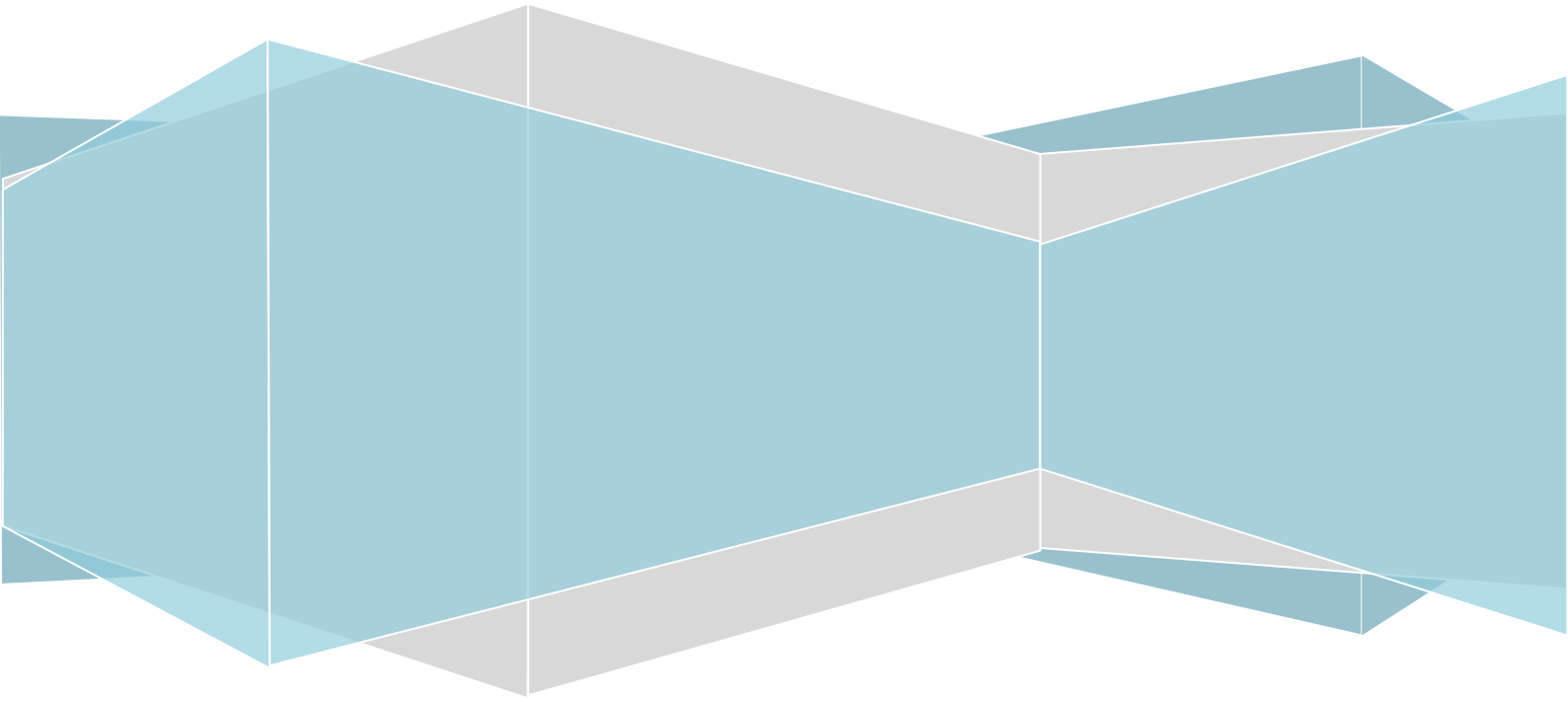
CRSA
CONFÉRENCE RÉGIONALE
DE LA SANTÉ & DE L'AUTONOMIE
AUVERGNE-RHÔNE-ALPES

Rapport 2018 de la CRSA Auvergne-Rhône-Alpes sur la mise en œuvre des droits des usagers du système de santé

Rédigé à partir des données 2017

Adopté en assemblée plénière le 19 juin 2019



SOMMAIRE

Introduction 3

Conditions de réalisation du rapport 5

PREMIERE PARTIE : L'accès aux soins et le vieillissement de la population en région Auvergne-Rhône-Alpes 7

I - L'accès aux soins de premier recours en Auvergne Rhône-Alpes doit être garanti 7

1. L'accès aux soins de premier recours : un problème récurrent 7
2. En conclusion 14

II - Le vieillissement de la population en Auvergne-Rhône-Alpes, à l'horizon 2030 16

III - Droits et éthique des personnes âgées dépendantes : point de vue de Mme CALLU, maître de conférences en Droit à l'Université de Lyon III 17

DEUXIEME PARTIE : Les sujets porteurs d'avenir 20

I- Evaluation des établissements de santé 20

1. Pour une synergie renforcée entre la HAS et l'ARS : témoignages HAS et ARS 20
2. La mesure de la satisfaction des patients hospitalisés et qualité et sécurité des soins en 2017 24

II- L'élaboration et la mise en œuvre du Projet régional de santé (PRS) 27

1. Le schéma régional de santé 2018-2023 en Auvergne-Rhône-Alpes et les Droits des usagers 27

TROISIEME PARTIE : Les sujets permanents 28

I- Le fonctionnement des commissions des usagers 28

1. Données d'information générales 28
2. Fonctionnement de la CDU 29
3. Informations relatives aux événements indésirables graves (EIG) associés aux soins 32
4. Informations relatives à la gestion des réclamations (hors plaintes relevant du contentieux) 32
5. Informations relatives à la mesure de la satisfaction des usagers 32
6. Documents d'information à destination des usagers 33
7. Informations relatives au respect des droits des usagers au sein de l'établissement 34
8. Politique liée à la qualité de prise en charge et de l'accueil des personnes 34
9. Avis et recommandations données par les CDU 35

II- Les résultats de l'enquête conduite par France Asso Santé (FAS) 37

III- Valorisation des actions conduites en région 39

1. Le label "droits des usagers de la santé" 2018 39
2. Evaluation du dispositif label-concours droits des usagers 41

IV- L'apport des Conseils territoriaux en santé (CTS) au fonctionnement de la démocratie en santé sur la région 42

1. Expression de la démocratie sanitaire dans les CTS 42
2. Les débats publics CRSA CTS en 2017-2018 42

ANNEXES 44

Les "dépassements d'honoraires", un obstacle pour l'accès aux soins 45

Contribution du Conseil départemental de l'Ordre des médecins au rapport Droits des usagers : secteur à honoraires différents et accès aux soins 57

Etude prospective sur la démographie des médecins généralistes libéraux en région Auvergne-Rhône-Alpes, à 5 et 10 ans 57

La question de la perte d'autonomie des personnes âgées en région Auvergne-Rhône-Alpes, à l'horizon 2030 62

Définition des sigles et acronymes utilisés dans le rapport 78

Introduction

Le respect des droits des usagers en région Auvergne-Rhône-Alpes demeure une priorité de la conférence régionale de la santé et de l'autonomie (CRSA). En effet, si la protection de la santé est l'un des droits fondamentaux des usagers inscrit dans notre constitution, il appartient, entre autres, aux instances de «démocratie en santé » de veiller à sa bonne application.

Dans ses précédents rapports, la CRSA a déjà attiré l'attention des instances de pilotage du système de santé sur le problème de l'accès aux soins, géographique et financier. Ce sujet a, cette année encore, mobilisé ses membres. Si certains territoires, notamment ruraux ou zones sensibles urbaines, souffrent de l'insuffisance du nombre de praticiens libéraux, notamment généralistes, la pratique des dépassements d'honoraires dans les zones sur-dotées constitue un obstacle à l'accès aux soins de certains patients.

La prévention de la perte d'autonomie chez les personnes âgées et du suicide chez les jeunes adultes a largement été étudiée dans ce rapport, tant il est primordial d'identifier les signes précurseurs de ces troubles pour pouvoir mettre en place le plus tôt possible les mesures adaptées à la situation de la personne.

Au-delà des thématiques qui nécessitent des évolutions pour faire face aux enjeux liés à la prévention, au vieillissement de la population et à l'adaptation du système de santé pour répondre aux besoins des usagers, la CSDU s'est intéressée cette année à la qualité et sécurité des soins, mesurée au travers de l'évaluation des établissements et professionnels de santé conduite par la Haute Autorité de Santé (HAS). Elle a ainsi complété l'analyse réalisée dans son précédent rapport par plusieurs auditions qui sont venues éclairer, par des points de vue différents, le rôle et l'impact de l'évaluation continue sur l'amélioration du système de santé. La valorisation de la qualité des pratiques pourrait être intégrée, en partie, dans une rémunération incitative des établissements et des professionnels, afin de les impliquer aux résultats qualitatifs et non plus quantitatifs.

Bien que notre système de santé propose une offre de qualité, la complexité et le cloisonnement le rendent peu accessible aux usagers, alors que la notion de parcours permettrait de les orienter facilement vers les structures et/ou professionnels adéquats. Les réformes à engager pour surmonter ces difficultés nécessitent une approche globale, incluant l'ensemble des acteurs (assurance maladie, ARS), professionnels (ville, hôpital, médico-social) en lien étroit avec les patients, afin que le « parcours de soins s'adapte au mieux au parcours de vie des citoyens ». La volonté d'une transformation de l'ensemble du système de santé a été présentée par le premier ministre en février 2018, et réaffirmée par le président Macron dans le cadre de « santé 2022 » en septembre 2018. Espérons qu'elle se concrétise rapidement.

La CSDU s'est également penchée sur le problème de la prise en charge psychiatrique, puisque deux établissements de la région ont fait l'objet d'un rapport public de la part de la contrôleur générale des lieux de privation de liberté. Aussi, la commission a entendu la référente régionale en psychiatrie et en santé mentale de l'ARS qui, en toute transparence, a fait le point sur les actions conduites par les structures pour remédier aux dysfonctionnements constatés. Elle a également indiqué que la HAS avait entièrement revu sa grille de certification sur les pratiques d'isolement et de contention et que l'agence avait engagé un plan triennal d'inspection pour tous les établissements de la région accueillant des soins sous contrainte. Bien que sujet ne soit pas développé dans le rapport, la CSDU reste particulièrement attentive au respect des droits des usagers lors de la prise en charge psychiatrique.

En matière de droits des usagers, la CRSA a constaté des avancées notables, et a formulé un avis favorable au projet de PRS.

En effet, le SRS envisage d'affirmer la place de l'usager dans le système de santé, de renforcer l'information sur ses droits et de développer l'accompagnement des proches aidants. De même, il est prévu que les instances de démocratie en santé soient accompagnées, la représentation des usagers dans les établissements confortée, et l'expression des usagers valorisée.
Pour autant, elle identifie des points de vigilance quant à l'accès aux soins de premier recours, à la qualité et la sécurité des soins, au développement de l'E-santé et au maintien à domicile.

Les réflexions conduites par la CRSA montrent que le système évolue, mais lentement. Il est nécessaire que tous les acteurs soient impliqués, y compris les patients, qui deviennent de plus en plus acteurs de leur santé et mobilisés pour le changement.

Conditions de réalisation du rapport

Dans la poursuite de l'exercice précédent, le rapport spécifique de la Conférence régionale de la santé et de l'autonomie (CRSA) sur les droits des usagers a été élaboré librement, sans se référer au cahier des charges défini dans l'arrêté du 5 avril 2012, document en cours d'actualisation au ministère.

La commission spécialisée « droits des usagers » a conservé la trame du précédent rapport en privilégiant les sujets qui lui apparaissent, soit comme étant particulièrement sensibles, soit comme étant porteurs d'avenir, sans oublier les sujets récurrents, complétés le cas échéant d'enquêtes ponctuelles de partenaires. La collaboration avec les Conseils Territoriaux de Santé (CTS), dans l'objectif de les associer à l'élaboration du rapport, s'est approfondie, ce qui a permis d'illustrer l'analyse des thèmes de données territoriales de proximité.

Les sujets sensibles :

- L'accès aux soins de premier recours
- Le vieillissement de la population à l'horizon 2030

Les sujets porteurs d'avenir :

- l'évaluation des établissements de santé
- les indicateurs E-SATIS en région
- la mise en œuvre du PRS

Les sujets permanents

- le fonctionnement des commissions des usagers complété par l'enquête de France Assos Santé
- le label "droits des usagers de la santé"
- la démocratie en santé en région

La CRSA 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 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.

- aux auditions de professionnels ou bénévoles du domaine de la santé qui, par leurs témoignages, ont alimenté la reflexion des membres de la commission.

    - **Dr Sylvie YNESTA**, ARS Auvergne-Rhône-Alpes, médecin conseiller psychiatrie et santé mentale - santé des détenus sur la prise en charge psychiatrique au CHU de Saint Etienne et CPA de l'Ain

    - **Bruno DELATTRE,** expert visiteur à la Haute Autorité de Santé (HAS) et coordonnateur de visites, directeur délégué de la MGEN sur la qualité et sécurité des soins dans les établissements de santé du point de vue de la HAS

- **Frédéric GJOSTEEN** et **Isabelle DANIELOU,** pôle Performance et Investissements ARS ARA sur la qualité et sécurité des soins dans les établissements de santé :point de vue de l'ARS sur la qualité et sécurité des soins dans les établissements de santé

- **Christelle CARBONNE et TEMEL Tugba** ARS Auvergne-Rhône-Alpes, direction de la stratégie et des parcours études-prospective : présentation de la synthèse des rapports CDU

- aux échanges constructifs et la qualité du travail réalisé par l'ensemble des acteurs qui composent cette commission

- aux contributions des membres de la CRSA

Première partie : Les sujets porteurs d'avenir

I. L'accès aux soins de premier recours en Auvergne Rhône Alpes doit être garanti

1. L'accès aux soins de premier recours : un problème récurrent

L'émergence des déserts médicaux est une réalité. Depuis les années 2000, ces zones déshéritées se sont développées. Au fil des ans, un autre constat s'est imposé : une évolution plus qu'inquiétante de la démographie médicale, rendant de plus en plus difficile l'accès aux soins de premier recours, en milieu rural comme en ville, troublant à la fois les professionnels de santé et les patients.

Un problème qui très tôt a suscité l'inquiétude et généré une nouvelle approche

La baisse de la démographie médicale date de 2004. Face à cette perspective alarmante, diverses mesures ont été prises : diverses aides à l'installation des médecins libéraux et, dans chaque région, une attention particulière portée aux territoires de santé fragilisés qui ont bénéficié de diverses appellations : zones de soins prioritaires ou zones déficitaires ou zones sous-dotées ou zones sensibles ou encore zones fragiles…

1.1. L'évaluation du risque démographique

L'URPS, médecins libéraux, Auvergne-Rhône-Alpes a édité, en avril 2018, un rapport[1] pertinent qu'il convient d'associer aux travaux de priorisation des territoires conduits par l'ARS Auvergne-Rhône-Alpes. En effet, l'ARS a mené de tels travaux, en étroite concertation avec les autorités préfectorales, les départements, le conseil régional, l'ordre des médecins, l'URPS, les CPAM et le groupement des centres de santé.
Pour l'URPS, une question urgente se pose : identifier les problèmes de démographie médicale en croisant deux données essentielles : la démographie médicale du bassin, par le biais de l'âge des médecins, et la population desservie. Dans quels territoires le risque démographique est-il le plus urgent ? A quel moment se produira-t-il ? Sous quelles formes ?

- **Quelle est l'offre de soins libérale au 1er janvier 2018 ?**

Les effectifs de praticiens
L'étude recense, au 1/01/2018, un effectif total de 7 195 médecins généralistes libéraux exerçant dans la région Auvergne-Rhône-Alpes. Dans cet effectif, sont inclus :

- 814 médecins généralistes à mode d'exercice particulier (MEP) exclusifs (allergologue, angiologue, homéopathe, acupuncteur…),
- 180 médecins urgentistes exclusifs et médecins exerçant exclusivement en établissement,
- 6 201 médecins généralistes libéraux dont l'activité principale s'exerce en ville, et qui sont répartis sur 1 287 communes.

[1] Rapport départemental de la démographie médicale des médecins généralistes – Région Auvergne Rhône Alpes – avril 2018

Au total, 81,3 % de la population régionale bénéficie de la présence d'au moins un médecin généraliste libéral sur le territoire de sa commune de résidence.

A noter des disparités entre les deux anciennes régions :

La partie "**Auvergne"** est moins favorisée **:** seuls 73,2 % de la population régionale bénéficient de la présence d'au moins un médecin généraliste libéral sur le territoire de sa commune de résidence,
La partie "**Rhône-Alpes"** est plus favorisée **:** 83 % de sa population régionale bénéficie de la présence d'au moins un médecin généraliste libéral sur le territoire de sa commune de résidence.

1 192 bassins d'activité et/ou Territoires de santé
Le bassin d'activité du médecin généraliste libéral se définit par les flux dominants de la population qui le consulte.
Au 1er janvier 2018, le schéma de démographie médicale recense :
- 6 201 médecins généralistes libéraux intervenant dans 1 192 bassins d'activité et/ou Territoire de santé des médecins généralistes libéraux.
Chaque bassin compte en moyenne :
- 6 médecins généralistes libéraux
- 3 communes
- 6 544 habitants par bassin, soit 1 091 habitants/médecin généraliste libéral.

- **Pour résumer :** la région dispose pour 2018
- de 1 192 bassins d'activité et/ou territoires de santé
- d'un effectif de 6 201 médecins généralistes libéraux
- soit une densité médicale de 79 médecins généralistes pour 100 000 habitants
- d'un taux d'encadrement par médecin généraliste de 1 261 habitants par desserte
- de 814 médecins à mode d'exercice exclusif (MEP)

Des disparités importantes de densité médicale et d'effectifs dans les dessertes médicales :

Tableau 1 : Effectifs, densité et desserte médicale par département

Les Départements	Population en 2016	Nombre de praticiens	Effectifs en %	Densité médicale*	Desserte médicale
Ain	626 127	386	6,2	62	1 622
Allier	343 062	275	4,4	80	1 247
Ardèche	322 381	260	4,2	81	1 240
Cantal	146 618	126	2,0	86	1 164
Drôme	499 159	392	6,3	79	1 273
Isère	1 243 597	1 041	16,8	84	1 195
Loire	757 305	592	9,5	78	1 279
Haute-Loire	226 565	183	3,0	81	1 238
Puy-de-Dôme	644 216	544	8,8	84	1 184
Rhône	1 801 885	1 373	22,1	76	1 312
Savoie	426 924	417	6,7	98	1 024
Haute-Savoie	783 127	612	9,9	78	1 280
Auvergne-Rhône-Alpes	**7 820 966**	**6 201**	**100,0**	**79**	**1 261**

(*) Densité pour 100 000 hab.

Sources: INSEE-RGP, 2016
URPS ML-AuRA, 2017

Comme le démontre le tableau n°1, la moyenne de 79 médecins/100 000 habitants varie de 62 médecins généralistes libéraux dans le département de **l'Ain**, à 98 médecins en **Savoie**. Mais **la Loire**, **le Rhône**, **la Haute-Savoie** et **la Drôme,** enregistrent également une densité médicale inférieure ou égale à la moyenne régionale.

- **Une offre de soins qui a évolué différemment entre 2008, 2012 et 2018 et d'une région à l'autre**

Quelques remarques sur les évolutions de l'ancienne région Rhône-Alpes

- Une remontée des effectifs des praticiens :

Comme le résume le tableau n°2 ci-dessous, les effectifs de praticiens sont en légère hausse. Au 1er janvier 2018, 5 072 médecins généralistes libéraux ont été dénombrés, soit une progression des effectifs de +169 praticiens.

- Beaucoup de bassins d'activité fermés :

Au total, entre l'année 2008 et 2018, ce n'est pas moins de 59 bassins qui ont disparu. Au 1er janvier 2018, 937 bassins d'activité ont été dénombrés, soit une perte de -50 bassins, sur une période de 5 ans.

- La densité médicale : en hausse grâce à la remontée des effectifs !

