les services aux besoins qualitatifs
- Améliorer l'efficience

Bilan ARS

Rappel : besoin de répondre à 3000 accompagnements non satisfaits (bien que libéraux et secteur sanitaire interviennent) ; études du Registre des Handicaps de l'Enfant et Observatoire Périnatal (RHEOP), Centre Régional d'Etudes, d'Actions et d'Informations en faveur des personnes en situation de vulnérabilité (CREAI) et ARS

Travaux dans le cadre du schéma régional de santé

Améliorer l'accessibilité territoriale

- Organisation territoriale en 2 niveaux (généraliste/spécialiste), avec création de SESSAD généralistes en priorité sur les zones blanches ou en tension
- Redécoupage des zones d'intervention si chevauchement

Une meilleure efficience de l'existant :

- Optimisation du fonctionnement avec plus de modularité des accompagnements, une mesure de l'activité en file active avec un niveau plancher d'activité contractualisé ;
- Des créations** de places par reconversion de places d'établissements et par mesures nouvelles

Une évolution qualitative :

- En termes d'âge plus de précocité dans les accompagnements, et préparation au projet professionnel
- Des déficiences à TSA, difficultés psychologiques-TCC, DYS, déficiences sévères...

Plus de prévention et d'attention aux situations des personnes en liste d'attente :

- référent de parcours, PAG, PCPE

4. L'évolution des Centres Médico-Psycho-Pédagogiques (CMPP)

- Mobilisation des CMPP en matière de troubles du neuro développement
- Le questionnement de l'âge du public issu des agréments
- La complémentarité et la coordination CAMSP/CMPP/SESSAD
- Structurer des ressources de diagnostic
- Enjeux et incidence de l'accompagnement précoce sur le parcours de scolarisation et de formation

Bilan ARS

Vers un nouveau cahier des charges et actualisation du positionnement des CMPP, sur propositions de la région ARA, et des perspectives d'actualisation des textes CMPP CAMSP par le niveau national

- Plus de précocité
- Préparation de la scolarisation, en amont
- Lien avec les partenaires CAMSP, Protection Maternelle et Infantile (PMI), crèches, école...
- Des réactions nombreuses, une participation nourrie des CMPP
- Plusieurs COPIL, dont le dernier en novembre
- Une opposabilité dans le PRS SRS puis inscription dans les CPOM
- Mise en conformité progressive

5. Trajectoire des Instituts Thérapeutiques Educatifs et Pédagogiques (ITEP) vers un fonctionnement en dispositif

- Une prise en charge éducative et soignante mobilisable en « situation de crise »
- Un dispositif repli en ITEP
- Un accompagnement important de la scolarité, de type SESSAD.
- Une UE externalisée dédiée avec un fort encadrement médico-social
- Une ULIS, de premier ou second degré, fonctionnant en réseau d'établissement

Bilan ARS

- l'application anticipée du dispositif intégré dans les ITEP SESSAD
- (Article 91 loi de modernisation de la santé)
- Démarche volontariste et anticipatrice en ARA :
- Un COPIL régional régulier, des outils régionaux finalisés
- Un comité de suivi plénier juin 2016, mars 2017
- Des journées interdépartementales pour expliquer le Dispositif
- Des journées pour finaliser la convention départementale : d'ici à décembre 2017
- Des formations actions au changement
- Points de vigilance :
- Des questions des MDPH sur les droits aux aides
- Formalisation des conventions partenariales à assurer
- Une évolution de l'offre encore incertaine par endroits, bien avancée sur d'autres territoires

6. Gouvernance régionale et départementale

- Impulser et développer les actions de partenariat
- Organiser la gouvernance à tous les échelons du territoire

Bilan ARS

- Un COPIL annuel, réuni le 4 avril 2017
- Préparation du COPIL de début 2018
- Des comités techniques toutes les 6 à 8 semaines réunissant : Direction de l'autonomie de l'ARS, les 3 conseillers techniques auprès des Rectrices, le CREA
- Des réunions inter académiques et inter départementales
- (décembre 2015, mars 2017, octobre 2017)
- informations à la commission des droits des usagers et à la commission spécialisée de la Conférence Régionale de la Santé et de l'Autonomie : prévue en octobre 2017
- Information au sein du réseau Côté éducation nationale.

7. Actions de formation et de recherche

- Modifier les représentations respectives
- Connaître les fonctionnements et contraintes institutionnels respectifs
- Développer une culture commune

- Partager des connaissances relatives au handicap et aux conditions d'apprentissage
- Partager des savoir-faire
- Adapter les situations d'apprentissage
- Savoir articuler les ressources et les compétences

Bilan ARS

Enjeu fort des formations croisées, intersectorielles avec pour but de

- de favoriser la montée en compétences sur le handicap, ses représentations
- consolider le partenariat local et l'inter connaissance
- et construire un plan d'actions territorial

Perspectives :

- Production d'un contenu type de formation à l'école inclusive, co-construit avec tous les organismes paritaires collecteurs agréés (OPCA) et organismes de formation concernés
- Proposition d'inscription dans les plans de formation académiques et départementaux : à faire valider COPIL janvier 2018
- Recherche de financements par l'ARS pour l'accessibilité des formations aux professionnels des établissements sociaux et médico-sociaux (ESMS)
- Pas de programme de recherche soutenu à ce jour, mais suivi des travaux universitaires en cours

8. L'innovation au service de l'école inclusive

- Le numérique au service des besoins éducatifs particuliers
- La promotion de modes d'organisation innovant, favorisant les parcours de scolarisation

Bilan ARS

- Action non priorisée sur 2017, à piloter dans un calendrier ultérieur
- Des actions ponctuelles des 2 secteurs
Par ex :
- Création de PCPE sur le soutien à la scolarisation des enfants avec TSA et autres déficiences
- 130 tablettes numériques financées par L'ARS auprès de 17 ESMS

9. Observation et évaluation

- La qualité des parcours de scolarisation
- La mise en place des PPS (projet de parcours de scolarisation)

Bilan ARS

Aide du CREAL

Programme de travail en cours d'élaboration :