Entre l'année 2008 et 2012, la densité médicale a baissé, en même temps que s'effectuait une croissance de la population. La densité a reculé, passant de 90 à 77 médecins généralistes libéraux pour 100 000 habitants. Au 1er janvier 2018, la densité médicale est de 79 médecins généralistes libéraux pour 100 000 habitants, soit une progression de +2,6 % de la densité, due en partie à la remontée des effectifs de praticiens.

Tableau n° 2 : évolution de l'offre de soins - ancienne région Rhône-Alpes 2008 à 2018

Ancienne Région Rhône Alpes	2008	2012	2018	Commentaires
Nombre de praticiens	5 585	4 903 682 12,2 %	5 072 + 169 (+ 3,5 %)	Une remontée des effectifs depuis 2012
Nombre de bassins d'activité	996	987 9 bassins	937 50 bassins	Fermetures et recul sur beaucoup de territoires
Densité médicale	90/100 000 ha	77/100 000 ha	79/100 000 ha	Une hausse de la densité

Quelques remarques sur les évolutions des départements Allier, Cantal, Haute Loire, Puy de dôme

Une forte baisse des effectifs de praticiens

Si l'on se reporte au tableau n°3, on peut constater qu'en 2006, l'effectif des médecins généralistes libéraux de l'ancienne région Auvergne était de 1 343. Au 1er janvier 2018, on n'en compte plus que 1 128, soit une perte de -215 praticiens, et une baisse de -16,0% des effectifs.

Des fermetures et un net recul du nombre de bassins d'activité

En 2006, 265 bassins d'activité ont été définis en région Auvergne. Au 1er janvier 2018, il n'en reste que 256, soit une perte de -9 bassins et une baisse de -3,4 %.

Une **densité médicale en baisse.**

Au 1er janvier 2006, la région Auvergne comptait 103 médecins généralistes libéraux pour 100 000 habitants. Au 1er janvier 2018, la densité médicale est de 83 médecins généralistes pour 100 000 habitants, soit un recul de -19,4 % de la densité.

Tableau n° 3 : évolution de l'offre de soins des départements Allier, Cantal, Haute- Loire, Puy de Dôme 2006 à 2018

Ancienne Région Auvergne	2008	2018	Commentaires
Nombre de praticiens	1 343	1 128 215 + 3,5 %	Une baisse de 16 % des effectifs depuis 2006
Nombre de bassins d'activité	265	256 9 bassins	Fermetures et recul sur beaucoup de territoires
Densité médicale	103/100 000 ha	83/100 000 ha (- 19,4 %)	Une baisse notoire de la densité des médecins généralistes

Quelques particularités d'exercice

Type d'activité :

Au 1er janvier 2018, sur les **7 195 médecins généralistes** qui ont été recensés par l'URPS Médecins libéraux d'Auvergne-Rhône-Alpes, on compte :

- **6 201 médecins généralistes**, soit 86,2 % de l'effectif,
- **814 médecins MEP** (médecins à exercice particulier) exclusifs, comme, par exemple, les médecins angiologues, échographes, acupuncteurs, homéopathes…à exercice exclusif, soit 11,3 % de l'ensemble,
- **180 Médecins Généralistes Urgentistes** exclusif et/ou exerçant exclusivement en établissement, soit 2,5 % de l'ensemble.

Secteur conventionnel :

Plus de **93,0 %** des médecins généralistes, en exercice dans la région Auvergne-Rhône-Alpes, exercent en secteur 1.

Mode d'exercice :

46 % des médecins généralistes libéraux, près de 2 médecins sur 5, choisissent d'exercer en cabinet de groupe. C'est le mode d'exercice privilégié, retenu aujourd'hui par les praticiens. L'exercice en cabinet individuel, à 35,6 %, comptabilise 10 points de moins. Ces deux modes d'exercice représentent près de **82 %** de l'ensemble, soit plus de 8 situations sur 10.
On notera que le mode d'exercice en regroupement pluri-professionnel, avec ou sans projet de santé commun, reste minoritaire, même s'il est bien représenté, avec un effectif de **15,8 %** des médecins généralistes

Tableau 4 Mode d'exercice

Les modes d'exercices	Effectif	Fréquence en %
Cabinet de groupe	2 834	46,0%
Cabinet individuel	2 196	35,6%
Maison / Pôle de Santé	496	8,0%
Cabinet de groupe pluri-professionnels	484	7,9%
Etablissement privé non PSPH	139	2,3%
Non renseigné	16	0,3%
Total général	**6 165**	**100,0%**

Source : URPS ML-AuRA, 2017

Tableau 5 Situation professionnelle

Situation professionnelle	Effectif	Fréquence en %
Libérale	5 204	83,9%
Mixte	526	8,5%
Cumul emploi retraite	71	1,1%
Collaborateur	340	5,5%
Saisonnier	33	0,5%
Non renseigné	27	0,4%
Total général	**6 201**	**100,0%**

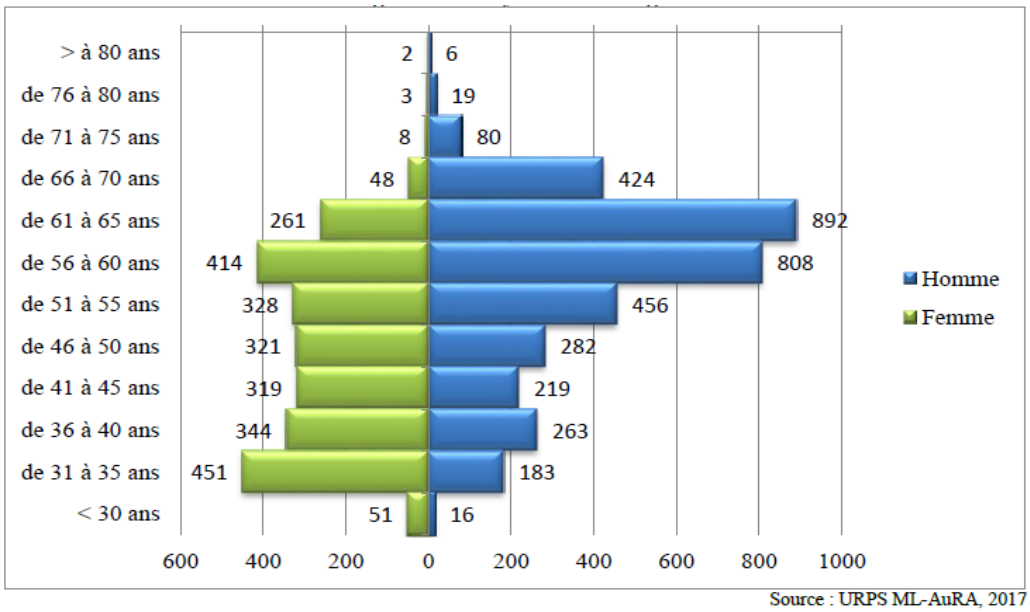
Source : URPS ML-AuRA, 2017

Secteur d'activité :

On relèvera que près de **84,0 %** des médecins généralistes exercent leur activité en mode libéral exclusif. Seuls 8,5 % exercent en mode mixte (*tableau n° 5*).

Sexe ratio :

Graphique 6 : pyramide des âges



Source : URPS ML-AuRA, 2017

Comme le démontre le graphique 6, ce sont, en 2018, des médecins généralistes-hommes qui pratiquent la médecine générale en Auvergne-Rhône-Alpes. Ils sont 3 648 et représentent **58,9 %** des effectifs. Les femmes sont au nombre de 2 550, soit **41,1 %** des praticiens.

Mais il faut tout aussitôt relever que les tendances du sexe ratio s'inversent chez les praticiens âgés de moins de 50 ans. Sous cette barre, les médecins généralistes sont majoritairement des médecins généralistes-femmes. Elles constituent plus de **60 %** des effectifs, soit 1 486 praticiens.

Les taux de féminisation oscillent autour de 53,2 % chez les praticiens âgés de 46 à 50 ans, soit le taux le plus faible, à plus de 70,0 % chez les praticiens âgés de moins de 35 ans.

Les risques du vieillissement démographique : un généraliste sur deux à l'âge de la retraite en fin de PRS2

L'intérêt de cette étude est dans le regard qu'elle a porté sur le vieillissement des médecins généralistes. Comme attendu, la situation actuelle projetée à 5, 10 et 15 ans n'est pas dénuée d'inquiétude.

Le tableau n° 7 reprend les données du recensement des médecins généralistes. Leur âge moyen homme/femme est de 52 ans, plus âgé pour les hommes, soit 56 ans, bien plus jeune pour les femmes, 47 ans.

Tableau 7 Age moyen et vieillissement

Médecins généralistes	Effectif	Age moyen	% 55 ans et plus	% 60 ans et plus	% 65 ans et plus
Médecins Hommes	3 648	56 ans	64,3%	43,6%	18,5%
Médecins Femmes	2 550	47 ans	31,4%	15,0%	3,8%
Total général	**6 198**	**52 ans**	**50,8%**	**31,8%**	**12,5%**

Source : URPS ML-AuRA, 2017

Quelques constats alarmants :

- un médecin généraliste sur deux a 55 ans et plus. C'est six praticiens sur dix chez les généralistes-hommes et trois praticiens sur dix pour les généralistes-femmes,
- en 2027, un généraliste libéral sur deux pourra cesser son activité, parce qu'il aura 65 ans, l'âge théorique de la retraite
- en 2022, 32 % des médecins généralistes, soit 3 praticiens hommes sur dix (plus de 43 % sont en effet des hommes), auront 65 ans et sont susceptibles de partir à la retraite.
- en 2018, 12,5 % des médecins généralistes libéraux sont âgés de 65 ans et plus, soit un praticien homme sur dix, et peuvent cesser leur activité.

L'indice de vieillissement montre un déséquilibre inquiétant entre générations

Le tableau n° 8, qui répartit les praticiens en fonction de leur âge (plus ou moins de 50 ans) et de leur département d'exercice, met en lumière l'indice de vieillissement, sachant que ce dernier est le rapport entre l'effectif des praticiens âgés de 50 ans et plus et l'effectif des praticiens âgés de moins de 50 ans.
Quelques constats qui alertent sur le déséquilibre entre les générations de praticiens :

- pour la région Auvergne-Rhône-Alpes, (tableau n° 8), l'indice de vieillissement des médecins généralistes libéraux est de 1,7 ou 167 médecins généralistes libéraux âgés de 50 ans et plus pour 100 médecins généralistes libéraux âgés de moins de 50 ans,
- Les indices de vieillissement varient sur les 12 départements de la région de 1,2 à 2,3.
- la Haute-Loire enregistre le niveau d'indice le plus faible,
- l'Allier et l'Ardèche, avec un indice à 2,3, ont les niveaux de déséquilibre générationnel les plus conséquents.

Tableau 8 : Indice de vieillissement de praticiens par département

Les Départements	Praticiens âgés de moins de 50 ans	Praticiens âgés de 50 ans et plus	Indice de vieillissement
Ain	119	267	2,2 (224)
Allier	83	192	2,3 (231)
Ardèche	80	180	2,3 (225)
Cantal	47	79	1,7 (168)
Drôme	138	254	1,8 (184)
Isère	405	636	1,6 (157)
Loire	240	352	1,5 (147)
Haute-Loire	81	101	1,2 (125)
Puy-de-Dôme	222	322	1,5 (145)
Rhône	503	868	1,7 (173)
Savoie	156	261	1,7 (167)
Haute-Savoie	250	362	1,4 (145)
Auvergne-Rhône-Alpes	**2 324**	**3 874**	**1,7 (167)**

(*) Densité pour 100 000 hab. Sources: INSEE-RGP, 2016

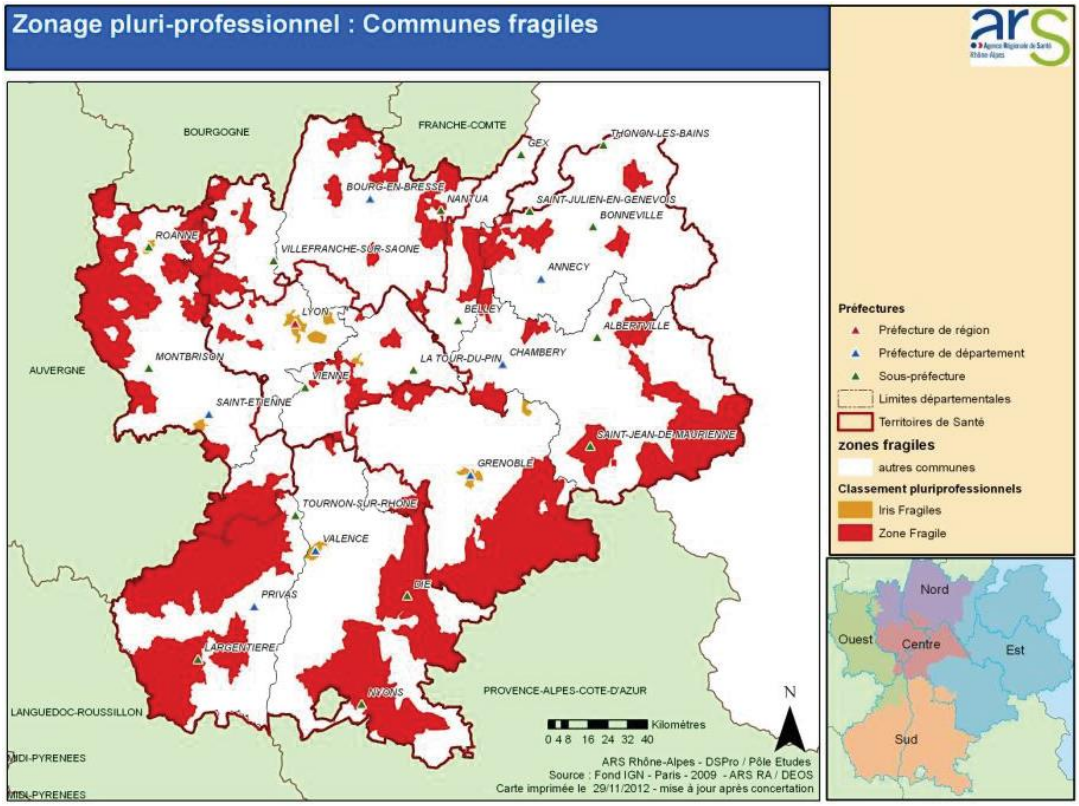
De l'opportunité de rapprocher cette étude prospective du zonage réalisé par l'ARS

Il convient, au terme de cette présentation, de rappeler que l'ARS a réalisé un zonage des médecins libéraux de la région Auvergne-Rhône-Alpes, qui s'appuie sur les bassins de vie INSEE.

Dans le "Territoire de Vie-Santé". (TVS), les territoires sont classés selon un indicateur d'"Accessibilité Potentielle Localisée", (APL), qui qualifie l'accessibilité d'une zone à un professionnel de santé, en tenant compte des besoins de soins de la population : l'activité du professionnel de santé, l'âge de la population et du professionnel, le temps d'accès, etc… Le nombre moyen souhaitable d'actes par habitant et par an est fixé à 3,8 consultations par habitant et par an. Le seuil critique est fixé à 2,5 consultations par habitant et par an.

C'est ce zonage qui a prévalu lors de la construction du PRS (programme régional de santé) valable de 2018 à 2028. La carte et la liste des zones fragiles pluri professionnelles est présentée ci-dessous.

Annexe 1 opposable : détermination des zones fragiles pluri-professionnelles - art l 1434-7 du code de la sante publique



Les propositions de classement des territoires, telles qu'elles ont été opérées par l'ARS, n'ont pas montré, lors des différents retours des professionnels de santé, de remise en cause générale.

Toutes les études réalisées devraient ainsi permettre d'organiser, ou de réorganiser, l'offre de soins, dans la mesure où tous les bassins ne pourront pas être maintenus faute d'une population suffisante et/ou faute de successeur médical. Il est clair que le plan de transformation du système de santé gagnera en crédibilité et réalisme dès lors qu'il s'appuiera sur tous ces éléments et qu'il utilisera toute la palette des mesures rendant attractive l'installation des praticiens dans les zones sensibles.

2. En conclusion

La ministre de la Santé, Agnès Buzyn, s'est exprimée à plusieurs reprises sur "la transformation du système de santé" et "l'égal accès aux soins des français", Ma santé 2022…

Elle a fait part de ses analyses de la situation et a dévoilé quelques pistes sur le plan d'accès aux soins.

L'étude conduite par l'URPS de la région Auvergne-Rhône-Alpes montre que plus de 81 % de la population bénéficie de la présence d'au moins un médecin généraliste libéral sur le territoire de sa commune de résidence. C'est, dans 59 % des cas, un médecin généraliste de sexe masculin, âgé en moyenne de 52 ans, exerçant, à plus de 93 % en secteur1 et à 46 % au sein d'un cabinet de groupe ou en cabinet individuel.

Mais, dans le même temps, l'étude de l'URPS dresse un constat inquiétant, montrant que les conditions d'accès aux soins se sont dégradées depuis quelques décennies, du fait d'une démographie médicale qui n'a pas été adaptée aux besoins de soins sur l'ensemble des territoires de santé.
A l'heure actuelle, le déséquilibre générationnel est préoccupant. Qu'en est-il des médecins qui ont 50 ans en 2017 ? La pyramide des âges comporte une proportion de cinquantenaires trop importante. Cela concerne 427 territoires de santé, soit 35,8 % des territoires qui ont des praticiens en exercice, tous âgés de 50 ans et plus. En impact sur les effectifs de généralistes, c'est 12,3 % des effectifs. En impact populationnel, c'est plus de 16 % de la population régionale.

Quel est le risque démographique à long terme, dans 10 ans ? Qu'en est-il des médecins qui ont actuellement 55 ans ? En 2027, âgés de 65 ans, donc susceptible de cesser leur activité, ils représenteront plus de la moitié de l'effectif. L'effet portera sur plus de 60 % des territoires de santé de la région et touchera plus de 61,8 % de la population.

Quel est le risque démographique à moyen terme ? Qu'en est-il des médecins âgés de 60 ans en 2018 ? Un tiers, 31,8 % des médecins généralistes libéraux, a 60 ans et plus. En 2022, ils sont susceptibles de cesser leur activité. Cela concernera 33,6 % des territoires de santé de la région, soumis à ce risque démographique, impactant 19,0 % de la population et 16,0 % des médecins généralistes libéraux de la région.

Quel est le risque démographique à court terme ? Qu'en est-il des médecins qui ont 65 ans au 1er janvier 2018 ? Ils sont 12,5 % à être âgés de 65 ans et plus et donc susceptible de partir en retraite dès cette année 2018. Cela concernera 12,2 % des territoires de santé de la région, impactant 5,7 % de la population et 4,4 % des médecins généralistes libéraux de la région.
Au-delà des analyses et des déclarations d'intention, les usagers du système de santé sont en attente de mesures. Inutile d'insister sur l'urgence qui existe à garantir l'accès à tous aux soins de premier recours, sur l'ensemble des territoires et bassins de santé.

La CSDU, dans sa contribution à l'avis de la CRSA sur le Projet régional de santé 2018-2028, avait souligné "l'accès aux soins de premier recours est pour les usagers une priorité absolue. La commission soutient les mesures incitatives qui permettent de rendre attractifs certains territoires, tout en alertant sur le droit fondamental d'accès aux soins, qui n'est pas pleinement mis en œuvre, puisque 900 000 habitants (soit 11,5 % de la population ont un accès très difficile aux soins de premier recours. En conséquence, elle demande à l'ARS de concentrer ses efforts sur cette question cruciale" (Avis sur le PRS - 26 avril 2018).

II - Le vieillissement de la population en Auvergne-Rhône-Alpes, à l'horizon 2030

Parmi toutes les problématiques que la CDSU se fait un devoir de suivre avec attention, figure, au cœur de ses préoccupations, la prise en charge et l'accompagnement des personnes âgées d'au moins 75 ans, en perte d'autonomie. Traiter du "grand âge" pour la CSDU, c'est aborder tous les effets possibles du vieillissement : la maladie, la dépendance, le handicap, dans la perspective du respect des droits des personnes.