- exploitation des enquêtes de l'EN (3 et 12 auprès des établissements scolaires, et 32 auprès des ESMS) ; pas de données actualisées pour rentrer 2016 2017 du fait d'une grève d'une partie des professionnels enseignants
- Lancement d'une enquête annuelle dédiée aux unités d'enseignement afin de mesurer la dynamique d'externalisation
- Besoin des services statistiques des institutions

Conclusions du bilan ARS

- Le partenariat se renforce, se structure, importance du COPIL stratégique pour conduire le projet, et des relais locaux
- Mobilisation des partenaires en montée en charge
- Communication avec les élus à renforcer localement
- Beaucoup de réformes et d'évolution de l'offre à accompagner

- Enjeu fort des formations croisées
- Observation : un champ à structurer
- Innovation : un champ à investir ou valoriser l'école numérique

La CRSA salue le travail de coopération engagé par les institutions mais appelle cependant à la vigilance sur plusieurs points : l'augmentation importante et rapide du nombre d'élèves en situation de handicap accueillis en milieu ordinaire ne doit pas conduire ni à une dégradation de la qualité des enseignements ni à une perte de qualité de l'accompagnement médico-social.

En ce sens, l'effort de formation croisée doit être soutenu, les instances de dialogues entre les acteurs de terrain doivent être développées. Par ailleurs, les objectifs ambitieux de scolarisation en milieu ordinaire articulés à un accompagnement médico-social dense ne doivent pas conduire à une réduction des missions du secteur médico-social au seul soutien à la scolarisation.

Dans le cadre de la gouvernance locale, la participation des représentants des parents d'élèves et des représentants des personnes en situation de handicap devrait être recherchée au sein du groupe technique départemental.

Recommandations

Education nationale

- Garantir la qualité des enseignements et de l'accompagnement médico-social
- Poursuivre l'effort de formation croisée éducation nationale et personnel médico-social
- Développer la coopération avec les acteurs de terrain
- Rechercher la participation des représentants des parents d'élèves et des représentants des personnes en situation de handicap au groupe technique départemental.
- Adresser à la CRSA, les rapports annuels des 3 académies concernées par la convention.

IV. Valorisation des actions conduites en région

1. Le label "droits des usagers de la santé" 2016



Dans le cadre de la promotion des droits des usagers, le ministère a reconduit en 2016 le dispositif de labellisation ainsi que le concours national "Droits des usagers de la santé", ouverts à l'ensemble des acteurs locaux.

Les demandes de labels ont été examinées conjointement par le service "démocratie sanitaire" de l'Agence et la Commission Spécialisée Droits des Usagers (CSDU) de la CRSA, à partir de critères définis par le ministère, en précisant que notre région privilégie le caractère innovant des projets ainsi que la participation des usagers à leur élaboration et/ou mise en œuvre.

Sur les 10 projets reçus, 9 ont été labellisés au niveau régional⁵⁷, dont 2 ont été récompensés d'un prix national en raison de leur originalité et du fait qu'ils s'adressent à des publics "fragilisés" et éloignés du système de santé. Il s'agit de :

- **l'Association française d'aide aux diabétiques (AFD) du Bourdonnais-Montluçon (Auvergne-Rhône-Alpes) pour son véhicule itinérant sur la promotion de la santé et des droits des usagers.**

Les bénévoles de l'AFADB en partenariat avec les professionnels de santé et travailleurs sociaux locaux, sillonnent les routes du Bourbonnais et de l'Auvergne pour répondre aux besoins d'information dans le domaine de la santé de la population habitant en ruralité profonde ou dans les quartiers prioritaires de la politique de la ville. Ce projet présente une véritable plus-value puisqu'il permet d'entrer en contact avec des personnes vulnérables éloignées du système de santé.

- **le centre communal d'action sociale (CCAS) de la Voulte-sur-Rhône (Auvergne-Rhône-Alpes) pour son dispositif d'ordonnance visuelle.**

Créé à l'initiative des usagers le projet "ordonnance visuelle" propose de traduire la posologie détaillée d'une ordonnance grâce à des gommettes de couleur et des pictogrammes accolés sur un tableau. Il s'agit d'un dispositif simple qui permet de sécuriser et d'optimiser l'adhésion des patients à leurs traitements médicaux. Ce projet constitue une réponse novatrice en matière d'accompagnement des personnes analphabètes, en perte d'autonomie, précaires ou avec une déficience intellectuelle.

Deux autres projets ont été récompensés d'un prix régional attribué par l'ARS RA. Il s'agit de :

- **Le croisement des savoirs et des pratiques développé par l'association RESPECTS 73**

Ce dispositif vise à former des professionnels de santé sur le thème "précarité et santé" avec et par des personnes en situation d'exclusion sociale. Il s'agit, grâce à l'équipe d'animation multi partenariale formée au croisement des savoirs et des pratiques, de comprendre les représentations de chacun, d'identifier ensemble les difficultés et trouver les pistes de solutions. Ce projet suscite des retours très positifs et a d'ores et déjà fait l'objet d'une diffusion auprès d'autres départements de la région.

⁵⁷ <http://solidarites-sante.gouv.fr/systeme-de-sante-et-medico-social/parcours-de-sante-vos-droits/bonnes-pratiques-en-regions/auvergne-rhone-alpes/>

- **La réalisation d'une vidéo au sein de l'ESAT SAINT JOSEPH 07 Veyras**

Réalisée dans le cadre d'une initiation au cinéma d'animation de l'établissement, un groupe d'usagers, soutenu par l'équipe d'encadrement, a réalisé une vidéo dans l'objectif de permettre aux résidents de mieux connaître leurs droits et devoirs, quelles que soient leurs déficiences.

Les porteurs des projets labellisés ont été invités à venir présenter leurs actions lors de la CRSA de juin 2017. Outre l'intérêt manifesté par les membres de la Conférence, les présentateurs ont apprécié cette rencontre qui leur a permis de connaître et de croiser leurs expériences. Ils sont demandeurs d'une plateforme recensant tous les projets, classés, non pas par année, mais par thématique. Une requête dans ce sens a été formulée par l'ARS auprès du ministère. En réponse ce dernier nous a fait savoir que la technique ne permettait pas ce classement et qu'une évolution de la page « Parcours de santé, vos droits » était envisagée pour 2018. (À suivre...)