En 2017, l'ORS Auvergne-Rhône-Alpes a conduit une étude[2], soutenue financièrement par l'ARS. Cette étude régionale, qualitative et prospective, s'inscrit tout à fait dans le cadre du rapport annuel de la CRSA, qui traite de la mise en œuvre du respect des droits des usagers. En effet, les travaux de l'ORS fournissent de nombreuses informations et synthèses sur cette étape spécifique du parcours de vie, dont on sait à présent qu'il est modifié du fait de l'allongement de la durée de vie.

Aussi, est-il proposé de reprendre les travaux qui se rattachent à cette thématique afin de formuler des recommandations dans le cadre du rapport annuel de la CSDU :

- **Les seniors en région Auvergne-Rhône-Alpes, vus par l'INSEE**

L'approche populationnelle des seniors en région Auvergne-Rhône-Alpes, effectuée par l'INSEE, permet d'appréhender leur répartition géographique sur les bassins de vie de la région, l'état de leur santé, leurs conditions d'existence, tant pour le logement que leurs revenus, et de cerner avec précision les besoins et les évolutions à venir de cette population,

- **Quels parcours concevoir pour les personnes âgées en perte d'autonomie à l'horizon 2030 ?**

Le travail de l'ORS Auvergne-Rhône-Alpes s'est attaché à mieux conceptualiser la perte d'autonomie, à mieux en décrire les différents aspects, les étapes, les facteurs de risque et de protection et la prise en charge de la population âgée, tant en institution qu'à domicile. L'étude porte également sur la notion de parcours des personnes âgées dépendantes, avec la mise en évidence des ruptures préjudiciables à une prise en charge adéquate et de qualité.

- **Vers une typologie qualitative des territoires au service des besoins des personnes âgées dépendantes, avec la construction de 4 profils territoriaux**

L'ORS propose un travail prospectif à l'horizon 2030, qui classe les territoires en fonction des besoins de leur population et des ressources de l'offre médicale ou médicosociale dont ils disposent.

Des informations complémentaires pour en savoir plus sont à consulter dans la partie Annexes du présent document.

[2] Étude prospective et qualitative - Prise en charge et accompagnement de la personne âgée de 75 ans et plus en perte d'autonomie à l'horizon 2030 - Région Auvergne-Rhône-Alpes - Observatoire Régional de la Santé Auvergne-Rhône-Alpes |

III - Droits et éthique des personnes âgées dépendantes : point de vue de Mme CALLU, maître de conférences en Droit à l'Université de Lyon III

Evoquer la situation des personnes âgées dépendantes soulève la double interrogation de leur situation juridique et éthique. Etre âgé signifie-t-il toujours être vieux ? A partir de quel âge est-on vieux ? Est-on encore une personne juridique lorsque l'on est âgé ?

En droit français, les différentes étapes de la vie sont considérées comme un "fait de la nature en ce qu'elles procèdent de sources absolument indépendantes de la volonté[3]". Le déroulement du temps est le même pour tous les êtres, même si les conséquences n'en sont pas forcément les mêmes suivants les personnes en fonction du rythme biologique de chacun. Le droit ne va donc que constater ce fait tout en cherchant à protéger les phases dans lesquelles nous sommes les plus fragiles : la minorité (de la naissance vivant et viable jusqu'à l'âge de 18 ans en raison de la dépendance juridique des mineurs vis-à-vis de leurs parents[4]) et lorsque les personnes concernées en ont besoin (mesures de protection des majeurs[5]). A partir du moment où l'on est majeur, chacun dispose *d'une même et pleine capacité juridique* et, très heureusement, "le droit ne fixe aucun âge à partir duquel nous sommes vieux[6]". En d'autres termes, il n'y a pas d'âge juridique pour être vieux !

Certes, des droits vont être ouverts en fonction de certaines phases de vie (droit à la retraite, droits à certaines aides, droit d'entrer dans un établissement d'hébergement pour personnes âgées dépendantes..); mais il est rare que les textes utilisent les termes de vieillesse, à l'exception notable de la loi n°2015-1776 du 28 décembre 2015 *relative à l'adaptation de la société au vieillissement.*

En revanche, les termes de *personnes âgées* se rencontrent plus facilement, en particulier dans le Code de l'action sociale et des familles (chapitre III), mais pour exposer quelles aides peuvent être accordées en fonction des situations, les âges concernés varient en fonction de chacune de ces prestations.

En d'autres termes, *ce qu'il est essentiel de constater, c'est que le droit pose un regard d'immense respect sur les personnes qui abordent la dernière partie de leur vie, qu'il cherche à leur conserver le maximum de dignité, de libertés, d'autonomie et qu'il prévoit des mesures spécifiques en fonction des difficultés que ces personnes peuvent rencontrer*. A titre d'exemple, le droit ne prévoit aucune limite d'âge pour obtenir les informations concernant sa santé et pour décider, avec les professionnels de santé concernés, de mesures à prendre pour répondre aux altérations de l'état d'une personne, même s'il s'agit d'un refus de soins[7]. Et même si le malade est placé sous tutelle en raison de sa vulnérabilité, le droit prévoit que l'information doit lui être donnée et que son consentement "doit être systématiquement recherché s'il est pate à exprimer sa volonté et à participer à la décision".

En revanche, ce que l'on peut constater trop souvent, c'est le non- respect de cette dignité juridique des personnes âgées et la rapidité avec laquelle certains proches ou certains professionnels peuvent prendre des décisions à la place des intéressés "afin de ne pas les ennuyer avec cela" ou "parce que cela va plus vite et que l'on n'a pas de temps". Dans son rapport de 2009 consacré à la vulnérabilité, la Cour de cassation, par la voix du professeur Xavier Lagarde évoquait la notion de double peine : "Non seulement elle empêche les individus de jouir du plein exercice de leur personnalité juridique, mais encore, elle les marque au point le plus souvent de leur attirer des nuisances supplémentaires. Comme si la proximité des

[3] *Introduction au droit*, Roland H, Boyer L., Litec, 2002, p. 556.
[4] Incapacité d'exercice.
[5] Sauvegarde de justice, curatelle, tutelle.
[6] *Agisme ou vieillissement éthique: réflexions sur le droit, les politiques publiques et l'éthique en France et au Québec*, Saton-Jean M., Callu M-F., *in* Réflexion et recherches en éthique. Mélanges en l'honneur du professeur Christian Hervé, Dalloz, 2018, p431-441
[7] Par exemple, à partir de 65 ans, une personne privée de ressources suffisantes peut bénéficier, soit d'une aide à domicile, soit d'un accueil chez des particuliers ou dans un établissement, et 60 ans pour une personne reconnue inapte au travail (art. L113-1 CASF) ; mais aussi, dans le Code de la sécurité sociale, l'âge d'ouverture du droit à la pension de retraite est fixé à soixante-deux ans pour les assurés nés à compter du 1er janvier 1955.

personnes vulnérables faisait craindre un effet de contagion[8]". Ceci est tellement vrai que le Code pénal prévoit expressément une infraction portant sur l'abus frauduleux de l'état d'ignorance ou de faiblesse "soit d'un mineur, soit d'une personne *dont la particulière vulnérabilité*, *due à son âge*, à une maladie, à une infirmité, à une déficience physique ou psychique[9]…".

Et c'est là où l'éthique peut aider à compléter ce que recherche le droit pour protéger les personnes âgées.

Dans son avis n°128, du 15 février 2018, relatif aux Enjeux éthiques du vieillissement, le Comité consultatif national d'éthique[10] aborde la nécessaire "prise de conscience par notre société de ce "nouveau temps" qu'est la fin de la vie de cette réalité épidémiologique de la vulnérabilité des personnes, de leur solitude et de leur isolement".

Ceci est indispensable non seulement au plan politique et national, mais également dans les actions quotidiennes, à domicile ou en établissement. Lorsque l'on travaille avec les équipes qui prennent en charge les personnes en grande dépendance et que l'on s'interroge sur la place que l'on peut laisser à une indépendance physique et mentale qui se réduit de jour en jour, certaines interrogations, classiques en éthique[11], permettent de progresse. A titre d'exemple, quand plusieurs possibilités s'offrent, face à une situation donnée, quelle sera celle qui conservera encore le plus *d'autonomie* à la personne concernée (par exemple dans sa possibilité de choisir elle-même, ne serait-ce que sur des choses simples comme un dessert ou une heure de lever ou de de coucher) ; quelle sera celle qui lui sera *bienfaisante* (les petites joies de fin de vie sont tellement précieuses, même si elles semblent sans intérêt pour les autres) ; quelle sera celle qui ne lui sera pas *malfaisante* (obliger une personne à prendre une douche tous les jours alors le refuse et n'en a jamais pris de sa vie peut se révéler particulièrement violent humainement) ; quelle sera celle qui sera *juste* (dans certains établissements, par manque de personnel, le soir il est décidé quelles seront les personnes auxquelles il faudra répondre, la nuit, et celles qui devront attendre le matin avant d'être aidées…).

Le droit et l'éthique sont unanimes dans le regard qu'ils portent sur les personnes en dernière partie de vie, regard de respect, de dignité et de remerciement. Comme le souligne le Comité consultatif national d'éthique : "Les personnes âgées sont riches d'être… Elles témoignent de notre aptitude à tous à vieillir et ce faisant, elles nous obligent à penser le sens de l'existence en général et de notre existence en particulier. Les personnes aujourd'hui âgées sont celles qui ont fait de nous ce que nous sommes et, dans un certain sens, sont aussi notre mémoire vivante.[12]"

[8] Avant-propos, https://www.courtdecassation.fr/publications_26/rapport_annuel_36/rapport_2009_3408/etude_personnes_3411/m._xavier_15305.html
[9] Art.223-15-2 du code pénal, infraction punie de trois ans d'emprisonnement et de 375 000 euros d'amende
[10] http:/www.ccneethique.fr/sites/default/files/publications/ccne_avis_128.pdf
[11] Les principes de l'éthique biomédicale, Beauchamp T., Childress J., Les Belles Lettres, 2008
[12] http:/www.ccne-ethique.fr/sites/default/ files/publications/ccne_avis_128.pdf

Recommandations

A partir des analyses précédentes effectuées à partir des études de l'INSEE et de l'ORS, la CRSA rappelle ses principales recommandations :

Etre destinataire de données fiables (en croisant les informations d'organismes comme la CPAM, la MSA, la CARSAT…) afin de pouvoir suivre régulièrement les évolutions sur l'ensemble des territoires

Soutenir le repérage des personnes âgées en fragilité en renforçant l'attention et l'aide aux personnes âgées dépendantes et en situation de précarité.

Promouvoir les actions de prévention, en améliorant la prévention de la perte d'autonomie à domicile et en établissement

Favoriser le maintien à domicile et promouvoir de nouvelles formes d'habitat notamment en développant les ressources de soins et d'aides à domicile

Soutenir les professionnels en renforçant la formation des professionnels exerçant auprès des personnes âgées et en favorisant leur installation sur les territoires en déficit

Développer la prise en charge de troubles psychiques de la personne âgée en renforçant les liens entre la psychiatrie et les acteurs de la prise en charge des personnes dépendantes

Deuxième partie : Les sujets porteurs d'avenir

I. Evaluation des établissements de santé

Le respect des droits des usagers est un élément fondateur de la loi du 14 mars 2002 confortés par la loi de modernisation de notre système de santé de janvier 2016[13]. Aujourd'hui, quels constats peut-on effectuer ? L'hôpital est-il plus sûr ? Les malades mieux pris en charge ? Leurs droits mieux respectés ?...
C'est à ces questions que la commission tente de répondre, en analysant les thématiques abordées tant par la Haute Autorité de Santé que par les commissions des usagers dans les établissements de santé.

La Commission Spécialisée Droits des Usagers a constaté, au fil des ans, qu'il existait de nombreux points de rapprochement entre la HAS et l'ARS au niveau des thématiques qu'elles étudient toutes les deux, soit au travers des items contenus dans le questionnaire d'évaluation des Commissions Des Usagers (CDU) des établissements de santé, soit au niveau des thématiques abordées par la HAS lors de la certification et de l'évaluation de la satisfaction des usagers.
C'est pour cette raison qu'il est apparu souhaitable de rapprocher, à titre exploratoire, un représentant de la HAS et deux responsables de la direction de l'offre des soins de l'ARS, afin de mieux cerner les missions respectives de chacune des institutions. Il apparait qu'un travail collaboratif pourrait être engagé entre la HAS et l'ARS en lien avec la CSDU, aux fins d'améliorer encore l'évaluation de la mise en œuvre des "droits des usagers" dans les établissements de santé.

Nous évoquerons dans un premier temps cette perspective d'une synergie renforcée entre les institutions HAS et ARS avec la conférence régionale de santé, avant d'analyser certains résultats de la mesure de la satisfaction des patients hospitalisés, ainsi que la qualité et la sécurité des soins dans les hôpitaux et les cliniques en 2017.

1. Pour une synergie renforcée entre la HAS et l'ARS : témoignages HAS et ARS

La commission spécialisée droits des usagers a auditionné Bruno DELATTRE, expert visiteur de la HAS, Frédéric GJOSTEEN et Isabelle DANIELOU du pôle Performance et Investissements ARS ARA. Les échanges, lors de cette rencontre, ont porté sur le rôle de l'expert-visiteur dans la certification des établissements, les visites préparatoires à la certification, les problématiques de qualité et de sécurité des soins dans les établissements de santé et, enfin, la mission du pôle performance et investissement de l'ARS.

Cette rencontre a ouvert de nouvelles perspectives et a incité les membres de la CSDU à émettre des propositions dans le sens d'un renforcement de la synergie entre la HAS et l'ARS.

1.1. Le rôle de l'expert-visiteur et la certification des établissements

La certification est une procédure d'évaluation externe des établissements de santé publics et privés, effectuée par des professionnels mandatés par la HAS, les experts visiteurs. Aujourd'hui, la HAS en compte environ 500. Ce sont eux qui contribuent, en tant que collaborateurs occasionnels, au déploiement de la certification des établissements de santé sur l'ensemble du territoire.
L'expert visiteur est un professionnel de santé : médecin, pharmacien, directeur, soignant et autres cadres hospitaliers. Il occupe un poste d'encadrement et est impliqué dans des projets de qualité, de gestion des risques. Il justifie d'une expérience professionnelle d'au moins 10 ans. Il présente de fortes qualités de

[13] http://solidarites-sante.gouv.fr/systeme-de-sante-et-medico-social/loi-de-modernisation-de-notre-systeme-de-sante/

communication, de synthèse et d'analyse. Le candidat retenu suit un solide parcours de formation initiale animé par la HAS. L'expert-visiteur s'engage à réaliser 4 visites par an pendant 3 ans et à perfectionner ses connaissances en formation continue, présentielle ou à distance. Il consacre du temps à la préparation de la visite et à la rédaction du rapport.

1.2. La visite de certification des établissements de santé et la prise en compte des droits des patients

La HAS publie les résultats des évaluations qu'elle conduit dans les différents établissements, conformément à l'exigence de transparence en matière d'information des usagers du système de santé. La finalité est d'accroître la qualité et la sécurité des soins.
Ainsi, l'usager a la possibilité d'obtenir des informations précises sur l'établissement qu'il envisage de fréquenter. Il lui suffit de cliquer sur le site Scope santé pour obtenir le niveau de certification de l'établissement et accéder aux indicateurs de qualité et de sécurité des soins (IQSS)

La certification

La procédure de certification des établissements de santé, conduite sous l'égide de la Haute Autorité de Santé, a pour objet d'évaluer la qualité et la sécurité des soins dispensés, ainsi que l'ensemble des prestations délivrées par les établissements de santé. Elle consiste en une appréciation globale et indépendante de l'établissement, afin de favoriser l'amélioration continue des conditions de prises en charge des patients. Elle se fonde sur un manuel de certification élaboré par la Haute Autorité de Santé, qui précise l'objectif et les grandes étapes de la visite de certification[14].

Cette visite, assurée par une équipe de 2 à 7 experts-visiteurs de catégories professionnelles différentes, dont un coordonnateur, tient compte notamment de l'organisation interne de la structure visitée et de la satisfaction des patients. Tous les établissements de santé publics et privés, en France métropolitaine et DOM-TOM, sont concernés.

Les méthodes d'investigation utilisées par les experts-visiteurs s'appuient sur deux méthodes de visites complémentaires :

- l'audit de processus, qui consiste à investiguer une thématique (comme la prise en charge de la douleur) pour s'assurer de sa maîtrise et de son efficacité ;
- le patient traceur, qui évalue la prise en charge réelle d'un patient encore hospitalisé.

A l'issue de la visite, ils établissent un pré rapport transmis à l'établissement pour une phase contradictoire, puis le rapport final conduisant à une décision de certification.

Droits du patient
La certification a pour objectif d'assurer une complémentarité entre le respect des normes réglementaires et la satisfaction aux exigences identifiées dans le manuel de certification. Ainsi, la certification évalue :

- la dimension éthique dans la prise en charge du patient,
- la prévention de la maltraitance,
- la promotion de la bientraitance,
- le respect de la dignité et de l'intimité du patient,
- le respect de la confidentialité des informations relatives au patient,
- le respect des libertés individuelles,
- la prise en charge de la douleur,
- l'information du patient sur son état de santé et les soins proposés,

[14] https://www.has-sante.fr/portail/jcms/c_2758048/fr/comprendre-la-v2014

- le respect des droits des patients en fin de vie,
- la prise en charge des personnes présentant une vulnérabilité et des risques particuliers : personnes âgées, enfants et adolescents, personnes atteintes d'un handicap, patients porteurs de maladies chroniques,
- l'accueil et l'accompagnement de l'entourage,
- l'implication des usagers, de leurs représentants et des associations.

En cas de manquements ou d'insuffisances constatés, la Haute Autorité de Santé formule une décision sur la thématique concernée.

Les différentes décisions de certification de la HAS

Certification (A)	(délivrée pour 6 ans)
Certification avec recommandation(s) d'amélioration (B)	(délivrée pour 4 ans)
Certification avec obligation(s) d'amélioration (C)	(délivrée pour 2 à 4 ans selon les cas)
Sursis à statuer (D)	(l'établissement n'est pas certifié tant qu'il n'a pas apporté la preuve de la résolution des écarts).
Non certification (E)	(le nombre et la gravité des réserves - dont des situations à risques observées et non maitrisées – sont tels qu'il n'est pas possible de certifier l'établissement

Constat que de nombreuses préoccupations sur la qualité et la sécurité des soins dans les établissements de santé sont partagées par la HAS, l'ARS et la CSDU.

1.3. Quelques propositions et pistes de travail

L'ARS pourrait-elle faire part, en amont, à la HAS, lorsque cette dernière entame une procédure de visite de certification d'un établissement, des thèmes sur lesquels elle souhaiterait attirer son attention ? Notamment, sur la fiche interface V2014, sur laquelle s'appuient les experts-visiteurs.

- Plusieurs thématiques peuvent apparaitre intéressantes. Dans la rubrique "liste des instances", le nombre de réunions de la CDU (ex-CRUQPC) effectuées les trois dernières années ne manque pas d'intérêt. Dans la rubrique "relations avec les usagers", le nombre de plaintes et contentieux, comme le nombre de réclamations, présentent de l'intérêt. Dans le même esprit, la fiche pourrait recenser la date de validation du rapport de la CDU en plénière ainsi qu'en conseil de surveillance. Tous ces éléments prendraient en importance s'ils étaient recensés par la HAS, qui visite un quart des établissements chaque année.

- D'autres thématiques pourraient, en fonction des sujets que le rapport annuel droits des usagers entend privilégier, retenir l'attention : par exemple la formation continue des professionnels de santé, le bon usage des médicaments, leur dispensation, la lutte contre la douleur, la bientraitance, etc …

- La CSDU souhaite obtenir, par catégories d'établissements, pour la région, les résultats de l'enquête E-SATIs, pour la mieux situer au regard des scores nationaux.