2. L'apport des conseils territoriaux de santé (CTS) à la réalisation du rapport

Les CTS ont été installés en région au début de l'année 2017 et se mettent en place progressivement. Une rencontre entre les instances de démocratie sanitaire CRSA et CTS a été co-organisée par l'ARS et la présidente de la CRSA Auvergne-Rhône-Alpes le 30 mars 2017. Elle s'est déroulée en 2 temps : d'abord une présentation du Projet Régional de Santé (PRS) par le directeur général de l'ARS en précisant le rôle des instances de démocratie sanitaire lors de son élaboration, puis un moment de travail entre la CRSA et les CTS visant à identifier les articulations entre ces instances et à favoriser un travail collaboratif⁵⁸.

Dans l'objectif de travailler en complémentarité avec les formations spécifiques organisant l'expression des usagers (FSOEU), le président de la CSDU leur a envoyé les 2 derniers rapports de la CRSA et a présenté les thèmes retenus pour le rapport actuel. Il les a invités à partager les données recueillies en proximité.

A ce jour, le CTS de l'Allier, installé dès le mois de janvier 2017, a mis en place 2 groupes de travail « droits des usagers » et « accès la santé » dans l'objectif d'évaluer les besoins des usagers et de proposer des actions susceptibles d'être intégrées dans le PRS.

La recherche d'information a été répartie entre les représentants des secteurs d'activité sanitaire, médico-social - handicap et personnes âgées- et santé mentale et a conduit au diagnostic suivant :

Le groupe de travail consacré aux droits des usagers a abouti au diagnostic suivant :

- Méconnaissance de la procédure d'accès à la commission des usagers (CDU) : comment inviter l'utilisateur à faire remonter ses préoccupations sans crainte ?
- Difficulté de langage, de compréhension face à un personnel étranger
- Défaut de formation du personnel soignant face à des personnes handicapées
- Place et rôle du représentant des usagers : comment se faire comprendre et entendre en CDU ?
- Difficulté d'intégration en milieu scolaire des personnes handicapées, faute d'accompagnement ou d'être comprises
- Difficulté d'accès aux droits par le numérique
- Disparité d'un établissement à l'autre à livrer l'information à l'utilisateur (livret d'accueil, affichage, questionnaires satisfaction...): comment accompagner d'une explication la distribution de l'information ?

⁵⁸ Le travail partenarial entre les instances de démocratie sanitaire est facilité par la mise en place de SharePoints comprenant une page commune.

- Manque de disponibilité des personnels à communiquer avec l'utilisateur (tension des services, effectifs...)

A l'issue de cette première phase, les groupes de travail ont retenu 4 préconisations, transmises à la CSDU qui les reprend intégralement sous forme de recommandations à appliquer au niveau régional.

Recommandations

Associations agréées pour dispenser les formations aux RU

- Délocaliser les formations des nouveaux RU pour les rendre plus accessibles
- Maintenir les formations croisées professionnels et usagers pour faciliter le travail en commun et mieux se comprendre

ARS

- Amplifier les actions de formation des aidants

Professionnels sanitaires et sociaux

- Développer et utiliser les moyens de communication (visuels, auditifs...) avec un langage simplifié et clair afin de mieux se comprendre (patient/professionnel)

Récapitulatif des recommandations formulées dans le rapport, regroupées par thématiques

Accès aux soins et répartition des médecins sur le territoire

ARS

- Inscrire l'accès aux soins de premier recours en tant que priorité du Projet Régional de Santé 2018-2028.
- Effectuer une analyse prospective des besoins de la population, de l'évolution de la démographie des professionnels de premier recours dans l'ensemble des territoires et en rendre compte annuellement en assemblée plénière de la CRSA.

Ministère

- Enrichir l'APL de données socio-économiques et épidémiologiques (ALD, CMUC, etc ...), et l'étendre aux pharmacies, aux services d'urgence et aux spécialistes, comme les gynécologues, les ophtalmologues, etc ...

Droits en santé des personnes détenues

ARS

- Assurer à toute personne en détention le droit d'accès aux soins.
- Développer la téléconsultation pour permettre une meilleure prise en charge des personnes en détention. La consultation médicale à distance permet de gérer de nombreux cas tout en limitant les risques liés à la sécurité.

CNAMTS / CPAM

- Valoriser financièrement les actes de télémédecine.
- Faciliter les démarches administratives pour permettre l'accès aux droits de protection sociale dont la CMU (suivre l'expérimentation de la CNAMTS visant à spécialiser 2 CPAM pour traiter de l'affiliation et suivi des droits des détenus pour tout le territoire).

Administration pénitentiaire

- Garantir des conditions de détention dignes.
- Associer les détenus aux décisions qui les concernent pour qu'ils soient acteurs de leur parcours de soins.

Soins palliatifs

ARS

- Faire participer les usagers au groupe de travail « soins palliatifs de proximité » envisagé par l'ARS.

- Inscrire dans le PRS 2018-2028 un objectif de développement des soins palliatifs en prenant compte le potentiel que représentent les hôpitaux locaux dans cette perspective

Ministère

- Inclure dans la formation initiale des professionnels de santé une « culture palliative » au-delà des modules actuels.
- Améliorer l’articulation hôpital/ville en insistant sur la nécessaire implication des médecins traitants des patients sortants des structures de soins palliatifs pour la prise en charge de la fin de vie à domicile.

Ad’AP (accessibilité des locaux)

Préfectures

- Malgré les difficultés que rencontre l’adaptation des locaux de catégorie 5, la CRSA demande l’application effective du dispositif législatif actuel, afin de ne pas créer de rupture dans la chaîne d’accessibilité.

E-Santé

Ministère

- Garantir et défendre la confidentialité des données personnelles dématérialisées.
- Promouvoir les usages réellement utiles du numérique en santé dans un contexte de fort développement de l’économie de services.
- Définir un cadre éthique aux nouvelles technologies.
- Garantir l’égal accès à la santé numérique.
- Co-concevoir les outils de E-Santé avec les utilisateurs (usagers, professionnels)

ARS

- Développer une politique régionale relative à la santé numérique en s’appuyant sur les expérimentations régionales et en restant vigilant à l’interopérabilité des systèmes.