- Enfin, le site Scope Santé doit, une nouvelle fois, être signalé, car il permet à chaque usager de disposer d'informations sur le niveau de qualité de tous les hôpitaux et cliniques de France.

Un lien pourrait s'établir, lors de la visite de certification, entre l'établissement et les recommandations que l'ARS et la CRSA énoncent dans différents secteurs de l'organisation des soins. Par exemple :

- **La prise en charge ambulatoire centrée autour du patient**, où la CRSA recommande le renforcement de la coordination des acteurs dans une logique de parcours, le décloisonnement de l'hôpital en améliorant les interfaces ville-hôpital, l'information des patients et leur famille en amont de l'acte ambulatoire.
- L'incitation de tous les établissements à participer activement et pleinement à **l'enquête de "satisfaction des patients hospitalisés"** pour atteindre le 100 %, en mettant en œuvre des solutions alternatives pour les patients qui ne disposent pas d'une adresse électronique.
- **La collaboration entre les professionnels de santé,** pour que la liaison médecine de ville/hôpital devienne une réalité incontournable.
- **La préparation de la sortie** des patients après hospitalisation.
- La mise en place d'une procédure **de recueil de la personne de confiance.**
- **La mise en place rapide de remédiations** lorsque les cotations sont en C et D.

En conclusion

On notera qu'une récente étude montre que 94 % des représentants des usagers (RU) ont conscience de l'utilité de leur mission, estimant que leur présence et leurs actions conduisent, à terme, à améliorer la qualité des soins.

Il apparait donc pertinent que la HAS les implique le plus possible dans la démarche de certification. Lors de la visite, une rencontre entre l'expert visiteur et les RU est prévue afin de recenser leur perception sur leur rôle au sein de l'établissement et notamment au sein des différentes commissions. Il convient de noter que quelquefois, les RU sont pilotes de processus, preuve de leur bonne intégration au sein de la structure. Selon le point de vue des experts visiteurs, la rencontre avec les représentants des usagers est riche d'enseignement.

Par exemple, dans le cas de la démarche patient traceur, une rencontre est prévue avec les équipes de soins, les médecins, le représentant des usagers et avec le patient. Leurs témoignages font souvent apparaitre des dysfonctionnements au niveau des interfaces et des nuisances la nuit. Cela renvoie souvent à des problèmes d'organisation ignorés par les personnels pris dans leurs habitudes et soumis à des contraintes d'effectif.

Ces exemples font la démonstration qu'il existe des axes d'amélioration au sein des établissements et qu'il est nécessaire d'intégrer les représentants d'usagers sur la problématique du parcours du patient, comme il est utile de les informer et de s'assurer qu'ils soient bien informés et associés au processus de certification, les inciter à participer aux bilans journaliers lors des visites de certification. L'équipe des experts-visiteurs doit s'assurer que tous les RU sont bien désignés. En effet, certaines visites sont réalisées sans les rencontrer, faute de désignation.

On retiendra enfin qu'il faut valoriser les permanences des RU et des associations d'usagers en favorisant leur implantation.

La HAS et l'ARS ont des rôles bien distincts. La HAS est centrée sur l'évaluation de la qualité et la sécurité des soins dispensés et l'ensemble des prestations délivrées par les établissements de santé. L'ARS enregistre les réserves formulées par la HAS et intervient en engageant des actions de procédures administratives ou en conduisant une inspection, en cas de risque majeur constaté. Pour autant, leur mission, dans le cadre de la transformation du système de santé, est de rassembler toutes les énergies et initiatives y concourant.

2. La mesure de la satisfaction des patients hospitalisés et qualité et sécurité des soins en 2017

La satisfaction des patients est un élément incontournable à prendre en compte pour évaluer la qualité des soins dans les hôpitaux et cliniques. Depuis avril 2016, la HAS mesure la satisfaction des patients hospitalisés plus de 48h en « médecine, chirurgie, obstétrique » et pour la première fois cette année, les résultats publiés couvrent une année complète, de novembre 2016 à novembre 2017.

2.1. La mesure de la satisfaction des patients hospitalisés (Scope santé)[15]

En 2017, la satisfaction globale est en légère progression, passant de 72,7 % en 2016 à 73,2 %.
Ces résultats nationaux de satisfaction des patients confirment ceux mesurés en 2016 et varient de façon marginale, ainsi :

- 24 % des patients déclarent avoir une excellente opinion générale sur l'ensemble de leur séjour, 61 % une bonne opinion, 11 % une opinion moyenne et 4 % une opinion mauvaise ou faible.
- 60 % des patients recommanderaient certainement l'établissement où ils ont été hospitalisés. 5 % ne le recommanderaient pas.
- En moyenne, les patients ont donné la note de satisfaction globale de 73,2 sur 100 pour leur hospitalisation (un quart des patients ont donné une note entre 0 et 66, un autre quart une note entre 82 et 100).

La satisfaction globale est en progression : 73,2 % versus 72,7 % en 2016.
Un niveau de satisfaction moyen est accordé à l'accueil et au confort des chambres et un niveau insuffisant pour l'organisation de la sortie et la qualité des repas.
Les établissements MCO ont des actions d'amélioration à mettre en place pour accroître leur score de satisfaction, notamment sur l'organisation de la sortie.

[15] https://www.has-sante.fr/portail/plugins/ModuleXitiKLEE/types/FileDocument/doXiti.jsp?id=c_2814149

2.2. La qualité et la sécurité des soins en 2017 en Auvergne-Rhône-Alpes

a) Le classement des établissements par région

Répartition des établissements de santé par région et par classe en pourcentage						
Régions	A	B	C	D	NR	Nombre d'établissements de santé total par région au niveau géographique
	(%)	(%)	(%)	(%)	(%)	
Auvergne-Rhône-Alpes	10,4	23,4	39	19,5	7,8	77
Bourgogne-Franche-Comté	12,5	18,8	37,5	21,9	9,4	32
Bretagne	20,6	41,2	35,3	2,9	0	34
Centre-Val de Loire	8,7	17,4	52,2	17,4	4,4	23
Corse	0	0	50	50	0	2
Grand Est	8,3	30	33,3	15	13,3	60
Guyane	0	33,3	0	33,3	33,3	3
Hauts-de-France	14	31,6	33,3	15,8	5,3	57
Ile-de-France	2,5	15,8	32,5	43,3	5,8	120
Martinique	0	0	33,3	33,3	33,3	3
Normandie	13,9	27,8	25	13,9	19,4	36
Nouvelle Aquitaine	18	37,7	31,2	3,3	9,8	61
Occitanie	10,2	27,1	39	20,3	3,4	59
Océan Indien	0	0	12,5	50	37,5	8
PACA	13,4	29,9	34,3	20,9	1,5	67
Pays de la Loire	13,5	37,8	24,3	5,4	18,9	37
Total	**10,8**	**26,7**	**33,9**	**20,5**	**8,2**	**679**

Source HAS résultats indicateurs pour l'amélioration de la qualité et de la sécurité des soins décembre 2017

Dans son précédent rapport, la CRSA avait pointé des points faibles à améliorer en priorité.
Il s'agissait de l'organisation de la sortie, de la prise en charge médicamenteuse, de la sécurité au bloc opératoire et de l'identification du patient.
Ces points ont fait l'objet d'une attention particulière afin de mesurer l'évolution de la qualité de la prise en charge.

2.3. Données régionales issues des visites de certification effectuées par la HAS en 2017

Recommandations

Etablissements de santé

- S'assurer que les représentants des usagers soient bien associés à la démarche de certification et à la problématique du « parcours patient »
- Favoriser l'implantation des permanences des RU et des associations dans des lieux facilement identifiables et accessibles

HAS ARS

- Créer les conditions d'une synergie renforcée entre la HAS, l'ARS et la CRSA, par exemple :
- Utiliser la « fiche interface » entre ARS et HAS pour suggérer des thèmes à traiter de manière plus spécifique lors de la visite de certification
- Transmettre systématiquement les recommandations de la CRSA à la HAS afin de partager les préoccupations communes et concourir ensemble à l'amélioration du système de santé.

II. L'élaboration et la mise en œuvre du Projet Régional de Santé (PRS)

Le Projet régional de santé Auvergne-Rhône-Alpes 2018-2028 a été adopté par arrêté du Directeur général de l'ARS le 25 mai 2018, après une large concertation de plusieurs mois, et publié le 14 juin 2018.

1. Le schéma régional de santé 2018-2023 en ARA et les droits des usagers

Le PRS a, parmi ses objectifs, de promouvoir en direction de tous (professionnels de santé, gestionnaires d'établissements sanitaires ou médico-sociaux, représentants des usagers, institutionnels) une culture ouverte et respectueuse des droits des usagers. Le PRS, se fondant sur la stratégie nationale de santé 2018-2022, veillera à associer les usagers à la gouvernance du système de santé et à permettre à chaque personne d'être acteur de son parcours de santé.
Ainsi, la participation de l'usager constitue un enjeu essentiel pour la définition des politiques de santé, dans la mesure où son point de vue vient enrichir celui des professionnels et institutionnels. L'ARS, au travers du schéma régional de santé (SRS), vise notamment, à développer les coordinations entre les structures, les professionnels et les usagers en vue de faciliter les parcours de santé.
Les axes fondamentaux du cadre d'orientation stratégique (COS) relatifs à la démocratie sanitaire et aux relations partenariales entre les professionnels et les usagers sont :

- La prise en compte du point de vue de l'usager dans l'élaboration du schéma régional
- Le renforcement de l'information et de la communication pour un bon usage raisonné du système de santé
- L'accompagnement et le soutien des représentants des usagers, et le développement de la démocratie directe

L'implication des usagers ou de leurs représentants à la définition de ces parcours est primordiale.
La commission a concentré ses réflexions sur la mise en œuvre des droits des usagers dans ce schéma e,t en particulier, son chapitre concernant la démocratie en santé. Elle souligne la qualité de la concertation préalable entre la direction déléguée « support et démocratie sanitaire » de l'agence et la CSDU.
De façon unanime, elle a décidé d'exprimer un avis favorable concernant cette partie du schéma, assorti toutefois d'observations, de recommandations et de demandes.
C'est ainsi qu'elle soutient le schéma, qui envisage d'affirmer la place des usagers dans le système de santé, de renforcer l'information sur ses droits et de développer l'accompagnement des proches aidants.
Tout autant, elle est favorable à ce que les instances de démocratie en santé soient accompagnées, la représentation des usagers dans les établissements confortée et l'expression des usagers valorisée. Elle souhaite que tous les acteurs soient impliqués et mobilisés et que les patients deviennent des acteurs de leur santé.

Recommandations

L'ensemble des recommandations peut être consulté dans l'avis rendu sur le PRS le 30avril 2018.

Troisième partie : Les sujets permanents

I. Le fonctionnement des commissions des usagers (CDU)

Depuis fin 2016[16], une Commission des usagers (CDU) est installée dans chaque établissement de santé public et privé pour représenter les patients et leur famille, en remplacement de la Commission des relations avec les usagers et de la qualité de la prise en charge (CRUQPC).
Cette commission conserve les missions de base de la précédente CRUQPC, mais voit certaines missions évoluer ou être précisées. Ainsi, tout en continuant de veiller au respect des droits des usagers, de faciliter leurs démarches et de participer à l'amélioration de la qualité de l'accueil et des prises en charge au sein de l'établissement, la CDU dispose de nouvelles compétences par rapport aux CRUQPC, telles que:

- Être associée à l'organisation des parcours de soins ainsi qu'à la politique de qualité et de sécurité élaborée par la commission ou la conférence médicale d'établissement (CME) ;
- Se saisir de tout sujet portant sur la politique de qualité et de sécurité, faire des propositions et être informée des suites données ;
- Être informée des événements indésirables graves (EIG) et des actions menées par l'établissement pour y remédier ;
- Recueillir les observations des associations de bénévoles dans l'établissement ;
- Proposer un projet des usagers exprimant leurs attentes et leurs propositions après consultation des représentants des usagers et des associations de bénévoles.

Le conseil de surveillance des établissements publics de santé, ou une instance habilitée à cet effet dans les établissements privés, a l'obligation de délibérer au moins une fois par an sur la politique de l'établissement, en ce qui concerne les droits des usagers et la qualité de l'accueil et de la prise en charge, sur la base d'un rapport présenté par la commission des usagers. Ce rapport et les conclusions du débat sont transmis à l'agence régionale de santé, qui est chargée d'élaborer une synthèse de l'ensemble de ces documents.
Des extraits de ce document, accessible sur le site de l'ARS (https://www.auvergne-rhone-alpes.ars.sante.fr/le-rapport-droit-des-usagers-0) ont permis aux membres de la commission de formuler, leurs recommandations, en partenariat avec l'agence

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 CDU-2017, sur l'activité 2017, 315 structures ont été sollicitées et 305 ont répondu, soit 97 % (96 % pour la CRUQPC-2016).
Les 15 structures support d'un GHT ont toutes installé une instance commune des usagers : 13 ont mis en place un comité des usagers et les deux autres une commission des usagers.
Remarque : il serait intéressant, lors de prochaine enquête, de recueillir le nombre de réunions annuelles ainsi que les points mis à l'ordre du jour.

[16] Décret du 1er juin 2016
https://www.legifrance.gouv.fr/affichTexte.do?cidTexte=JORFTEXT000032623281&categorieLien=id

2. Fonctionnement de la CDU

Cette partie regroupe différents items se rapportant au fonctionnement de la CDU. Parmi les 305 structures répondantes, 69 ont formulé une recommandation dans leur rapport CDU-2017 sur le rôle, les missions et fonctionnement de la CDU.

2.1 Membres de la CDU

Les membres obligatoires de la CDU sont :

- le représentant légal de l'établissement,
- deux médiateurs (un médical et un non médical) et leurs suppléants,
- deux représentants des usagers et leurs suppléants.

Les rapports CDU-2017 ont permis de recenser 2 276 membres obligatoires contre 2 309 lors du rapport CRUQPC-2016. En 2016 ou en 2017, 82 % des postes des membres obligatoires des structures répondantes sont occupés.

2.1.1 Zoom sur la présidence de la CDU

Le Décret n° 2016-726 du 1er juin 2016 précise que "la présidence de la commission est assurée par un des membres".
Dans 77 % des structures, elle est assurée par le représentant légal de l'établissement.
Par ailleurs, 68,5 % des commissions des usagers ont élu un vice-président parmi ses membres. Plus de la moitié des vice-présidents élus sont des représentants d'usagers (40 % de RU 1 et 18 % de RU 2)

2.1.2 Zoom sur les représentants des usagers

On compte 305 structures répondantes, aussi, le nombre théorique de RU devrait être : 305 x 4 = 1 220 RU. Les rapports CDU-2017 ont permis de recenser 924 RU titulaires et suppléants, soit 76 % du nombre de RU théorique. Comme en 2015, 52 % des structures répondantes n'ont pas le nombre de RU titulaires et suppléants obligatoires. En 2016, ce taux était de 53 %. Six structures n'ont indiqué aucun des quatre noms de représentant des usagers dans le rapport CDU 2017 : il s'agit essentiellement de structures privées du département du Rhône : 5 structures privées dont 4 à but lucratif et une publique. La structure privée qui n'est pas à but lucratif est située dans le département de l'Ain.
La part des structures ayant au moins deux RU a augmenté entre 2016 et 2017.

L'ARS, en partenariat avec France Assos Santé (FAS), met 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.

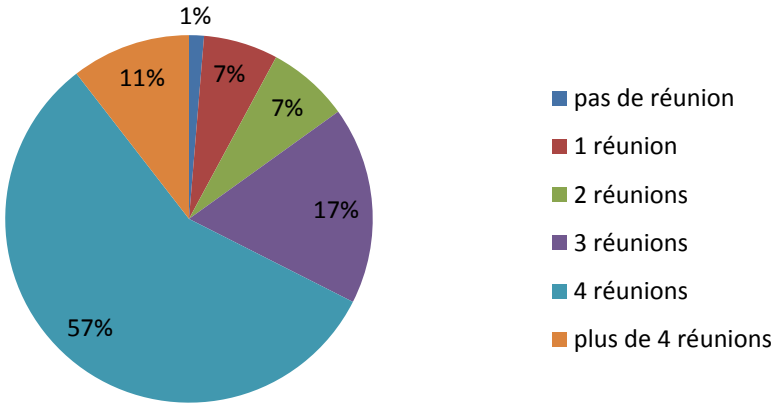
2.2 Formation des membres de la CRUQPC

Parmi les 2 276 membres : 10,4 % ont suivi une formation en 2017 sur le rôle et les missions des CDU et 13 % sur les droits des usagers. 8,2 % des structures ont un PCRU qui a suivi une formation en 2017 sur le rôle et les missions des CDU et 15,1 % sur les droits des usagers. Pour la fonction de responsable qualité, ces pourcentages sont respectivement de 6,2 % et 15,7 %.

2.3 Fréquence des réunions plénières de la CRUQPC

Le nombre de **réunions plénières** organisées au cours de l'année varie entre 0 et 12.
68 % des CDU ont tenu quatre réunions ou plus. On observe une stabilité de ces taux par rapport à 2016 (69 %).
85 % des structures répondantes ont organisé au moins 3 réunions annuelles, la période estivale étant souvent neutralisée.

Répartition des structures répondantes en fonction du nombre de réunions CDU 2017

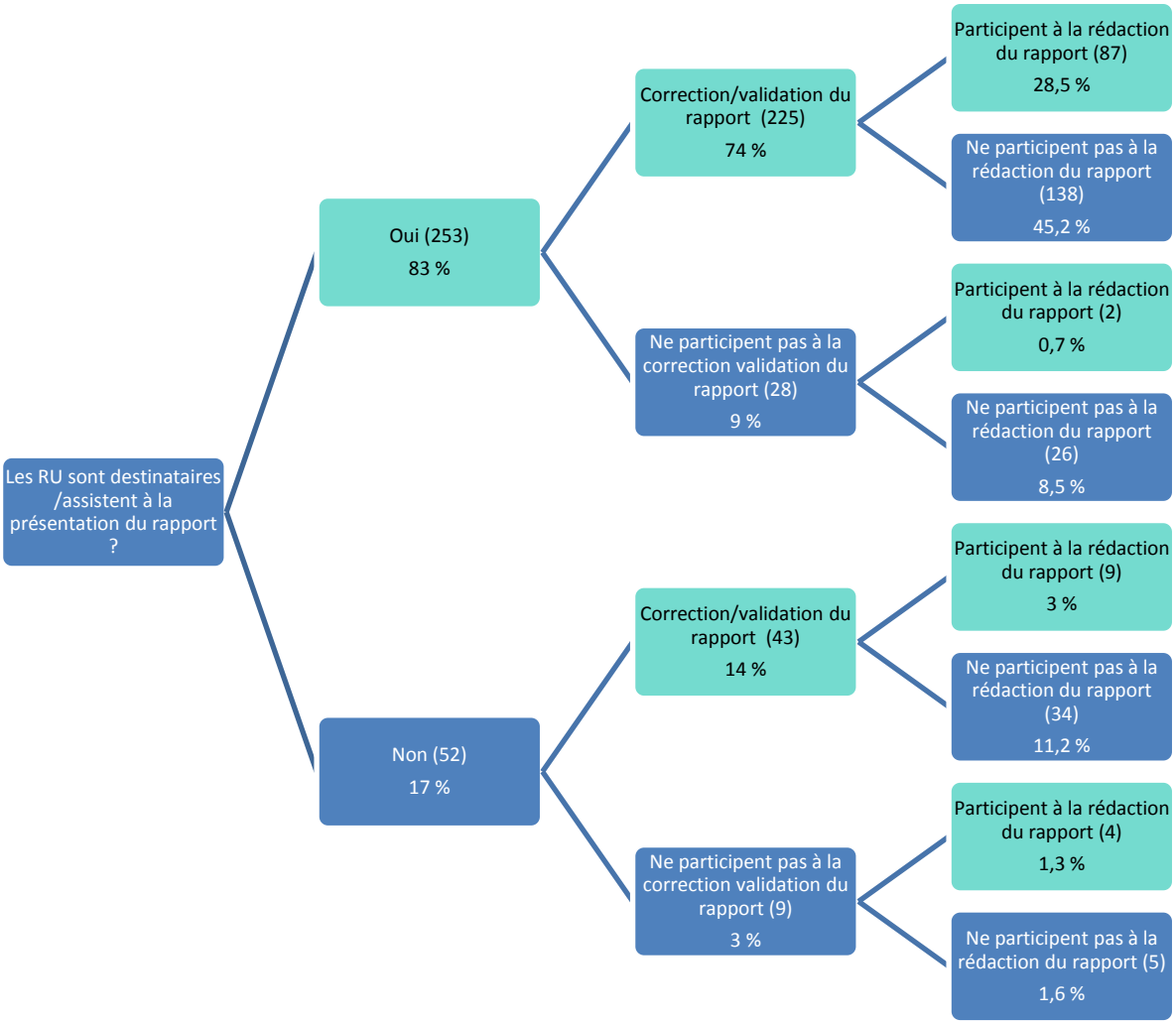


Remarque : L'analyse du nombre de réunions plénières ne doit pas être systématiquement associée à un dysfonctionnement de la CDU, puisque les membres peuvent participer à des réunions et/ou se réunir entre eux sans qu'il s'agisse de réunions plénières. 20 % des structures, ayant réalisé entre une et trois réunions plénières en 2017, ont organisé au moins une réunion en dehors des réunions plénières.