Etablissements et professionnels de santé

- Introduire le plus tôt possible les outils numériques dans le parcours de santé des personnes en respectant le libre choix de l’usager.

Virage ambulatoire

Ministère et de l’ARS

- Repenser une organisation de prise en charge ambulatoire centrée autour du patient
- Renforcer la coordination des acteurs dans une logique de parcours

- Réfléchir au décloisonnement de l'hôpital en améliorant les interfaces ville-hôpital

Professionnels de santé / Etablissements

- Bien informer les patients et leur famille en amont de l'acte ambulatoire
- Informer les usagers et les patients sur la possibilité d'être pris en charge en ambulatoire, en présentant les avantages et les risques spécifiques

Hospitalisation à domicile

ARS

- Développer l'hospitalisation à domicile (HAD) dans tous les territoires
- Mettre au cœur de la HAD le partage de l'information médicale
- Développer l'HAD dans les établissements d'hébergement sociaux et médico-sociaux

Etablissements et professionnels de santé

- Fluidifier le recours à l'HAD, anticiper les sorties des patients quand la prise en charge à domicile fait suite à une hospitalisation
- Accompagner les aidants familiaux

Evaluation des établissements de santé

HAS

- Poursuivre les efforts de communication, en collaboration avec France assos santé, afin que les patients connaissent la possibilité donnée par E-SATIS de faire part de leur satisfaction ou pas à la suite d'une hospitalisation
- Exploiter les scores de l'enquête par région afin que chaque ARS dispose d'un indicateur

Etablissements de santé

- Inciter la totalité des établissements à :
 - Participer activement à l'enquête de "satisfaction des patients hospitalisés" pour atteindre 100 %
 - Mettre en œuvre des solutions alternatives pour les patients qui ne disposent pas d'une adresse électronique.
- Poursuivre la collaboration entre les professionnels de santé pour que la liaison médecine de ville/hôpital devienne une réalité incontournable
- Préparer la sortie des patients après hospitalisation
- Inciter les établissements et PS à mettre en place une procédure de recueil de la personne de confiance

- Garantir la sécurité lors de la prise en charge médicamenteuse
- S'assurer de l'identification de chaque patient
- Redoubler d'effort lorsque les cotations sont en C et D.

Fonctionnement CRUQ (CDU)

Etablissements de santé

Retour des questionnaires relatif au fonctionnement de la CRUQC

- Transmettre impérativement le rapport d'activité de la Commission des usagers (CDU) à l'ARS

Fonctionnement de la CRUQPC

- Respecter la fréquence de 4 réunions annuelles
- Poursuivre les actions de formation relatives au rôle et missions de la CDU auprès des membres de la commission

Informations relatives à la gestion des réclamations

- Utiliser les motifs des réclamations qui révèlent des dysfonctionnements pour mettre en œuvre des actions correctives.
- Informer la CDU du nombre et des motifs des plaintes relevant du contentieux, bien que cette dernière n'ait pas à les traiter

Informations relatives à la mesure de la satisfaction des usagers

- Débattre des résultats relatifs à la satisfaction des patients (enquête ou E-SATIS) en commission

Informations relatives au respect des droits des usagers au sein de l'établissement

- Poursuivre les actions visant à préparer la sortie des patients, à respecter les croyances et convictions dans les limites du fonctionnement des services, et à promouvoir la bientraitance

Politique liée à la qualité de la prise en charge et de l'accueil des personnes

- Echanger systématiquement en CRUQ des actions prévues ou engagées dans le domaine de la qualité de prise en charge.
- Présenter les événements indésirables graves (EIG) et les solutions mises en place pour éviter qu'ils ne se reproduisent

Traitement des plaintes et réclamations

Assurance Maladie

- Tout comme les présidents des CROM Auvergne-Rhône-Alpes, la CRSA demande à l'assurance maladie de transmettre aux CROM les plaintes relatives au refus de soins aux bénéficiaires de la CMU.

Education inclusive

Education nationale

- Garantir la qualité des enseignements et de l'accompagnement médico-social
- Poursuivre l'effort de formation croisée éducation nationale et personnel médico-social
- Développer la coopération avec les acteurs de terrain
- Rechercher la participation des représentants des parents d'élèves et des représentants des personnes en situation de handicap au groupe technique départemental.
- Adresser à la CRSA, les rapports annuels des 3 académies concernées par la convention.

Apports des CTS

Associations agréées pour dispenser les formations aux RU

- Délocaliser les formations des nouveaux RU pour les rendre plus accessibles
- Maintenir les formations croisées professionnels et usagers pour faciliter le travail en commun et mieux se comprendre

ARS

- Amplifier les actions de formation des aidants

Professionnels sanitaires et sociaux

- Développer et utiliser les moyens de communication (visuels, auditifs...) avec un langage simplifié et clair afin de mieux se comprendre (patient/professionnel)

ANNEXES

Activité HAD Auvergne-Rhône-Alpes : Comparaison activité et personnel année 2016/2015

Tableaux reconstitués à partir des données SAE

Année 2015

Capacité	Médecine	Obstétrique	SSR	Traitement du cancer
Nombre d'autorisation en :	30	5	7	10
Si oui, nombre de patients pouvant être pris en charge simultanément :	1 328	109	206	355
Nombre total de patients pouvant être pris en charge simultanément	1 763			

Activité sur site	Ensemble de l'activité d'HAD	dont périnatalité	dont soins palliatifs	dont traitement du cancer
Nombre de séjours	18 335	1 030	4 786	3 285
Nombre de journées	533 228	12 909	149 477	50 484
Nombre de patients pris en charge en HAD	10 820	844	3 746	1 264
dont nombre de patients âgés de 80 ans et plus	2 762		1 429	141
dont nombre de patients résidant en établissement social ou médico-social	581	1	254	6

Personnel médical (hors internes)	Effectifs temps plein salariés	Effectifs temps partiel salariés	ETP moyens annuels salariés	Nombre de libéraux impliqués
Médecin coordonnateur	42	40	48,97	
Pharmaciens	4	3	5,70	1 171
Autre personnel médical	3	11	9,45	893
Total personnel médical	49	54	64,12	2 064