Le **taux de participation** aux réunions CDU est calculé à partir de la présence théorique
En moyenne, les membres obligatoires (hors PCRU et responsable qualité) sont présents dans 82 % des réunions organisées (81 % en 2016). Ce sont les médiateurs médicaux qui ont la plus faible participation (71 % contre 70 % en 2016) suivis des représentants des usagers 2 (76 % en 2017 contre 71 % en 2015 et 2016). La faible participation des RU2 est liée à leur faible effectif : 86 % de structures disposent d'un RU2 titulaire et 51 % d'un RU2 suppléant. De manière générale, 95 % des structures ont indiqué la participation du PCRU aux réunions plénières.

2.4 Zoom sur la participation des RU à la réalisation du rapport

Les RU sont destinataires du rapport, ou assistent à la présentation du rapport, dans 253 structures, soit dans 83 % des 305 structures répondantes. 74 % participent à la correction validation du rapport et 28,5 % des RU sont complètement impliqués dans la réalisation du rapport, ce qui reste très faible.



2.5 Auto-saisine de la CDU

L'article 183 de la loi di 26 janvier 2016 indique que la CDU « peut se saisir de tout sujet se rapportant à la politique de qualité et de sécurité élaborée par la commission ou la conférence médicale d'établissement. Elle fait des propositions et est informée des suites qui leur sont données ».

95 % des 305 structures répondantes n'ont pas utilisé le droit d'auto saisine. Seuls 16 établissements l'ont utilisé pour 46 auto-saisines.
Pour 33 % des auto-saisines, les motifs ne sont pas indiqués. Les 66 % restant peuvent être regroupées en cinq thématiques :

1. - information/ communication (20 %)
2. - prise en charge (22 %)
3. - environnement (20 %)
4. - urgence (4 %)
5. - confidentialité (4 %)

2.6 Recueil des observations formulées par les associations de bénévoles

57 % des structures ont signé une convention avec une association de bénévoles. Parmi elles :
- 38 % ont un dispositif de recueil des observations formulées par ces associations (sous quelque forme que ce soit : registre physique, dématérialisé, tableau …)
- 18 % ont reçu des observations formulées par ces associations

2.7 Projet des usagers

Le décret du 1er juin 2016, relatif à la commission des usagers des établissements de santé, donne la possibilité à cette commission de proposer un projet des usagers. Ce dernier est proposé par la CDU au directeur, en vue de l'élaboration du projet d'établissement, de la politique médicale ou du projet institutionnel.

La CDU a proposé un projet des usagers dans 15 % des structures. Dans 60 % de ces cas, il a été utilisé pour la définition ou l'actualisation du projet de l'établissement.

3. Informations relatives aux évènements indésirables graves (EIG) associés aux soins

Une des évolutions du nouveau décret est qu'il prévoit que la CDU soit informée des actions correctives mises en place en cas d'événements indésirables graves et qu'elle puisse les analyser.

24 DU ont formulé des recommandations sur le recueil et gestion des évènements indésirables. Un dispositif de recueil des dommages liés aux soins est effectif dans 95 % des structures répondantes. Par ailleurs, 99 % des structures ont un dispositif de recueil organisé des EIG (sous quelque forme que ce soit : registre physique, dématérialisé, tableau …). Les EIG font l'objet d'une présentation en CDU dans 85 % des structures répondantes, ce qui marque un réel progrès.

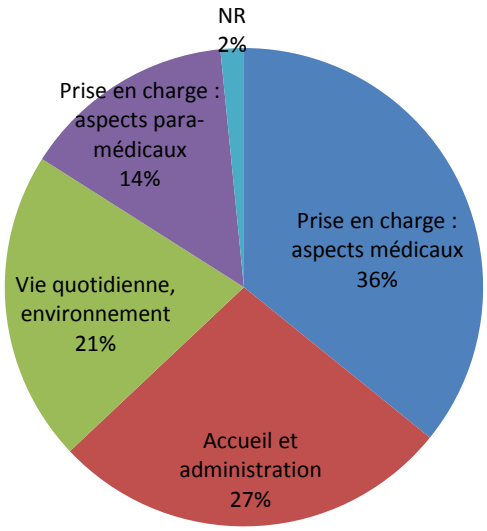
4. Informations relatives à la gestion des réclamations (hors plaintes relevant du contentieux)

Une des missions de la CDU est d'examiner les plaintes et réclamations qui ne présentent pas le caractère d'un recours gracieux ou juridictionnel et de veiller à ce que toute personne soit informée sur les voies de recours et de conciliation dont elle dispose.
Cette partie apporte des éléments organisationnels et d'activité des structures sur cette thématique. Elle fait l'objet d'une recommandation de la CDU dans 13 % des structures répondantes.

Dans l'ensemble des structures répondantes, 4 % des structures ne disposent pas d'un dispositif d'information sur la procédure de réclamation à destination des usagers.

Il est recensé **10 952 réclamations en 2017** pour les 305 structures répondantes, dont 37 structures qui n'ont enregistré aucune réclamation. Les services les plus concernés sont l'administration (16 %), les urgences (13 %), la chirurgie (12 %) et la médecine (11 %).

Répartition des motifs des réclamations pour 262 structures



A noter que les structures répondantes ont comptabilisé 17 571 **éloges**. Ce nombre doit être interprété avec prudence, car la méthode de comptage n'est pas homogène selon les structures.

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

Cette partie du questionnaire de la CDU 2017 aborde les moyens utilisés par les 305 structures de santé répondantes. Elle a pour but de recueillir et prendre en compte l'avis du patient sur le fonctionnement de la structure et son niveau de satisfaction par rapport à la prise en charge.

Questionnaire de sortie

95 % des structures répondantes distribuent des questionnaires de sortie pour mesurer la satisfaction de leurs patients après un séjour (94 % privée et 97 % publique). Ce dernier est remis dans 64 % des cas à l'entrée de l'hospitalisation, 56 % à la sortie, 27 % durant le séjour et seulement 5 % après le séjour. Ces chiffres n'ont pas beaucoup changé par rapport à 2016.

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 1er janvier 2015

Sur les 161 établissements répondants et ayant une activité MCO, 69 % utilisent le questionnaire de satisfaction E-SATIS pour collecter l'avis de leurs patients, contre 55 % l'année dernière.
Parmi les 111 structures ayant ce questionnaire, 87 % indiquent que les résultats des indicateurs E-SATIS sont accessibles aux usagers et 87 % que la CDU est informée des résultats de l'enquête.

Enquête de satisfaction

Parmi les 305 structures répondantes, 175 structures (soit 57 %) disposent d'autres enquêtes qu'E-SATIS et que le questionnaire de sortie. 88 % des établissements informent la CDU des résultats de ces enquêtes.

6. . Documents d'information à destination des usagers

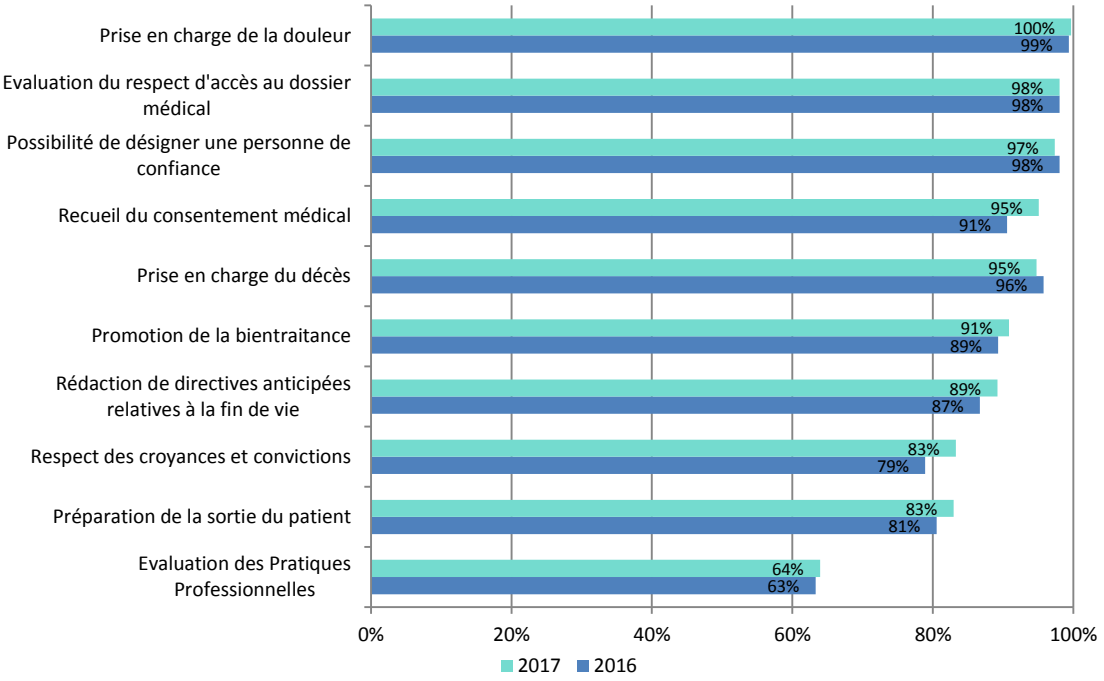
Les structures mettent à disposition auprès des usagers des documents d'information sur leur droit. Cette information passe par le biais du livret d'accueil (100 %), la charte de la personne hospitalisée (77 %) et autres dispositifs. 92 % des structures répondantes expliquent et accompagnent les usagers au moment de la remise des documents d'information. 92 % des répondants affichent les **indicateurs qualité.**

7. 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. Cette année, seule la procédure de la prise en charge du décès perd un point par rapport à l'année passée : en effet, celle-ci passe de 96 % en 2016 à 95 % en 2017.

Evaluation du niveau de formation du personnel aux droits des usagers (DDU)

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



Source : Enquête CDU-2017 - Activité 2017 - Calcul ARS ARA-DSPAR

La part des structures ayant des dispositifs ou procédures relatifs aux droits des usagers est en hausse. La plus forte progression concerne le thème du recueil du consentement médical qui passe de 91 % des structures ayant ce dispositif en 2016 à 95 % en 2017.

8. 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 (86 %), non francophones (62 %), non/mal voyants (37 %), sourdes (30 %) et les personnes illettrées ou analphabètes (26 %).
99 % des structures répondantes sont accessibles aux personnes à mobilité réduite. Seulement un établissement par secteur a déclaré ne pas être accessible.

9. Avis et recommandations donnés par les CDU

95 % des structures répondantes sont très satisfaites ou satisfaites du fonctionnement global de la commission (respectivement 35 % et 60 %).
Les CDU formulent de nombreuses recommandations (1394) 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.

En conclusion : l'ARS constate que les établissements s'organisent progressivement pour intégrer les nouveautés prévues dans la loi de janvier 2016.
Quelques présidences et surtout des vice-présidences de CDU sont assurées par des RU, les observations formulées par les associations de bénévoles au contact des usagers commencent à être recueillies, et les CDU sont informées des évènements indésirables survenus dans leurs établissements respectifs.
L'enquête a permis d'établir un état de lieux sur ces thématiques dont il conviendra de suivre les évolutions dans les années à venir.

Suite aux échanges lors de la présentation de la synthèse CDU en CSDU, l'ARS et la CRSA ont reconduit les recommandations des années précédentes, à l'attention des **établissements de santé** qui ne respectent pas la réglementation.

Recommandations

Suite aux échanges lors de la présentation de la synthèse CDU en CSDU, l'ARS et la CRSA ont reconduit les recommandations des années précédentes à l'attention des **établissements de santé** qui ne respectent pas la réglementation.

Retour des questionnaires relatif au fonctionnement de la CDU

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

Fonctionnement de la CDU

- Respecter la fréquence de 4 réunions annuelles
- Poursuivre les actions de formation relatives aux 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 CDU des actions prévues ou engagées dans le domaine de la qualité de prise en charge.

II. Les résultats de l'enquête conduite par France Assos Santé (FAS) en 2017

Dans la continuité des évaluations annuelles conduites par le CISS Rhône-Alpes, FAS a mené une enquête sur la perception des représentants des usagers siégeant dans les instances. Le questionnaire, d'une trentaine de questions, a été adressé à 900 personnes, dont 235 ont répondu.

Ce travail a permis de réaliser un bilan annuel, qualitatif et quantitatif, de la représentation des usagers au sein des établissements de soins, duquel se dégagent quelques points significatifs et tendances importantes :

- le profil des personnes répondant correspond à une moyenne d'âge de 60 ans. Ce sont en majorité des femmes à plus de 60 % et des retraités à 82 %.
- les représentants d'usagers se réunissent majoritairement quatre fois par an, remplissant ainsi le contrat des 4 réunions obligatoires sur une année.
- une pratique répandue est d'inviter le suppléant à accompagner son titulaire.
- l'information des suppléants est jugée satisfaisante par ces derniers.
- l'assiduité aux réunions est tout à fait satisfaisante.
- l'accès au registre des plaintes et réclamations est de 87 %.
- un suivi des questions traitées en réunion est mis en place, dans 90 % des cas.
- peu de représentants d'usagers sont enclins à candidater pour le poste de président.
- 37 % des représentants d'usagers ont été sollicités pour une médiation usager/établissement.
- 39 % des usagers ont participé à la rédaction du rapport annuel et 60 % ont été convié au vote qui a validé le rapport.
- 81 % ont connaissance du PAQSS.
- 21 % ont participé à l'élaboration de la convention constitutive du GHT qu,i pour rappel, ne concerne que les établissements publics.

Le ressenti des usagers a également été analysé

- 41 % des RU considèrent que les professionnels de santé les connaissent réellement.
- 75 % pensent être utiles dans leur rôle
- 77 % se sentent à l'aise dans l'exercice de leurs fonctions.

Les résultats permette de dresser un bilan mesuré mais optimiste quant à la représentation des usagers. Peu à peu, les citoyens s'approprient les enjeux de santé et les bénévoles gagnent en compétences dans leurs fonctions.

Ce rapport très riche gagne à être mis en synergie avec l'enquête CDU réalisée chaque année par l'ARS. Les 2 enquêtes doivent viser la complémentarité et éviter les redondances.

- L'invitation des suppléants aux réunions des CDU permet une meilleure appropriation des problématiques et facilite la connaissance des dossiers dans la durée. Aussi, la CRSA encourage les CDU à inviter les membres suppléants à toutes les réunions, y compris lorsque les membres titulaires sont présents ;
- La CRSA s'étonne qu'il y ait encore des établissements qui refusent l'accès des membres de la CDU au registre des plaintes et réclamations. Elle demande à l'ARS de rappeler ce point de droit aux établissements et suggère d'y associer les fédérations gestionnaires ;
- Les représentants des usagers sont encore très insuffisamment associés à la rédaction du rapport annuel de la CDU et à sa validation. La CRSA rappelle qu'il ne s'agit pas d'un rapport de la direction de l'établissement mais bien d'un rapport de l'instance CDU ; il est donc indispensable qu'il soit élaboré, discuté et validé par l'ensemble des membres de la CDU, y compris les représentants des usagers ; elle demande à l'ARS de rappeler ce point de droit aux établissements et suggère d'y associer les fédérations gestionnaires ;
- La CRSA regrette que les représentants des usagers n'aient pas été associés plus étroitement à l'élaboration des conventions constitutives des GHT ;
- La CRSA s'étonne de la faible connaissance du rôle des représentants des usagers par les professionnels de santé et propose qu'une information réalisée en concertation avec les fédérations gestionnaires soit faite pour y remédier.

III- Valorisation des actions conduites en région

1. Le label "droits des usagers de la santé" 2018

Le dispositif inédit de labellisation, initié en 2011 par le Ministère chargé de la santé, est ouvert à l'ensemble des acteurs locaux en lien avec le domaine de la santé. Il vise à valoriser les démarches exemplaires autour de la connaissance et du renforcement des droits des usagers de la santé, mais aussi de la participation des usagers aux projets et aux politiques publiques qui les concernent.
La démarche de labellisation est adossée à un prix national qui récompense annuellement 5 projets et, depuis 2 ans, à un prix régional attribué par l'ARS à 3 lauréats.

1.1. Examen des dossiers

Les demandes de labels sont examinées conjointement par le service "démocratie sanitaire" de l'ARS et la Commission Spécialisée Droits des Usagers (CSDU) de la CRSA, à partir de critères définis par le ministère (transférabilité, inscription dans la durée, originalité, implication des usagers, qualité des supports informationnels et/ou pédagogiques).
Une vigilance toute particulière est portée au caractère innovant des projets, ainsi qu'à la participation des usagers à leur élaboration et/ou mise en œuvre.

Pour l'exercice 2017-2018 (février 2017 à mars 2018), l'ARS a réceptionné 16 demandes et a attribué 13 labels pour des démarches intégrant pleinement la participation des usagers et favorisent la cohésion sociale.
Il convient de noter qu'un des projets labellisés en région a reçu le prix national.

1.2. Promotion des projets labellisés

Au-delà de la valorisation des projets sur le site du ministère, il est nécessaire de les faire « essaimer », d'une part au travers du rapport annuel de la CRSA et le « 4 pages » qui lui est associé, et d'autre part, grâce à des rencontres.
Aussi, la CSDU a souhaité réunir les porteurs de projets récompensés par un prix national ou régional et les acteurs de démocratie sanitaire lors d'une rencontre exceptionnelle consacrée aux labels

Les actions conduites dans le cadre du dispositif « label », associant étroitement les usagers, contribuent à la mise en œuvre des grandes orientations du PRS et participent à l'amélioration du parcours de santé des personnes. Le prix régional, en apportant une reconnaissance certes symbolique, est susceptible de redynamiser la démarche.

1.3. Présentation des projets par les promoteurs

Droits et santé en prison pour et avec les personnes détenues : Association de lutte contre le sida (ALS) Lauréat du prix national

L'ALS est une association qui intervient régulièrement en prison dans le cadre de la prévention en milieu carcéral.
Le projet multi partenarial a été construit dès le début avec des détenus et pour les détenus. Il a permis la réalisation d'un livret d'information sur la santé, traduit en plusieurs langues étrangères et décliné en vidéo. Il a déjà fait l'objet d'une diffusion dans le réseau des COREVIH (Coordination régionale de la lutte contre les infections sexuellement transmissibles et le virus de l'immunodéficience).

Il s'agit d'un programme d'information et de prévention en santé en milieu carcéral, mis en œuvre en 2015. Le dispositif vise à améliorer les connaissances des personnes incarcérées, sur la santé en général et le VIH/Sida/hépatites/IST en particulier et à favoriser l'orientation et l'accompagnement des personnes incarcérées en apportant des informations concrètes sur les droits sociaux et en informant sur les dispositifs et structures relais disponibles.
Ce projet change le regard sur les possibilités de chacun et participe à l'amélioration de l'image de soi.

Dépollul'Air, outil pédagogique pour sensibiliser à la qualité de l'air : association OIKOS

Le dispositif "Dépollul'Air" est un outil pédagogique dédié à la qualité de l'air. L'objectif est de permettre aux participants (tous publics) de comprendre et d'identifier les sources de pollution de l'air, intérieures ou extérieures, et de faire en sorte qu'ils s'interrogent sur leurs habitudes quotidiennes et trouvent des solutions pour limiter leur exposition à la pollution. Le projet a été expérimenté auprès d'usagers. Il est soutenu financièrement par l'ARS et la Métropole de Lyon. Face à son succès, notamment auprès de l'Education nationale, une nouvelle édition a été réalisée en 2018 pour une large diffusion dans les écoles.
L'outil a été décliné pour des personnes en situation de handicap sous forme de puzzle.
Ce projet a également obtenu le trophée Bâtiment Innovation.

Groupe de référent "Maîtrise d'Usage": Centre de Recherche pour l'Inclusion des Différences dans les Espaces de Vie (CRIDEV) à Grenoble (Isère)

Le groupe référent "maitrise d'usage" est une pièce d'un puzzle plus large, qui vise à rapprocher le monde de l'aménagement du monde des utilisateurs.
Le projet a pour finalité de mettre à disposition des professionnels de l'aménagement un référentiel national "Qualité d'Usage", prenant en compte les besoins de l'ensemble des citoyens, qu'elles que soient leurs particularités. Composé d'un panel varié d'usagers, le groupe référent vise à mettre en place une expertise sur l'accessibilité en vue de concevoir des espaces de vie convenables et adaptés aux besoins de tous. Le projet a vocation à être reproduit à l'échelle locale ou nationale. La devise du projet est de reconnaitre la richesse de la différence et inclure le « droit de cité » des usagers, quelles que soient leurs particularités.

Centre de Répit pour personnes dépendantes et leurs aidants : Centre de Répit Les Bruyère à Brugheas (Allier)

Le centre de répit est un village de vacances pour les personnes dépendantes[17] - personnes âgées ou personnes en situation de handicap - et leurs proches. Le centre propose un environnement propice à la détente et au lâcher prise de l'aidant.
Il s'agit de donner du répit à tous ceux qui accompagnent un parent, un conjoint ou un enfant, malade ou handicapé. Le village des Bruyères propose une dizaine de chalets à Brugheas, proche de Vichy (03). L'objectif est de permettre que tout le monde profite des vacances :

- La personne dépendante bénéficie du personnel et des équipements adaptés (une piscine avec une rampe par exemple),
- Les accompagnants retrouvent les mêmes activités que dans un village de vacances classique.

Mis en œuvre en 2015, le dispositif répond au besoin de répit des accompagnants, sans oublier l'indispensable continuité des soins des personnes dépendantes.

[17] Actuellement, le centre n'accueille pas de personnes atteintes de la maladie d'Alzheimer désorientées ni celles atteintes d'autisme sévère.

2. Evaluation du dispositif label-concours droits des usagers

2.1. Evaluation en région

L'ARS Rhône-Alpes avait conduit une étude, en décembre 2014, auprès des 71 porteurs de projets labellisés en région. Avec un taux de réponses de 63 %, les résultats faisaient apparaitre une diminution constante du nombre de dépôts de projets d'année en année, ce qui a conduit l'agence à organiser un prix régional permettant de récompenser un plus grand nombre de projets et de redynamiser le processus.
En substance, les porteurs de projets déclaraient que la démarche de labellisation avait suscité l'adhésion collective, associant les directions, les personnels et les usagers aux différents projets, et a permis une sensibilisation aux droits des usagers qu'il convenait de faire vivre.
Ils soulignaient qu'en interne, la labellisation avait créé une dynamique autour des projets et une valorisation des équipes associant les usagers et avait conduit à une amélioration de la connaissance des actions engagées par les établissements pour faire vivre la démocratie sanitaire.
Vis-à-vis de l'extérieur, la labellisation avait participé à la notoriété de certaines structures et a renforcé les liens de partenariat.
Certains promoteurs notaient des difficultés à trouver des financements et à dégager suffisamment de temps pour conduire et pérenniser les projets.

2.2. Evaluation nationale

Une étude réalisée par l'École des hautes études en santé publique (EHESP), à la demande du ministère, a été conduite en 2015 sur 84 projets labellisés. Elle avait fait émerger 4 grandes thématiques abordées dans les labels, à savoir :

- L'amélioration du parcours de l'usager et de l'accessibilité aux soins
- Respect des droits des usagers et le droit à l'information
- La prise en compte de l'usager dans l'organisation de l'établissement ou du service
- La communication et l'appropriation des droits des usagers

Cette première étude nécessite d'être élargie en incluant un panel plus important et approfondie par une analyse qualitative.
A cet effet, en 2017, le ministère a mandaté l'EHESP pour qu'elle conduise une enquête par entretiens semi-directifs permettant de repérer les bonnes pratiques à valoriser. L'objectif est d'identifier les critères qui favorisent l'engagement et la participation des usagers ainsi que les modalités de valorisation et transférabilité vers d'autres structures.

Les premiers résultats ont été présentés lors de la cérémonie de remise des prix au ministère en avril 2018. Ils donnent des pistes pour accompagner le développement des bonnes pratiques et diffuser les critères favorisant la participation des usagers auprès des instances nationale et régionales de démocratie sanitaire.
Ces résultats, complétés par l'analyse de travaux académiques sur le sujet de la participation des usagers, permettront d'identifier les conditions et les facteurs de réussite et de comparer les projets.

IV- L'apport des conseils territoriaux de santé (CTS) au fonctionnement de la démocratie en santé sur la région

1. Expression de la démocratie dans les territoires de santé

Rassemblant l'ensemble des représentants des acteurs du territoire, les CTS sont une instance d'observation et d'orientation des réponses aux besoins en santé des territoires. Ils recensent l'offre sanitaire et médicosociale existante, la confrontent aux besoins spécifiques de la population des territoires et formulent des propositions d'ajustements. Ils ont alimenté le diagnostic partagé en vue de l'élaboration du projet régional de santé (PRS) et ils contribuent à sa mise en œuvre, au suivi et à l'évaluation.

Par l'intermédiaire de leur commission spécialisée en santé mentale (CSSM), les CTS sont, à la demande de l'ARS, responsables de l'élaboration des diagnostics et donnent un avis sur les projets territoriaux de santé mentale dont l'objet est « l'amélioration continue de l'accès des personnes concernées à des parcours de santé et de vie de qualité, sécurisés et sans rupture ».

Les formations spécifiques organisant l'expression des usagers (FSOEU) participent, en lien avec la Conférence Régionale de la Santé et de l'Autonomie Auvergne-Rhône-Alpes, à l'évaluation des conditions dans lesquelles sont appliqués et respectés les droits des personnes malades et des usagers du système de santé, ainsi qu'à l'évaluation de la qualité des prises en charge et des accompagnements.

Outre le fonctionnement propre des conseils, commissions et formations spécifiques, les CTS de l'Ain, du Cantal, de l'Isère et du Puy de Dôme ont apporté leur contribution à l'élaboration de l'avis de la CRSA sur le projet régional de santé 2018-2028.

2. Les débats publics CRSA-CTS en 2017 - 2018

En mai 2017, la CRSA, considérant qu'il était particulièrement opportun, pendant la période d'élaboration du PRS, d'organiser des débats publics décentralisés, a sollicité les différents conseils territoriaux de santé, afin de les organiser conjointement.

En réponse, plusieurs CTS (07-26 ; 15 ; 63 ; 69) ont manifesté leur souhait de participer à l'organisation des débats publics sur des thèmes spécifiques.

Ainsi, le 17 octobre 2017, la CRSA et le CTS Ardèche-Drôme ont organisé un débat sur le thème de la « Prévention et Promotion de la santé » qui a permis d'aborder l'accès aux actions de promotion de la santé et de prévention, la couverture vaccinale, l'information du public, la réduction des inégalités sociales de santé en matière de prévention et de promotion de la santé, l'environnement, la santé mentale, sans oublier bien sûr, la question de l'accès aux soins.

Le 14 novembre 2017, le CTS du Puy de Dôme a organisé, avec la CRSA, un débat public intitulé « Quels sont les problèmes d'accès à la santé que vous rencontrez sur votre territoire ? Quelles sont vos attentes et propositions ? »

Les échanges ont mis en évidence des particularités territoriales et notamment le vieillissement de la population, la présence de radon, les problèmes d'allergies, de fertilité, de sédentarité et d'accès aux soins.

Le 30 novembre 2017, la CRSA et le CTS du Cantal ont proposé le débat intitulé « Des pistes pour améliorer l'accès aux soins de demain : Maisons de santé pluri professionnelles, outils de santé connectés, etc. Qu'en pensez-vous ? » .

Plusieurs interrogations ont émergé : comment réduire les inégalités sociales et territoriales d'accès à la santé, démystifier cette E-santé, promouvoir le dossier médical partagé, sans oublié le thème principal de l'implantation des maisons de santé pluri professionnelles sur les territoires.

Le débat public du Rhône s'est déroulé le 27 mars 2018 sur le thème de « la santé connectée : doit-on tout partager ? » en collaboration avec les élèves Sciences et techniques sanitaires et sociales, (ST2S) du lycée Jacques Brel de Vénissieux.

L'enquête qu'ils ont conduite révèle une profonde méconnaissance du sujet puisque 75 à 85 % des élèves de 15 à 18 ans interrogés n'ont jamais entendu parler de e-santé.

Des échanges, plusieurs propositions ont été formulées dont une principale relative au développement d'un Espace Numérique de Santé, dispositif qui va plus loin que le dossier médical partagé. Cet Espace Numérique de Santé serait une plateforme unique regroupant toutes les informations propres à chaque usager, avec possibilité de contacter le médecin directement, avec des rappels, des notifications (vaccination, prise de médicaments…). Dans la stratégie de transformation du système de santé « ma santé 2022 », la création d'espace numérique en santé est définie comme un objectif.

Le dernier débat public de l'année 2018 a eu lieu en Isère sur le thème de "L'accès aux soins des personnes en situation de handicap". De nombreux témoignages d'usagers ont pu être entendus.

Ces débats sont riches d'enseignement. Ils n'ont pas l'ambition d'apporter des réponses, mais ont pour objectif de favoriser l'expression des citoyens et de faire remonter leurs attentes auprès des instances et des pouvoirs publics afin d'adapter la politique de santé.

ANNEXES

EN SAVOIR PLUS

Les « dépassements d'honoraires », un obstacle pour l'accès aux soins

L'Observatoire des pratiques tarifaires des médecins[18], dans son communiqué de fin novembre 2017, annonce que les dépassements d'honoraires sont à la baisse. Mieux, cette tendance se confirme.

Si l'Assurance Maladie et le Quotidien du médecin se félicitent de cette avancée, il n'en est pas de même de la Cour des Comptes, qui conteste sérieusement les bienfaits des dispositifs conventionnels mis en place pour juguler les dépassements d'honoraires.

Pour tous les usagers, cette question n'a rien de théorique. C'est une dure évidence à laquelle ils se heurtent dès lors qu'ils consultent un spécialiste de **secteur 2**. Et cet épisode prend un tour douloureux, lorsqu'ils sont amenés à renoncer à des soins. Le rapport 2018 de la CRSA Auvergne-Rhône-Alpes sur les droits des usagers du système de santé a souhaité fait un point sur cette question. Pour la clarté de l'exposé et pour respecter les arguments avancés par les uns et par les autres, l'examen de cette question abordera successivement les points suivants :

- les constats effectués par l'Assurance Maladie,
- la charge de la Cour des Comptes,
- les diverses prises de position, tant des acteurs, des usagers, des économistes de la santé, des médias,
- les questions que se posent tous les assurés sociaux, face à leurs dépenses de santé.

1. Quels constats pour l'assurance maladie en 2017 ?

1.1. Les « dépassements d'honoraires » des médecins sont en recul

L'Observatoire conventionnel sur les pratiques tarifaires révèle, dans son bilan fait à la mi-novembre 2017, que le dispositif de maîtrise des dépassements d'honoraires, mis en place en 2012, a été efficace : le taux de dépassement chez les médecins de secteur 2, notamment chez les médecins spécialistes (hors médecine générale), recule pour la 5ème année consécutive !

L'observatoire souligne l'importance de cette nouvelle tendance, espérant qu'elle s'inscrira dans la durée, d'autant que la création du secteur² en 198O a généré des hausses constantes des dépassements. C'est le résultat de la mise en place, en 2012, du contrat d'accès aux soins (CAS) et des récentes dispositions, appelées Optam, de la nouvelle convention médicale de 2016. Selon Nicolas Revel, directeur de l'Union nationale des caisses d'assurance maladie (Uncam), Optam, poursuivant les orientations du CAS, a déjà attiré, fin novembre 2017, 15 000 médecins, soit 42 % de plus qu'il y un an.

La mesure de cette évolution s'appuie sur l'évaluation de deux indicateurs :

- la part des actes pratiqués à tarif opposable, c'est-à-dire sans dépassement. Cette part a progressé sur la même période de 32,9 % à 37,5 % entre 2012 et 2016.

[18] Assurance maladie – dossier de presse du 29/11/2017 – Observatoire des pratiques tarifaires

- le taux des dépassements facturés au-delà du tarif opposable. Ce taux a baissé d'un 1,4 point en 2016 et 0,3 points au 1er semestre 2017, soit un recul de 3,8 points depuis 2012.

Graphique n°1

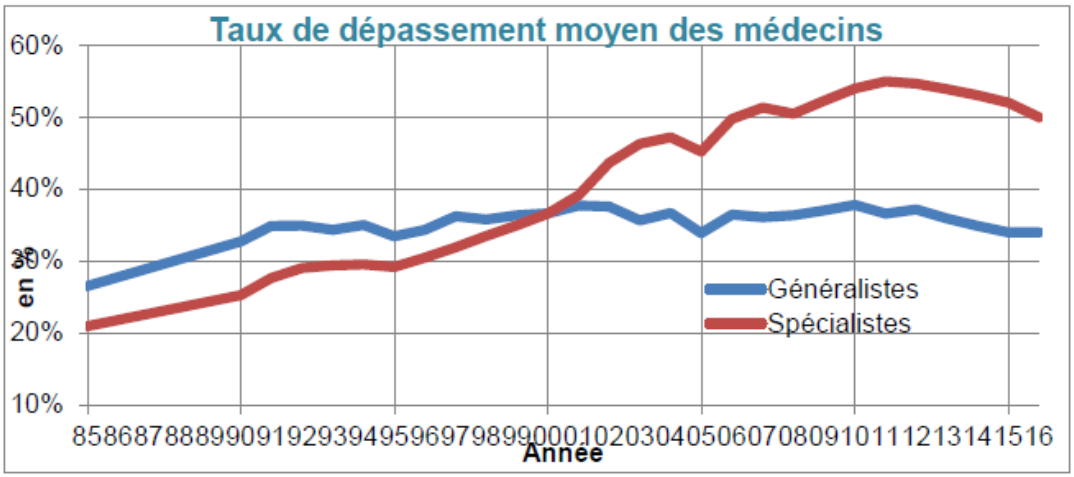


Figure 1 - Taux de dépassement moyen des médecins installés en secteur 1 et 2
Source Snir – France métropolitaine

Quelques caractéristiques importantes concernant les 23 spécialités étudiées par l'Observatoire :

- Le recul des taux de dépassement varie selon les spécialités. Il peut être de 0,5 % pour les chirurgiens et de 6,5 % pour les pédiatres ou les psychiatres.
- Le niveau de dépassement des chirurgiens recule, pour la première fois en 2016.
- le montant total des dépassements d'honoraires des médecins continue à croître en valeur absolue. Il représente 2,66 milliards d'euros, dont 2,45 milliards pour les seuls spécialistes en 2016. A noter que le nombre de spécialistes est en hausse, ainsi que leur activité.
- La hausse des dépassements s'est ralentie. Elle est passée d'un taux moyen de 6,3 % par an entre 2000 et 2011 à 2,3 % par an entre 2012 et 2016.

Un montant total de dépassements d'honoraires impressionnant de 2,66 milliards en 2016

L'inversion de tendance est certes un élément positif. Encore faut-il replacer cet événement dans son contexte. Une tendance bien tardive et très relative face au montant total des dépassements d'honoraires.

Trois constats :

- La hausse des dépassements d'honoraires des médecins a été sans aucune discontinuité, sur une trentaine d'années, depuis 198O, date à laquelle le secteur² a été créé, donnant la liberté tarifaire aux médecins.
- Le montant total des dépassements chiffrés en 2016 à 2,66 milliards continue de croître. La pause est toute relative puisqu'en 2014, cette masse représentait 2,5 milliards[19], 1,6 milliards[20] pour les actes cliniques et techniques des spécialistes exerçant en ville et 0,9 milliards pour les dépassements lors d'hospitalisation en clinique.

[19] Fiche n°14 – DREES - La prise en charge des dépassements d'honoraires par les organismes complémentaires
[20] - données CNAMTS-SNIR, calculs DREES.

- Ces dépassements, qui se situaient en dessous de 30 % en 1995, pour atteindre 54 % en 2011, ont alourdi le reste à charge pour les assurés. Avec pour conséquence, le renoncement aux soins.

Faut-il pour autant critiquer les négociations qui ont abouti à la signature de l'avenant 8 à la convention médicale d'octobre 2012 ? Un avenant signé par l'UNCAM, l'UNOCAM, la CSMF, le SML et MG France. La circonspection semble s'imposer, face aux inflexions qui se dessinent :

- une baisse sensible du taux de dépassement des médecins de secteur²,
- un nombre plus important d'actes réalisés au taux opposable en 2016,
- deux orientations qui se poursuivent au premier semestre 2017.
- au niveau des médecins hospitaliers de secteur², chirurgiens, gynécologues et ophtalmologues (au nombre de 4 722 dont 2 181 en secteur² en 2016), on notera que leur taux de dépassement en 2016 se situe désormais à 45,3 %, en forte baisse ces dernières années, (62,0 % en 2013, 74,2 % en 2010, 83,0 % en 2005).

Néanmoins, face au reste à charge supporté par les usagers, on est loin du compte, d'autant que cette situation est aggravée par les disparités régionales, appelées pudiquement spécificités régionales.

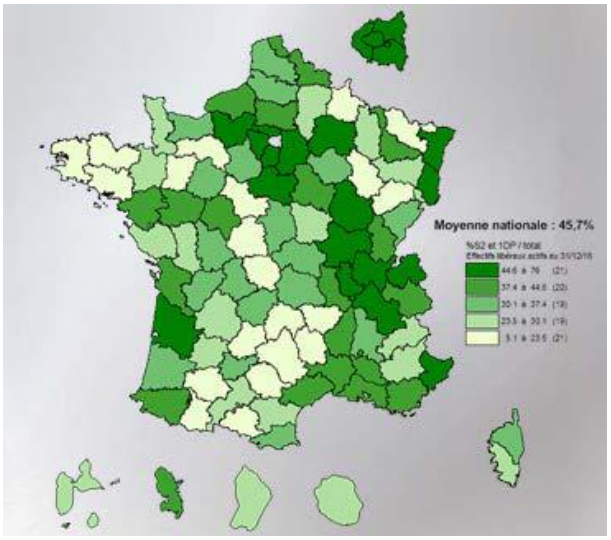
1.2. De fortes inégalités territoriales face à l'accès aux soins

La répartition géographique des 23 100 médecins spécialistes de secteur² est loin d'être équilibrée et chaque usager est plus ou moins durement confronté à cette réalité, d'un département à l'autre.