Personnel non médical	Effectifs temps plein salariés	Effectifs temps partiel salariés	ETP moyens annuels salariés	Nombre de libéraux impliqués
Cadres de santé	34	7	38,30	
Infirmiers DE coordonnateurs	80	11	85,26	
Infirmiers DE sans spécialisation	143	74	192,81	4 213
Aides-Soignants	63	21	76,72	

Ergothérapeutes	-	1	0,25	3
Masseurs kinésithérapeutes	3	7	4,20	1 171
Psychomotriciens	-	1	0,70	10
Psychologues	4	17	12,09	7
Assistants de service social	22	16	30,08	
Autre personnel non médical	94	56	123,65	491
Total personnel non médical	443	211	564,06	5 895

Année 2016

Capacité	Médecine	Obstétrique	SSR	Traitement du cancer
Nombre d'autorisation en	31	6	7	10
Si oui, nombre de patients pouvant être pris en charge simultanément :	1 261	64	161	333
Nombre total de patients pouvant être pris en charge simultanément	1 849			

Activité sur site	Ensemble de l'activité d'HAD	dont périnatalité	dont soins palliatifs	dont traitement du cancer
Nombre de séjours	20 746	996	5478	4484
Nombre de journées	587 651	14 201	179 550	51 555
Nombre de patients pris en charge en HAD	11 821	832	4 327	1 439
dont nombre de patients âgés de 80 ans et plus	3 026		1 601	187
dont nombre de patients résidant en établissement social ou médico-social	678	1	311	7

Personnel médical (hors internes)	Effectifs temps plein salariés	Effectifs temps partiel salariés	ETP moyens annuels salariés	Nombre de libéraux impliqués
Médecin coordonnateur	40	42	51,24	
Pharmaciens	6	6	8,83	1 248
Autre personnel médical	6	8	9,20	1 452
Total personnel médical	52	56	69,27	2 700

Personnel non médical	Effectifs temps plein salariés	Effectifs temps partiel salariés	ETP moyens annuels salariés	Nombre de libéraux impliqués
Cadres de santé	38	10	41,01	
Infirmiers DE coordonnateurs	82	21	86,35	

Infirmiers DE sans spécialisation	158	73	194,30	6 171
Aides-Soignants	63	28	79,91	
Ergothérapeutes	-	1	0,25	3
Masseurs kinésithérapeutes	4	4	3,48	1 815
Psychomotriciens	-	-	-	5
Psychologues	6	21	12,27	19
Assistants de service social	26	15	29,61	
Autre personnel non médical	78	45	97,35	645
Total personnel non médical	455	216	544,63	8658

Définition des sigles et acronymes utilisés dans le rapport

Ad'AP	Agenda d'accessibilité programmée
ADMD	Association pour le droit de mourir dans la dignité
AFD	Association française d'aide aux diabétiques
AICS	Auteur d'infraction à caractère sexuel
ALD	Affection de Longue Durée
AME	Aide médicale d'Etat
ANAP	Agence nationale d'appui à la performance
ANESM	Agence nationale de l'évaluation et de la qualité des établissements et services sociaux et
APL	Accessibilité potentielle localisée
ARS	Agence régionale de santé
ASH	Adaptation Scolaire et scolarisation des élèves Handicapés
ASV	Atelier santé ville
ATIH	Agence technique de l'information sur l'hospitalisation
AVS	<i>Auxiliaire de vie scolaire</i>
CAIM	Contrat d'aide à l'installation médecin
CARSAT	Caisse d'assurance retraite et de la santé au travail
CAS	Contrat d'accès aux soins
CCAS	Centre communal d'action sociale
CDPI	Chambre disciplinaire de première instance
CDU	Commission des usagers
CE	Conseil d'Etat
CESP	Contrat d'engagement de service public
CG	Conseil général
CISSRA	Collectif Inter associatif Sur la Santé Rhône-Alpes
CLAN	Comité de liaison alimentation et nutrition
CLIC	Centre Local d'Information et de Coordination
CLIN	Centre de Coordination de la Lutte contre les Infections Nosocomiales
CLIS	Classe pour l'inclusion scolaire
CLS	Contrat local de santé
CME	Commission médicale d'établissement
CMU	Couverture Maladie Universelle

CNAM	Caisse nationale d'assurance maladie
CNO	Conseil national de l'ordre
CNOM	Conseil national de l'ordre des médecins
CNS	Conférence Nationale de Santé
CNSA	Caisse nationale de solidarité pour l'autonomie des personnes âgées et des personnes handicapées
COSCOM	Contrat de stabilisation et de coordination pour les médecins
COTRAM	Contrat de transition pour les médecins
CPAM	Caisse primaire d'assurance maladie
CPOM	Contrat d'objectifs et de moyens
CPTMG	Contrat de Praticien Territorial de Médecine Générale
CPU	Commission pluridisciplinaire unique
CRA	Commission de recours amiable
CREAI	Centre Régional d'Etudes et d'Actions sur les handicaps et les Inadaptations
CROM	Conseil régional de l'ordre des médecins
CRSA	Conférence régionale de la santé et de l'autonomie
CRUQ PC	Commission des relations avec les usagers et de la qualité de prise en charge
CSDU	Commission Spécialisée Droits des Usagers
CSP	Code de la santé publique
CSTM	Contrat de solidarité territoriale
CTS	Conseil territorial de santé
CVS	Conseil de vie sociale
DA	Directives anticipées
DCC	Dossier communiquant en cancérologie
DD	Délégation Départementale
DDU	Droits des usagers
DGOS	Direction générale de l'offre de soins (ministère)
DMP	Dossier médical personnel
DOM	Département d'outre-mer
DREES	Direction de la recherche, des études, de l'évaluation et des statistiques
DRSM	Direction régionale du service médical
DUEQ	Délégation usagers--qualité
EAPEP	Elèves à besoins éducatifs particuliers
EHPA	Etablissement d'Hébergement pour Personnes Agées
EHPAD	Etablissements d'hébergement pour personnes âgées dépendantes
EMSP	Equipes Mobiles de Soins Palliatifs

ENRS	Espace numérique régional de santé
EPP	Evaluation des pratiques professionnelles
ERP	Etablissement recevant du public
ESAT	Etablissement et service d'aide par le travail
E-SATIS	Indicateur de la satisfaction des patients hospitalisés.
ESMS	Etablissement social et médicosocial
ESSMS	Etablissements et services sociaux et médico-sociaux
ETS	Etablissement de santé
FAM	Foyer d'accueil médicalisé
FHP	Fédération de l'Hospitalisation Privée
FIR	Fonds d'intervention régional
FSO	Forfait de salle d'opération
FSOEU	Formations spécifiques organisant l'expression des usagers
GHT	groupement hospitalier de territoire
HAD	Hospitalisation à domicile
HAS	Haute Autorité de Santé
IA	Inspection académique
IGAS	Inspection Générale des Affaires Sociales
IGF	Inspection générale des finances
IME	Institut médico éducatif
INDS	Institut national des données de santé
INSEE	Institut national de la statistique et des études économiques
IRDS	Institut de recherche et documentation en économie de la santé
I-SATIS	Indicateur de mesure de la SATISfaction des patients hospitalisés
ITEP	Institut Thérapeutique Educatif Pédagogique
LISP	Lits Identifiés en Soins Palliatifs
MAS	Maisons d'accueil spécialisé
MCO	Médecine chirurgie obstétrique
MSP	Maison de santé multi-professionnelle
PACA	Provence-Alpes-Côte d'Azur,
PAPS	Plate-forme d'Appui aux Professionnels de Santé
PASCALINE	Parcours de santé coordonné et accès à l'innovation numérique
PP	Projet personnalisé
PRAPS	Programme régional d'accès
PRIAC	Programme interdépartemental d'accompagnement

PRS	Projet régional de santé
PS	Professionnels de Santé
QSM	Quartier de semi-liberté
RU	Représentant des usagers
SAE	Statistique annuelle des établissements de santé
SDIS	Service départemental d'incendie et de secours
SDRE	Soins sur décision du représentant de l'Etat (préfet ou maire)
SDT	Soins sur demande d'un tiers
SESSAD	Service d'éducation spéciale et d'accompagnement à domicile
SIG	Système d'information géographique
SROS	Schéma régional d'organisation sanitaire
SRP	Schéma régional de prévention
SSIAD	services de soins infirmiers à domicile
SSR	Soins de Suite et de Réadaptation
STATISS	STATistiques et Indicateurs de la Santé et du Social
TASS	Tribunal des affaires de sécurité sociale
TIC	Technologie de l'information et de la communication
TNS	Territoire de soins numérique
UCSA	Unité de consultation et de soins ambulatoires
UFC-Que	Union fédérale des consommateurs—Que choisir
ULIS	Unités Pédagogiques d'Intégration Scolaires
UMD	Unité pour malades difficiles
URPS	Union Régionale des Professionnels de santé
USD	Université de la démocratie en santé
USLD	Unité de soins de longue durée
USP	Unité de soins palliatifs

Suivi des recommandations formulées dans le précédent rapport

La CRSA, au travers de son rapport pose un diagnostic et propose des solutions face aux insuffisances constatées. Elle a ainsi formulé de nombreuses recommandations qui ont été transmises aux acteurs concernés dans le courant du mois de juin 2017. Il est certes prématuré d'en faire suivi exhaustif quelques mois plus tard, toutefois, nous avons pu recueillir suffisamment d'éléments pour apprécier les marges de progression.

Nous constatons que des actions engagées par différents partenaires font progresser l'application des droits des usagers et répondent à nos préconisations.

Ainsi, en 2017 :

- Le ministère des solidarités et de la santé a assuré la promotion des outils permettant l'accès à l'information et a communiqué sur les droits des usagers, notamment pour les personnes en fin de vie.
- Dans cette lignée, la HAS s'est emparée du problème de la restriction des libertés dans les établissements spécialisés et les ARS ont incité les établissements de santé à faire vivre les commissions des usagers et les conseils de vie sociale.
- Le ministère de l'éducation nationale a conduit des actions pour une école inclusive et pour se faire, a créé de nombreux poste d'accompagnants. Les MDPH ont amorcé une amélioration du recueil et de l'orientation des enfants en situation de handicap grâce à l'utilisation d'un outil harmonisé sur le territoire.
- De nombreux organismes de formation continue des professionnels de santé ont proposé des formations relatives aux droits des usagers

Cette amélioration relative ne doit pas occulter les difficultés qui demeurent quant à la désignation des représentants des usagers et des personnes qualifiées, l'intégration des droits des usagers dans les formations initiales des professionnels de santé et la nécessité pour l'ARS de travailler en concertation avec la HAS, la CNAMTS, les collectivités territoriales, les ordres professionnels et autres institutions régionales.

De notre côté, nous devons être attentif à la formulation des recommandations. En effet, elles sont souvent libellées sous une forme littéraire qui ne se prête pas toujours à une analyse détaillée et elles peuvent être peu compréhensibles pour les destinataires qui n'ont pas participé à la rédaction du rapport. Nous veillerons à l'avenir à formuler clairement et précisément nos attentes et à définir, dans la mesure du possible, les indicateurs de suivi.

Il reste bien sûr, du chemin à parcourir pour améliorer les conditions d'application des droits des usagers du système de santé. Nous fondons de nombreux espoirs dans la déclinaison de la stratégie nationale de santé qui réaffirme, entre autres, le rôle des usagers comme acteurs de leur parcours de santé et dans le projet régional de santé qui comporte une partie spécifique sur la démocratie en santé.