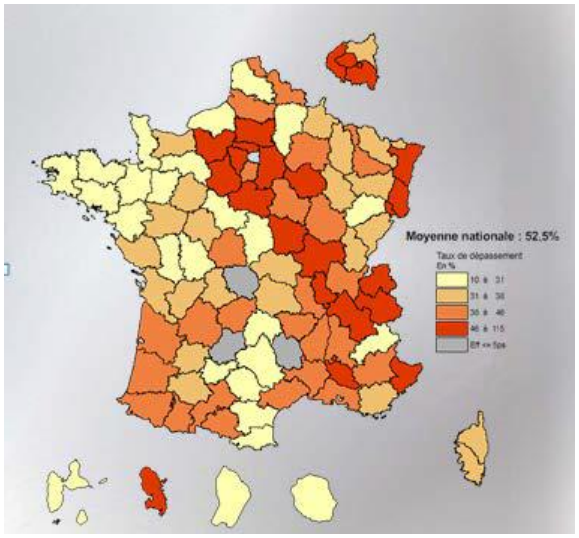
Ainsi il existe une forte concentration des spécialistes de secteur² au niveau territorial : l'Île-de-France, à l'exception de la Seine-Saint-Denis, le Bas-Rhin, la Haute-Savoie, les Alpes-Maritimes, le Rhône et la Côte d'Or comptent une majorité de médecins spécialistes installés en secteur 2.

Carte n°1 : Observatoire des pratiques tarifaires des dépassements d'honoraires des médecins une tendance à la baisse qui se confirme, novembre 2017

Pourcentage des médecins installés en secteur 2



Taux de dépassement moyen par département



Dans le même esprit, l'usager se trouve face à une importante hétérogénéité des tarifs pratiqués. La moyenne nationale du niveau des dépassements chez les médecins de secteur² se situe à 52 %, mais sa distribution sur le territoire national est loin d'être homogène. Les taux de dépassements varient de 11 % pour le Cantal à 114 % pour Paris.

On observe également une corrélation au niveau de la hauteur des dépassements, entre les départements où la part des médecins installés en secteur² est la plus forte. Les géographes de la santé décrivent un couloir géographique qui va de la Normandie en passant par la région parisienne pour se prolonger plus à l'est en région Rhône-Alpes.

D'importantes inégalités face aux écarts de dépassements entre spécialités médicales

L'Observatoire des pratiques tarifaires dresse un tableau précis des évolutions des dépassements selon les 23 spécialités existantes, de 2011 à 2016.

A la lecture du tableau ci-dessous, plusieurs remarques s'imposent :

- Les différentes spécialités ont des effectifs et des volumes d'honoraires qui varient considérablement d'une spécialité à l'autre. Le nombre de médecins inscrits dans la spécialité n'est pas sans importance. Les gériatres, par exemple, qui ont un taux de dépassement de plus de 109 % en 2011 et de 92,9 % en 2016, ne sont que 7 médecins en 2011 et 18 en 2016.
- L'ensemble des spécialistes, soit 24 722 médecins en 2016, a modéré ses dépassements de 4,46 points.
- L'ensemble des spécialistes et des généralistes, soit 29 537 médecins en 2016, a baissé ses dépassements de 3,5 points.

Mais cette tendance est loin de s'observer dans toutes les spécialités :

- Certaines spécialités, comme les chirurgiens, au nombre de 5 606, ont un taux de dépassement qui augmente de 0,2 points, passant de 61,7 % en 2011 à 61,9 % en 2016.
- Idem pour l'ensemble des médecins généralistes et MEP (médecins à exercice particulier), au nombre de 4 815, qui augmentent leurs dépassements de 0,4 %, sur les 6 dernières années.
- Par contre, des spécialités ont des diminutions plus fortes de leurs dépassements, comme les psychiatres (-11,1 points) ou les gynécologues-obstétriciens (-7,7 points) depuis 2011.

1.3. Point sur les évolutions des dépassements selon les spécialités, de 2011 à 2016

S2 et 1DP

Ensemble des actes (Cliniques et techniques)	année 2011		année 2012		année 2013		année 2014		année 2015		année 2016	
Spécialité	Effectifs	Taux de dép.	Effectifs	Taux de dép.	Effectifs	Taux de dép.	Effectifs	Taux de dép.	Effectifs	Taux de dép.	Effectifs	Taux de dép.
Anesthésistes	1 303	52,0%	1 365	52,2%	1 446	52,3%	1 517	52,2%	1 596	51,8%	1 670	49,5%
Cardiologues	908	23,0%	939	23,2%	957	23,6%	966	23,2%	1 008	22,3%	1 027	21,2%
Chirurgiens	5 128	61,7%	5 243	62,3%	5 303	62,2%	5 391	62,9%	5 491	63,3%	5 606	61,9%
Dermatologues	1 366	71,8%	1 357	71,3%	1 335	72,0%	1 315	67,5%	1 296	66,6%	1 278	66,5%
Endocrinologues	519	69,3%	519	69,0%	521	68,3%	522	61,8%	513	59,7%	511	59,5%
Gastro-entérologues	826	35,6%	837	36,0%	835	37,1%	854	36,8%	856	36,5%	866	35,2%
Gynécologues-médicaux	675	100,9%	644	101,8%	628	101,8%	588	98,7%	538	98,6%	509	98,2%
Gynécologues-obstétriciens et mixtes	2 419	78,5%	2 470	77,7%	2 510	76,1%	2 536	73,5%	2 568	72,1%	2 588	70,8%
Gériatres	7	109,7%	10	102,5%	12	109,2%	14	93,9%	15	94,5%	18	92,9%
Internistes	276	62,1%	257	61,9%	264	58,2%	256	51,2%	250	48,4%	247	47,5%
MPR	189	81,5%	187	80,6%	183	75,9%	180	71,1%	174	69,6%	174	66,7%
Nephrologues	20	16,1%	24	14,2%	25	14,4%	27	12,3%	30	11,0%	30	9,5%
Neurologues	257	33,8%	260	32,8%	269	31,7%	274	28,3%	287	25,9%	290	24,9%
ORL	1 302	49,4%	1 308	49,6%	1 310	49,6%	1 311	48,8%	1 330	48,1%	1 332	47,4%
Ophtalmologues	2 620	61,2%	2 647	60,5%	2 671	59,1%	2 697	57,9%	2 698	57,2%	2 713	55,6%
Pneumologues	211	28,1%	213	28,7%	212	29,2%	215	27,2%	222	27,4%	233	26,2%
Psychiatres-neuro-psychiatres	1 945	84,3%	1 991	79,7%	2 009	77,1%	2 046	73,8%	2 111	73,0%	2 157	73,2%
Pédiatres	926	67,6%	929	69,3%	949	69,2%	965	64,4%	990	62,7%	1 012	62,7%
Radiodiagnostic et imagerie médicale	773	35,7%	805	35,9%	818	36,7%	862	36,6%	908	35,3%	996	34,1%
Radiotherapeutes	38	11,4%	40	11,8%	43	13,2%	46	11,4%	49	8,9%	52	6,6%
Médecine nucléaire	10	4,2%	10	4,7%	12	6,6%	17	5,9%	20	4,7%	22	5,4%
Rhumatologues	844	53,1%	842	53,1%	829	53,0%	829	51,1%	832	50,7%	825	49,9%
Stomatologues	439	74,5%	437	74,2%	433	74,1%	436	74,3%	440	72,9%	448	72,1%
ACP	96	23,2%	99	22,6%	102	22,2%	105	18,7%	107	18,5%	118	17,3%
Total Spécialistes	**23 097**	**56,9%**	**23 433**	**56,7%**	**23 676**	**56,3%**	**23 969**	**55,1%**	**24 329**	**54,1%**	**24 722**	**52,5%**
Généralistes	3 563	39,3%	3 371	40,0%	3 218	40,3%	3 050	40,2%	2 867	40,3%	2 677	40,8%
MEP	2 768	53,9%	2 669	54,4%	2 563	53,7%	2 420	52,1%	2 262	52,2%	2 138	51,9%
Généralistes et MEP	6 331	45,3%	6 040	46,0%	5 781	46,0%	5 470	45,4%	5 129	45,5%	4 815	45,7%
Total Médecins	**29 428**	**55,4%**	**29 473**	**55,4%**	**29 457**	**55,1%**	**29 439**	**54,1%**	**29 458**	**53,3%**	**29 537**	**51,9%**

DCIR - tous régimes - France entière - date de liquidation - Médecins de S2 et 1DP actifs à la fin de chaque année observée

Le bilan effectué par l'Assurance Maladie des dispositifs conventionnels

La modération tarifaire que l'on enregistre chez les médecins, qui bénéficient en toute légalité du droit à dépassement, s'inscrit dans une double contrainte, à la fois le cadre éthique personnel de l'exercice de la médecine et à la fois le contexte économique difficile. La France compte environ 9 millions de personnes qui vivent sous le seuil de pauvreté monétaire, fixé à 60 % du niveau de vie médian, soit 1 015 euros par mois.

La modération tarifaire, qui reste mesurée, est le résultat de dispositions conventionnelles (le CAS entre 2012 et 2016 puis l'Optam et l'Optam-Co depuis 2017), qui ont permis aux patients d'être mieux

remboursés et aux médecins ayant souscrit le contrat, d'en tirer un bénéfice financier récompensant leurs efforts.

Ainsi, le médecin ayant souscrit au CAS stabilisait les tarifs de ses consultations ou actes facturés avec dépassements pendant trois ans et augmentait la part des actes pratiqués aux tarifs opposables. La contrepartie pour le médecin : la prise en charge de ses cotisations sociales en cas de respect de ses engagements. Pour le patient : des niveaux de remboursements plus élevés (égaux à ceux du secteur[1]) et donc un moindre reste à charge.

Trois indicateurs qu'il faut mettre au compte de ces dispositifs :

- Les dispositions conventionnelles, comme le CAS, ont généré une augmentation de la part des consultations effectuées aux tarifs opposables.
- Le taux de dépassements des médecins adhérents est inférieur à la moyenne des médecins spécialistes de secteur[2]. Il se situe à 20,4 % (versus 52,5 %) et ce quelle que soit la spécialité.
- Le taux d'actes aux tarifs opposables est plus élevé que la moyenne à 58,5 % (versus 37,5 %) au niveau national.

L'Assurance Maladie a fait la promotion des nouveaux contrats jusqu'en décembre 2017, en expliquant leurs modalités et leurs avantages auprès de plus de 25 000 médecins.

Les résultats étaient encourageants, selon l'Observatoire. Fin novembre 2017, on recensait 14 781 signatures de contrats : 8 968 médecins de secteur[2], adhérents à l'Optam, 2 653 à l'Optam-CO et 3 160 médecins de secteur[1].

On notera que 45 % des médecins de secteur[2] adhèrent au nouveau contrat, versus 32,8 % au CAS. Ce nouveau contrat rencontre plus d'engouement : le taux d'adhésion est de 47,4 % pour les chirurgiens, de 51,5 % pour les gynécologues et de 44,6 % pour les médecins nouveaux installés.

2. La charge de la Cour des Comptes

2.1. Des reproches non dissimulés

La Cour des Comptes, dans son rapport[21] de novembre 2017, intitulé "L'avenir de l'Assurance Maladie - Assurer l'efficience des dépenses, responsabiliser les acteurs" a fortement contesté l'efficacité des politiques de maitrise de la dépense, s'en prenant sans ambages "aux mécanismes conventionnels peu efficaces et déresponsabilisant."

La Cour, étudiant le dispositif conventionnel entre l'Assurance maladie et les professionnels de santé, tel que défini par la loi du 13 août 2004, le remet en question : la confusion au niveau des responsabilités est de règle, la minceur du bilan est décevante et la révision du cadre même des négociations conventionnelles devient plus qu'urgente.

Depuis la loi de 2004, qui a supprimé l'ordonnance de 1996 permettant à l'Etat d'imposer aux médecins un règlement conventionnel minimum, c'est l'union nationale des caisses d'assurance maladie (UNCAM), qui négocie et signe avec les professions de santé les conventions nationales, leurs avenants et leurs annexes. Le pouvoir gouvernemental a dès lors un pouvoir limité sur les accords conventionnels. La Cour déplore le brouillage des responsabilités. D'un côté, l'Etat peut exercer un certain dirigisme en pilotant l'ONDAM, définie par la loi de financement de la Sécurité sociale votée chaque année par le parlement.

[21] L'avenir de l'assurance maladie - novembre 2017 - Cour des comptes

De l'autre côté, il n'a que peu de pouvoir sur les négociations conventionnelles avec les diverses professions de santé.

2.2. La maîtrise des dépassements d'honoraires : des résultats peu concluants, pour un coût très élevé

La Cour des Comptes[22], dans son rapport sur la Sécurité Sociale de 2017, juge que le cadre conventionnel de maîtrise des dépassements d'honoraires n'est pas contraignant pour les médecins spécialistes de secteur[2] et que ses résultats sont très limités dans l'absolu, au regard des dépenses supplémentaires engagées par l'assurance maladie à ce titre.

Le coût des incitations financières du CAS

S'attardant sur le CAS, issu de l'avenant n° 8 à la convention médicale de juillet 2011, la Cour énumère les incitations financières qui ont accompagné le dispositif entré en vigueur en décembre 2013 :

- des revalorisations différenciées d'actes techniques à hauteur de 123 M€,
- l'application des majorations et tarifs d'actes réservés au secteur[1] (évalués par la CNAMTS, en 2015, à 112 M€ supplémentaires par rapport à 2013),
- la prise en charge par l'assurance maladie des cotisations sociales sur la part des honoraires des médecins de secteur[2] adhérents réalisée à tarifs opposables (environ 30 M€ par an), alors que cette prise en charge était jusque-là conditionnée par une installation en secteur[1].

La faiblesse des résultats enregistrés par le CAS

La Cour des Comptes fait plusieurs constats :

Premier constat : les médecins spécialistes ont adhéré en petit nombre et avec lenteur. Fin 2015, seuls 22,4 % des spécialistes autorisés à pratiquer des dépassements y adhéraient.

	2013	2014	2015
Inscrits au CAS	4 786	5 129	5 455
Σ Médecins spécialistes	23 676	23 969	24 329
% des inscrits	20,2 %	21,3 %	22,4 %

Deuxième constat : les médecins spécialistes de secteur[2] ont augmenté leur nombre d'actes à tarif opposable, de 32,9 % en 2012 à 36,2 % en 2015. La Cour des Comptes avance que cette progression est imputable, non au CAS, mais à la hausse du nombre de titulaires de la CMU-C et de l'ACS, dont les conditions d'attribution ont été élargies au cours de la même période.

Troisième constat : la baisse du taux de dépassement de l'ensemble des médecins spécialistes de secteur[2], est de 3,2 points, passant de 54,6 % en 2013 à 51,4 % en 2015. La Cour explique cette baisse, peut-être temporaire, par l'intégration dans la population des médecins spécialistes de nouveaux praticiens dont les niveaux de dépassement sont inférieurs à la moyenne. Il s'agit de 3 376 médecins spécialistes installés en secteur[1] avant 2013 qui, ayant adhéré au CAS, ont pu désormais pratiquer des dépassements.

Le CAS, un dispositif au coût considérable

[22] La Sécurité Sociale - Rapport sur l'application des lois de financement de la sécurité sociale - Septembre 2017

Là encore la Cour des Comptes énonce ses griefs :
Premier élément : les dépenses de l'assurance maladie, pour inciter les médecins à la modération, sont énormes. Pas moins de 320 M€, entre 2013 et 2015 ! Deuxième élément : le montant des dépassements évités grâce au dispositif du CAS peut être estimé à 35 M€, si l'on se base sur la progression des dépassements pratiqués par les médecins de secteu², non adhérents au CAS pour 2014 et 2015.

Troisième élément : La Cour des Comptes considère les rétributions des médecins signataires, pour la seule année 2015, soit une somme de 183 M€ qu'elle oppose aux 18 M€ de dépassements évités. Sa conclusion est sans aménité : "Pour éviter 1 € de dépassement, l'assurance maladie a ainsi dépensé 10 €".

2.3. Les tendances lourdes, qui affectent l'accessibilité financière aux soins de spécialité, n'ont pas été inversées

La Cour des Comptes poursuit son réquisitoire, en insistant sur le fait que, dans le même temps, le montant total des dépassements d'honoraires des médecins de secteur² n'a cessé d'augmenter, comme on peut l'observer dans le tableau ci-dessous.

Evolution du montant des dépassements d'honoraires des médecins Spécialistes de secteur² pour la période de 2009 à 2016

En M€

	2009	2010	2011	2012	2013	2014	2015	2016
Dépassements	1 864	1 978	2 102	2 155	2 235	2 300	2 383	2 417
Variation / année N-1 (en %)	*+5,2*	*+6,1*	*+6,3*	*+2,5*	*+3,7*	*+2,9*	*+3,6*	*+1,4*
Variation des dépenses remboursables / année N-1 (en %)	*+0,7*	*+1,7*	*+2,3*	*+0,9*	*+2,2*	*+1,9*	*+3,9*	*+4,1*

Périmètre : honoraires en cabinets et en établissements privés à caractère lucratif.
Source : CNAMTS et direction de la sécurité sociale.

Le constat est sans appel, les dépassements d'honoraires ont connu des taux d'évolution importants en masse. En 8 ans, ils sont est passé de 1 864 M€ en 2009 à 2 417 M€, soit 29,66 % d'augmentation et une variation moyenne de 3,70 % par an.

Il est vrai que depuis 2012, on peut observer une modeste modération des dépassements tarifaires, qui peut être expliquée par le contexte économique difficile et les freins des organismes complémentaires à l'assurance maladie.

3. La défense de l'assurance maladie

Le 20 septembre 2017, l'assurance maladie, plus précisément la CNAMTS, répliquait dans "une information presse" au rapport annuel fait par la Cour des Comptes qui évoquait le contrat d'accès aux soins (CAS) créé en 2012.

Le plaidoyer présente le CAS comme l'outil qui a permis de stopper durablement l'augmentation continue des dépassements d'honoraires des médecins de secteur². L'assurance maladie, à l'appui, cite les taux de dépassements qui n'ont cessé de croitre depuis la création du secteur² en 1980. Inutile de revenir sur les chiffres.

Le CAS est cité comme le dispositif idoine de régulation tarifaire. C'est l'outil qui, pour la première fois, a stoppé une tendance qui n'avait que trop duré. Pour l'assurance maladie, pas question de contester la

validité de l'outil. Son impact ne fait aucun doute, puisque fin 2016, c'est la première fois depuis 35 ans qu'on observe une baisse continue, 4 ans de suite, du taux de dépassement.

S'ensuivaient des réfutations, pour non recevabilité, des arguments utilisés par la Cour des Comptes, selon lesquels la baisse des dépassements serait liée à l'augmentation des bénéficiaires de la CMU-C ou de l'ACS.

Même système de défense utilisé pour le coût disproportionné du CAS au regard des économies réalisées. Cette fois le raisonnement est attaqué. L'assurance maladie explique que pour 100 M€ qu'elle a investis, elle a évité sur cette période près de 300 M€ de dépassements. Elle conclut son raisonnement en avançant que pour 1 euro dépensé par l'Assurance Maladie, le contrat d'accès aux soins a permis d'éviter environ 3 euros de dépassement.

Et de conclure que l'effort financier a été rentable. D'ajouter que le dispositif du CAS a été rénové sous la forme de deux nouveaux contrats (Optam et Optam-Co pour les chirurgiens obstétriques). Dernier argument conclusif : le nombre de signataires de ce contrat s'élève déjà à plus de 13 000 adhérents.

Rien par contre, sur le fait bien regrettable pour l'usager qu'en valeur absolue, les dépassements progressent, sans aucune pause. Le quotidien du médecin[23] fait remarquer, parlant pudiquement de "compléments d'honoraires" plutôt que de dépassements, que ce montant, dopé par la hausse du nombre de spécialistes en secteur² et la croissance de leur activité, continue de progresser à près de 2,7 milliards d'euros (dont 2,45 milliards pour les seuls spécialistes).

Le quotidien Le Monde[24] attaque la CNAM dans son propos, doutant que les nombreux patients, qui ont récemment réglé une consultation chez un pédiatre ou un ophtalmologue, puissent croire, comme la CNAM en a pourtant fait l'annonce très officiellement, le 29 novembre, à l'occasion de la tenue de l'Observatoire des pratiques tarifaires, que la moyenne nationale du niveau des dépassements d'honoraires pratiqués par les médecins en secteur² – en honoraires libres – est en recul pour la cinquième année d'affilée.