Tableau de suivi des recommandations formulées dans le rapport de la CRSA adopté le 14 février 2017

Recommandations regroupées par autorités concernées	Suites données
Ministère des Affaires sociales, de la Santé et des Droits des femmes	
Définir les partenariats potentiels entre l'IPDS (Institut Pour la Démocratie en Santé) et les acteurs déjà présents en région.	L'IPDS ne semble plus actif ?!
Informier directement les CSDU sur les formations relatives à la prise en charge de la douleur destinées aux professionnels de santé, afin d'en faciliter le recensement pour la CRSA.	? formulation à préciser
Faire davantage la promotion des sites Scopesanté et HAS auprès du grand public.	Des flyers de promotion de scope santé ont été réalisées en 2014 et diffusés largement dans les structures de santé. Voir : https://www.has-sante.fr/portail/jcms/c_1742062/fr/flyer-promotion-scope-sante
Organiser une campagne nationale de communication sur les enjeux et les modalités des directives anticipées, et plus largement sur les droits des usagers.	La campagne nationale d'information sur les droits des personnes en fin de vie a été lancée le 20 février 2017. Elle a été diffusée à la télévision, dans la presse magazine et sur Internet. Elle traite des « directives anticipées » - Comment écrire vos directives anticipées ? - Comment choisir votre personne de confiance - Vous êtes personne de confiance : ce que ça signifie ? » - Soins palliatifs, qui fait quoi ?
A l'instar de la semaine d'information sur la santé mentale, la CRSA invite le ministère à impulser et soutenir les actions de promotion des droits des usagers.	Pas de campagne dédiée aux DDU. La promotion des DDU est réalisée grâce la journée européenne des droits des patients au dispositif de labellisation.
Faciliter l'accès à l'information des patients et développer des actions en matière de : <ul style="list-style-type: none"> • promotion de la santé, • formation des professionnels, • coordination de la psychiatrie avec les médecins généralistes et le réseau social et familial, pour améliorer la continuité, la mobilité et la réactivité des réponses de la psychiatrie.	
Au moins maintenir le niveau des financements attribués dans de cadre du FIR démocratie en santé.	OK

Ministère de l'Education nationale	
S'assurer de l'existence d'un nombre suffisant d'auxiliaires de vie scolaire pour les élèves en situation de handicap scolarisés en milieu ordinaire et former les AVS tout au long de leur activité.	<p><u>Au niveau national</u></p> <p>A l'occasion du comité interministériel du handicap qui s'est tenu le 20 septembre 2017, il a été, d'ici 2022 :</p> <ul style="list-style-type: none"> réaffirmé la création de plus de 8 000 postes d'accompagnants annoncé la création de 250 unités localisées pour l'inclusion scolaire (ULIS) en lycée <p>créations à décliner en région</p>
S'assurer de l'existence de places nécessaires dans les établissements pour répondre aux besoins des élèves en situation de handicap scolarisés.	
Mettre en place les outils permettant une étude longitudinale de la scolarisation et de la formation professionnelle afin d'avoir une approche qualitative des parcours des enfants et jeunes en situation de handicap.	? Formulation à revoir
Valoriser les initiatives pédagogiques facilitant les apprentissages des élèves en situation de handicap.	
Introduire dans la formation initiale et continue des enseignants des modules sur la connaissance du handicap et sur les méthodes pédagogiques différenciées.	<p>Site EN : « Des personnels mieux formés pour accompagner les élèves ».</p> <p>La formation de tous ceux qui interviennent auprès des élèves en situation de handicap est la clé d'une scolarisation de qualité. La formation professionnelle spécialisée des enseignants préparant au Certificat d'aptitude professionnelle aux pratiques de l'éducation inclusive (Cappei), renouvelée en 2017, entre en vigueur à la rentrée scolaire 2017.</p>
CNAM	
Informers spécifiquement les bénéficiaires potentiels de la CMU de base, de la CMU-C et de l'AME, des possibilités de recours en cas de refus de soins.	
CNS	
Mener une étude précise sur la contribution (contraintes, freins, leviers,...) des membres de la CRSA au fonctionnement de l'instance, faire des propositions pour faciliter leur participation et mieux prendre en compte leurs difficultés.	

Faculté de médecine, instituts de formations des professionnels de santé	
Intégrer un module relatif aux droits des usagers dans la formation initiale des professionnels de santé.	Dispositif prévu dans la réforme du 3ème cycle des études de médecine
Associer davantage les usagers à la construction des programmes des formations relatives aux droits des usagers et leur permettre d'intervenir dans les sessions mises en œuvre.	
Organismes gestionnaires de la formation continue des professionnels de santé : OGDPC, UNIFAF, ANFH...	
Intensifier le DPC des professionnels de santé et inclure dans les programmes de formation continue un volet de sensibilisation au respect des droits des usagers.	Ok pour formation continue « Droits des usagers du système de santé D.U » Voir site http://www.actusoins.com/wp-content/uploads/2017/04/droits_des_usagers_du_systeme_de_sante.pdf
ARS	
Promouvoir auprès des instances ordinales et des URPS, par l'intermédiaire de la PAPS, l'université de la démocratie en santé, proposé par le CISS ARA.	
Renouveler l'appel à candidatures concernant les Conseils de la vie sociale (CVS).	Ce n'est pas du rôle de l'ARS mais des structures elles-mêmes
Promouvoir plus activement la promotion de la bientraitance.	
Conduire des actions pour inciter les établissements de santé à s'intéresser davantage à la prise en charge de la douleur.	Recommandations à destination des Ets dans la synthèse CRUQ PC
S'assurer de l'existence de places nécessaires pour répondre aux besoins des enfants en situation de handicap accueillis dans les établissements médicosociaux.	Déclinaison en région du plan zéro sans solution Voir rapport CREAL « focus sur l'inclusion des enfants en situation de handicap www.pieros.org/.../Pieros5943-focus-inclusion-enfants-en-situation-de-handicap.pdf
S'assurer que les enfants en situation de handicap bénéficient dans les établissements qui les accompagnent de l'éducation à laquelle ils ont droit comme tous les enfants de leur âge.	Formulation à revoir :Ets scolaires ou Ets médico sociaux ?
Poursuivre l'engagement dans une démarche d'accompagnement des projets locaux aboutissant à la signature de contrats territoriaux locaux de santé au-delà des quartiers appartenant à la politique de la ville.	Les CLS sont à l'initiative des collectivités locales c'est un outil réaffirmé par la loi de 2016
Profiter du dynamisme des associations rhonalpines pour mettre en place les actions innovantes de promotion des	Voir le dispositif de labellisation

droits des usagers qui pourront servir d'expérimentations.	
Poursuivre ses communications auprès de la CSOS en matière de structures d'exercice collectif en milieu ambulatoire.	Une information a destination des instances de démocratie sanitaire dont le CTS est en cours d'organisation
Favoriser le financement en proximité, d'actions d'information des usagers et de formation de leurs représentants.	Appel à projet démocratie sanitaire ouvert à toutes les associations. Le FIR finance des actions de formation et de recueil des besoins des usagers
ARS, conseils départementaux et préfetures	
Faciliter les conditions d'exercice des personnes qualifiées. Prévoir des temps d'échange entre personnes qualifiées qui traitent les mêmes problématiques.	
ARS, conseils départementaux, conseils des ordres professionnels, Assurance Maladie	
Créer et mettre en place une plateforme régionale de recensement des plaintes, réclamations et doléances, y associer les représentants des usagers pour le traitement.	Voir le décret n°2017-121 du 31 janvier 2017 Attendre les résultats de l'expérimentation conduite dans d'autres régions, permettant à des conseils territoriaux de santé d'être saisis par les usagers du système de santé de demandes de médiation en santé, de plaintes et de réclamation, reconnaissant ainsi une action directe de ces usagers.
Demander à la plateforme de fournir à la CRSA des statistiques annuelles de cette plateforme.	Rien en ARA actuellement. Voir autres régions ???
Observatoire régional des pratiques tarifaires CNAMTS	
Rendre publiques les données de l'observatoire régional des pratiques tarifaires, en particulier à la CRSA, en vue d'avoir une vision des dépassements d'honoraires dans tous les départements régionaux.	Voir observatoire conventionnel sur les pratiques tarifaires https://www.ameli.fr/fileadmin/user_upload/documents/Observatoire_des_pratiques_tarifaires.pdf L'Assurance maladie a dressé un bilan des dépassements d'honoraires des médecins à mi 2017, dans le cadre d l'observatoire conventionnel sur les pratiques tarifaires . Si le taux de dépassement moyen est en diminution, le montant total des dépassements ne l'est pas. Voir aussi en 2018 les éléments recueillis par la commission paritaire régionale des structures pluri-professionnelles en ARA, installée en novembre 2017.
MDPH	
S'assurer du recueil exhaustif et détaillé du nombre d'enfants en situation de handicap en âge scolaire.	Le logiciel Via Trajectoire PH permettant de connaître les listes d'attente des personnes orientées est en cours de déploiement sous l'égide de la CNSA. Cet outil permettra une meilleure visibilité car à ce jour les données des
S'assurer que l'orientation se fasse en fonction des enfants en situation de handicap et pas en fonction des places	

disponibles.	MDPH sont hétérogènes et les systèmes d'information existants ne sont pas interopérables. L'accompagnement des MDPH se fera via le groupement de coopération des systèmes d'information de la région Auvergne Rhône-Alpes. A ce jour, 6 à 7 MDPH ont donné leur accord pour l'utilisation de ce logiciel.
Etablissements de santé	
Respecter la réglementation en termes de fréquence des réunions de la CDU.	Recommandations à destination des établissements de santé formulées dans la synthèse des rapports CRUQ
Faciliter la mission des représentants des usagers au sein des instances par un appui logistique (ex : boîte e-mail générique).	
Introduire un item relatif à la connaissance des missions de la CDU dans les questionnaires de sortie.	
Pratiquer un plafond lorsque le montant de la transmission du dossier médical est très élevé.	
Etablissements de psychiatrie	
Communiquer à la CRSA les statistiques relatives aux mesures d'isolement et de mises sous contention.	La HAS a élaboré une recommandation de bonnes pratiques en mars 2017. Par ailleurs, sur la base du registre prévu par la loi de modernisation de notre système de santé (LMS) du 16 janvier 2016, l'établissement spécialisé établit annuellement en lien avec la CME et le DIM, un rapport rendant compte des pratiques d'isolement et de contention, et la politique qu'il définit et met en œuvre pour en limiter le recours (EPP, formations et recherches etc..). Ce rapport est transmis à la commission des usagers, au comité d'éthique et au conseil de surveillance pour avis, ainsi qu'à l'ARS pour une analyse régionale de ces pratiques en lien avec les rapports de la CDSP qui en est mensuellement informée. A suivre en 2018
Etablissements et services sociaux et médico-sociaux	
Rendre l'information sur les personnes qualifiées accessible aux usagers <ul style="list-style-type: none"> - Afficher l'arrêté de désignation dans l'établissement, sur un panneau visible des résidents et des familles et l'accompagner d'une note explicative. - Faire parvenir un courrier à chaque usager et/ou sa 	

<p>famille pour faire connaître la désignation et le rôle des personnes qualifiées. Mieux préciser sa fonction et mieux en informer l'utilisateur.</p> <ul style="list-style-type: none"> - Insérer la liste des personnes qualifiées dans le livret d'accueil ou dans la décision d'admission au dispositif social ou médico-social de l'autorité compétente. 	
<p>Prévoir une campagne d'information sur les missions des personnes qualifiées dans les CVS à laquelle pourrait participer les personnes qualifiées.</p>	
<p>Ordres et URPS</p>	
<p>Inclure dans les formations initiales et continues des professionnels de santé médicaux et paramédicaux des formations relatives aux droits des usagers</p>	<p>Des formations relatives aux droits des usagers à destination des professionnels de santé dans les établissements de santé sont proposées. Voir par ex : http://www.obea.fr/formation-droits-des-usagers-dans-les-etablissements-de-sante_SOI02.php</p>
<p>Associer les usagers à la définition des contenus des formations sur le respect des droits des usagers et prévoir leur intervention lors des sessions.</p>	
<p>Communiquer les données concernant les plaintes reçues, avec un traitement statistique permettant de mesurer les évolutions tant quantitatives que qualitatives.</p>	<p>Ok pour le CROM. Il reste à sensibiliser les autres ordres professionnels</p>
<p>Pratiquer une tarification des actes avec tact et mesure et modérer les dépassements.</p>	<p>Voir observatoire conventionnel sur les pratiques tarifaires cité plus haut</p>