Le journaliste du Monde rappellera, avec force et conviction, que le montant total des dépassements a atteint, en 2016, le niveau record de 2,66 milliards d'euros (dont 2,45 milliards pour les seuls spécialistes), soit près de 300 millions d'euros de plus qu'en 2011 (il était alors de 2,35 milliards).

Il poursuivra son ton polémique, en soulignant que, pour justifier la baisse des dépassements d'honoraires, l'Assurance-maladie a opté pour l'observation du "taux de dépassement moyen" par médecin. Il s'agit du ratio entre le total de ses dépassements et le total de ses honoraires remboursables. Et le journaliste de s'insurger en expliquant que ce taux est illisible par le commun des assurés.

4. Faut-il tout remettre à plat ?

Les déserts médicaux et les dépassements d'honoraires sont certainement les deux questions qui impactent avec le plus d'acuité le système de santé. Personne n'est vraiment à l'aise sur ces deux dossiers : les politiques sont dans un embarras extrême, les médecins également, quant aux usagers, ils sont depuis de nombreuses années dans une impasse dont personne ne voit l'issue.

[23] Cyrille Dupuis - Le quotidien du médecin du 29 novembre 2017

[24] François Béguin - LE MONDE du 29.11.2017

Le docteur Martial Olivier-Koehret[25], ex-président de MG-France de 2006 à 2009, évoque la problématique des dépassements d'honoraires et plaide pour une autre approche.

Il développe une analyse pleine de bon sens, rappelant que le système de santé est d'abord au service des malades. Il souligne également que les revenus des médecins, en fait les tarifs médicaux, que l'on peut estimer "plus que confortables en comparaison avec la plupart des autres professions", n'en sont pas moins légitimes, au "regard de la durée des études, de la compétence, des résultats attendus et des responsabilités engagées".

Il relativise les dépassements des tarifs médicaux, qui ne concernent au final que peu de médecins, environ la moitié des médecins spécialistes et une minorité de généralistes, pour dénoncer l'opacité des négociations, le maquis des actes et situations tarifaires et les restes à charge supportés par les patients. Au final, il souhaite que les tarifs médicaux reflètent les grandes priorités de la politique de santé, que les inégalités de santé ne s'aggravent pas et que les parcours de soins des patients soient facilités. Il propose de mettre dans la boucle du débat les associations de patients, en tant que représentants du débat démocratique.

Il ne manque pas d'évoquer ses craintes : que réforme après réforme, les négociations aboutissent au plafonnement des dépassements qui seront ainsi généralisés, y compris pour ceux qui ne les pratiquent pas encore. Pour lui, "il est temps de changer de modèle, d'ouvrir un débat public, de définir ce qui relève des activités libérales, des activités sous contrat financées par la solidarité, d'assurer la transparence des revenus, et d'écrire une politique de santé pertinente, pour les professionnels comme pour les malades".

5. Pour l'UFC-Que Choisir, un échec patent

L'UFC- Que choisir considère que les politiques menées depuis 2012 par la Sécurité sociale ont échoué. Dans un article[26], elle reprend l'analyse de la Cour des comptes et reproche à l'assurance maladie d'avoir conduit une politique dispendieuse. 10 euros, c'est bien cher payer la prise en charge d'une partie des cotisations sociales des médecins et la limitation de leurs tarifs pour éviter ainsi 1 euro de dépassement.

Sans détour, elle dénonce la stratégie de communication de l'assurance maladie, qui se vante régulièrement d'un léger recul du taux moyen de dépassement, passé de 55 % en 2011 à 51,4 % en 2015. Tout aussitôt, elle stigmatise l'augmentation incessante du nombre de médecins autorisés à pratiquer des dépassements d'honoraires, comme les nouveaux praticiens installés qui optent massivement pour le secteur². Elle achève son argumentaire en évoquant l'augmentation massive du total des dépassements, qui a atteint 2,4 milliards d'euros en 2015, contre 1,9 milliard en 2009.

Indéniablement, le reste à la charge des ménages est une somme considérable qui constitue un frein certain à l'accès aux soins, notamment dans de nombreuses régions, où les patients n'ont plus la possibilité de se faire soigner aux tarifs opposés, quand la plupart des spécialistes pratiquent des dépassements d'honoraires.

Faut-il évoquer une fracture sanitaire ?

[25] Pour une autre approche des dépassements tarifaires des médecins - LA TRIBUNE DU 26 JUILLET 2012

[26] L'UFC- Que choisir – article publié le : 24/09/2017

En 2012, l'UFC – Que Choisir a fait paraitre une étude sur l'offre territoriale en santé. Ce dossier a été repris en 2016[27], avec l'analyse de l'offre exhaustive des soins de ville pour quatre spécialités (généralistes, pédiatres, ophtalmologistes et gynécologues), pour la totalité des communes de France métropolitaine, en croisant les deux dimensions de l'accès aux soins, géographique et financière.

L'étude publiée le 29 juin 2016 compare les résultats 2016 avec ceux de 2012. Elle dresse également une carte interactive disponible sur le site de l'UFC – Que choisir permettant de constater que l'action du ministère de la santé précédent, qui avait choisi comme axes forts les questions de dépassement d'honoraires et la désertification médicale, est loin d'avoir eu les résultats escomptés.

L'UFC – Que choisir parle de fracture sanitaire et même d'aggravation de cette dernière. Sans reprendre tous les chiffres, c'est presque un tiers des usagers qui a aujourd'hui des difficultés d'accès géographique aux spécialités étudiées, comme les pédiatres, les gynécologues et les ophtalmologistes. Et c'est un quart de la population qui a des problèmes d'accès aux médecins généralistes. Quant aux assurés sociaux qui souhaitent se soigner au tarif opposables, ils sont plus de 8 Français sur 10 qui manquent de gynécologues et d'ophtalmologistes sans dépassements d'honoraires, à moins de 45 minutes de leur domicile. Cette offre au tarif opposable pour les trois spécialités étudiées s'est réduite depuis 2012 pour plus d'un Français sur deux.

L'UFC – Que choisir voit deux causes à la fracture sanitaire :

La première est l'inégale répartition géographique des professionnels de santé, qui s'est dégradée. En quatre ans, 27 % des Français ont vu leur accès géographique aux généralistes reculer, et jusqu'à 59 % pour les gynécologues.

La deuxième cause est les dépassements d'honoraires qui ont, inexorablement, poursuivi leur croissance. Avec une inflation sur la période qui n'a pas été supérieure à 1 %, le tarif moyen d'une consultation a progressé de 3,2 % chez les généralistes, de 3,5 % chez les ophtalmologistes, de 5 % pour les gynécologues, et même de 8 % pour les pédiatres. C'est l'échec du contrat d'accès aux soins, mis en œuvre en 2013 et qui devait réguler les dépassements d'honoraires. Ce contrat a évité, en 2014, 59 millions d'euros de dépassements. Il a coûté 470 millions d'euros en contreparties accordées aux médecins, soit 8 fois plus.

Les positions de l'UFC-Que Choisir et de la Cour des comptes se rejoignent. Toutes deux appellent le gouvernement et l'Assurance maladie à tirer les conclusions qui s'imposent, suite à des politiques infructueuses. Il faut rééquilibrer la répartition des médecins sur le territoire. Deux solutions : le conventionnement sélectif qui interdit l'installation en secteur[2] dans une zone sur-dotée. Une offre à tarif opposable serait donc injectée dans ces territoires, où elle fait défaut aujourd'hui. Deuxième solution, la fermeture de l'accès au secteur[2], le choix étant laissé entre le secteur[1], sur lequel les aides publiques aux médecins seraient recentrées, et le Contrat d'accès aux soins.

Recommandations

- La CRSA demande au ministère et à l'assurance maladie de poursuivre la démarche de diversification des modes de rémunération.
- La CRSA demande à l'ARS et l'assurance maladie de transmettre les éléments d'information nécessaires pour évaluer la situation et notamment par territoire (au minimum par département) :
  - Le nombre de personnes sans médecins traitants

[27] L'UFC- Que choisir - L'accès aux soins – la fracture s'aggrave – juin 2016

Contribution du Conseil départemental de l'ordre des médecins au rapport des usagers : secteur à honoraires différents et accès aux soins

Un peu d'histoire :

En 1980, dix ans après la première convention médicale, l'Assurance Maladie n'a pas les moyens de revaloriser les honoraires médicaux dans un contexte de pléthore médicale.

Le gouvernement (Barre et Barrot) et la sécurité sociale proposent la création du secteur à honoraire différent, dit secteur 2.

Les praticiens peuvent alors fixer librement le montant de leurs honoraires avec « tact et mesure », en contrepartie, la sécurité sociale ne prend pas en charge leurs cotisations d'assurance maladie, ce qui reste le cas du secteur 1.

Ceci explique qu'il y a un niveau de dépassement minimum (variable selon les spécialités) pour que l'opération soit « rentable ».

Devant le développement rapide du secteur 2 (20 % des médecins), il est « gelé » par la convention de 1990 et réservé aux anciens chefs de clinique et assistants des hôpitaux.

Cette mesure en exclut de facto les nouveaux médecins généralistes.

Ce triple système conventionnel (si on inclut les quelques médecins non conventionnés) paraît actuellement anachronique, mais perdurera aussi longtemps que la déconnection entre les tarifs opposables et le coût réel persistera dans certaines spécialités, en particulier chirurgicales.

Si le « reste à charge » pour des consultations spécialisées de suivi annuel ou bi annuel, qui est de l'ordre d'une vingtaine d'Euros, peut être supportable par un grand nombre de patients, il peut poser de réels problèmes en cas d'actes chirurgicaux, en l'absence de couverture complémentaire dédiée.

Le coût des interventions chirurgicales ne peut qu'augmenter (y compris dans les établissements hospitaliers publics) en raison des progrès techniques, de la nécessité de disposer de personnels spécifiques de blocs opératoires et d'assurer le coût prohibitif des assurances.

Le développement de la chirurgie robotique implique l'utilisation de matériels à usage unique (non remboursable) pouvant aller jusqu'à 500 Euros par intervention.

En face, les tarifs opposables de certaines interventions n'ont pas été revalorisés depuis plus de 25 ans.

C'est au niveau de ces prises en charge chirurgicales que l'accès aux soins peut être menacé.

On ne peut cependant parler de renoncement aux soins car nous disposons en France, aussi bien pour les consultations spécialisées, que pour les prises en charge chirurgicales, d'hôpitaux publics d'excellente qualité (la région Auvergne-Rhône-Alpes possède 4 CHU).

D'autre part, tous les médecins en secteur 2 réalisent une part non négligeable d'actes au tarif opposable (ACS, CMU, accidents de travail, services d'urgence des établissements hospitaliers privés).

Plutôt que de produire des « usines à gaz » fort coûteuses (cf. rapport de la Cour des Comptes), l'assurance Maladie aurait tout intérêt à établir des tarifs opposables en rapport avec le coût réel de l'exercice de la médecine libérale, cette réflexion devant être menée conjointement aux travaux sur la pertinence des soins.

Il est à noter que dans les spécialités dans lesquelles les tarifs opposables ont été modernisés et revalorisés, les suppléments d'honoraires sont inexistants ou très faibles : radiothérapie, médecine nucléaire, néphrologie.

Il est indispensable que les patients se rapprochent de leur médecin généraliste traitant et qu'ils abordent avec lui le problème des suppléments d'honoraires de façon à trouver ensemble les meilleures solutions.

Etude prospective sur la démographie des médecins généralistes libéraux en région Auvergne-Rhône-Alpes, à 5 et 10 ans

Quel est l'impact du risque démographique à long terme ?, moyen terme ? Et court terme ?

Bref rappel :
La région Auvergne-Rhône-Alpes, au 1/01/2018, c'est 6 201 médecins généralistes libéraux, à l'origine de 1 192 bassins d'activité et/ou territoires de santé.

3 niveaux de risque démographique ont été arrêtés pour chaque bassin. L'étude de l'URML s'est livrée à trois simulations, à 10 ans, 5 ans, 0 an.

Première simulation : état des lieux avec un risque à long terme, à 10 ans, avec un seuil arrêté à 55 ans

L'application des principes du schéma de démographie médicale, avec ses trois niveaux de risque, comme le montre le tableau n° 9, ci-dessous, alerte sur les différents risques :
Au niveau des risques cumulés 1, 2, 3 :

- 718 bassins d'activité sont soumis à un risque démographique, compris entre les niveaux de risque 1, 2 et 3. C'est donc 60,2 % des bassins d'activité de la région (trois bassins d'activité sur cinq) qui sont soumis à une problématique de risque démographique à long terme, fixé à partir du seuil de 55 ans et une échéance à 10 ans, (année 2027).

Tableau 9 Caractéristiques des bassins présentant un niveau de risque en 2017

Seuil = 55 ans	Niveau 1	Niveau 2	Niveau 3	Total 1+2+3	Région
Nombre de bassins	219	113	386	718	1 192
Bassins en %	30,5%	15,7%	53,8%	100,0%	60,2%
Population en 2016	419 873	452 686	3 954 034	4 826 593	7 806 507
Population en %	8,7%	9,4%	81,9%	100,0%	61,8%
Variation absolue	+ 3,6%	+ 2,9%	+ 4,1%	+ 3,9%	+ 4,0%
Variation annuelle	+ 0,7%	+ 0,6%	+ 0,8%	+ 0,8%	+ 0,8%
Généralistes 2017	219	309	3 104	3 632	6 207
Généralistes en %	**6,0%**	**8,5%**	**85,5%**	**100,0%**	**58,5%**

Source : URPS ML-AuRA, 2017

Pour le risque de niveau 3 :

- 53,8 % des bassins, soit un bassin sur deux, sont soumis à un risque démographique de niveau 3, à savoir que la moitié des médecins qui travaillent ont plus de 55 ans. Pour autant, il s'agit du niveau de risque le moins urgent. Ces bassins regroupent près de 82,0 % des populations résidantes et plus de 85,0 % des médecins généralistes libéraux.

Pour le risque 1, niveau le plus urgent :

- Les bassins d'activité où n'exerce qu'un seul médecin âgé de 55 ans, (niveau 1), représentent 30,5 % des bassins à risque. Ces bassins regroupent 8,7 % des populations et 6,0 % des médecins généraliste libéraux. C'est un des risques le plus imminent.

Pour le risque 2, niveau le plus urgent :

- Les bassins d'activité, de niveau 2, où tous les médecins qui y exercent ont plus de 55 ans, représentent 15,7 % des bassins soumis à un des risques le plus urgent. Ces bassins regroupent 9,4 % des populations résidantes au sein des bassins à risque et 8,5 % des médecins généralistes libéraux y exerçant.

Pour résumer

Tableau 10 Caractéristiques par niveau de risque en 2017 : seuil 55 ans

Statistique par niveau (en %)	Niveau 1	Niveau 2	Niveau 3	Niveau 4	Total	1+2+3 2017
Répartition des bassins (en%)	18,4%	9,5%	32,4%	39,8%	**100,0%**	**60,2%**
Répartition de la population (en%)	5,4%	5,8%	50,7%	38,2%	**100,0%**	**61,8%**
Répartitions des praticiens (en %)	3,5%	5,0%	50,0%	41,5%	**100,0%**	**58,5%**

Source : URPS ML-AuRA, 2017

Le tableau n° 10 résume la situation des risques en termes d'impact sur les bassins d'activité, sur la population, sur les praticiens :

- 60,0 % des bassins d'activité de la région sont soumis à un risque démographique (1 + 2 + 3), soit plus de trois bassins sur cinq. Pour un tiers de ces bassins, le risque démographique est de niveau 3, le moins urgent. A l'opposé, près de 28,0 % des bassins sont soumis aux niveaux de risque les plus urgents (niveaux 1 et 2).

- près de 62,0 % de la population régionale réside au sein de bassins d'activité soumis à un risque démographique. Pour la moitié de cette population, le risque démographique de niveau 3 est le moins urgent. A l'opposé, 11,2 % de la population régionale est impactée par les niveaux de risque les plus urgents (niveaux 1 et 2).

- 59,0 % des médecins généralistes libéraux exercent au sein de bassins d'activité soumis à un risque démographique. Pour 50,0 % de ces médecins, il s'agit du risque démographique de niveau 3, niveau le moins urgent. A l'opposé, 8,5 % des praticiens sont impactés par les niveaux de risque les plus urgents (niveaux 1 et 2).

Deuxième simulation : état des lieux avec un risque à moyen terme, à 5 ans, avec un seuil arrêté à 60 ans

L'application des principes du schéma de démographie médicale, avec un seuil à 60 ans, avec ses trois niveaux de risque, à moyen terme (5ans) comme le montre le tableau n°11 ci-dessous, alerte sur les différents risques :

Au niveau des risques cumulés 1, 2, 3 :

- Au 01/01/2018, 400 bassins d'activité au total sont soumis à un risque démographique sur les niveaux de risque 1, 2 et 3. Cela représente 33,6 % des bassins d'activité de la région. Concrètement, un tiers des bassins d'activité est soumis à une problématique de risque démographique à moyen terme, fixé à partir du seuil de 60 ans et une échéance à 5 ans, soit l'année 2022.

Tableau 11 : Caractéristiques des bassins présentant un niveau de risque en 2017

Seuil = 60 ans	Niveau 1	Niveau 2	Niveau 3	Total 1+2+3	Région
Nombre de bassins	152	42	206	400	1 192
Bassins en %	38,0%	10,5%	51,5%	100,0%	33,6%
Population en 2016	294 067	153 134	1 033 269	1 480 470	7 806 507
Population en %	19,9%	10,3%	69,8%	100,0%	19,0%
Variation absolue	+ 3,2%	+ 4,6%	+ 3,6%	+ 3,7%	+ 4,0%
Variation annuelle	+ 0,6%	+ 0,9%	+ 0,7%	+ 0,7%	+ 0,8%
Généralistes 2017	152	99	740	991	6 207
Généralistes en %	**15,3%**	**10,0%**	**74,7%**	**100,0%**	**16,0%**

Source : URPS ML-AuRA, 2017

Au niveau du risque de niveau 3 :

- Le risque 3 (50 % des praticiens ont plus de 60 ans) touche 51,5 % des bassins, soit plus d'un bassin d'activité sur deux, regroupant près de 70,0 % des populations résidantes au sein des bassins à risque et près de 75,0 % des médecins généralistes libéraux exerçant au sein de ces mêmes bassins à risque.

Au niveau du risque de niveau 1 :

- Le risque 1 (un seul médecin généraliste âgé de 60 ans et plus) est en deuxième position et il touche 38 % des bassins à risque, impactant 20,0 % des populations et 15,3 % des médecins généraliste libéraux.

Au niveau du risque de niveau 2 :

- Le risque 2 (tous les médecins généralistes ont plus de 60 ans) est en troisième position, soit 10,5 % des bassins soumis à un risque. 10,3 % des populations résidantes sont concernées, ainsi que 10 % des médecins généralistes libéraux exerçant au sein de ces mêmes bassins.

Pour résumer :

Tableau 12 : Caractéristiques par niveau de risque en 2017 : seuil 60 ans

Statistique par niveau (en %)	Niveau 1	Niveau 2	Niveau 3	Niveau 4	Total	1+2+3 2017
Répartition des bassins (en%)	12,8%	3,5%	17,3%	66,4%	**100,0%**	**33,6%**
Répartition de la population (en%)	3,8%	2,0%	13,2%	81,0%	**100,0%**	**19,0%**
Répartitions des praticiens (en %)	2,4%	1,6%	11,9%	84,0%	**100,0%**	**16,0%**

Source : URPS ML-AuRA, 2017

Le tableau n° 12 résume la situation des risques en termes d'impact sur les bassins d'activité, sur la population, sur les praticiens :

- plus d'un tiers des bassins d'activité de la région est soumis à un risque démographique, de niveaux 1 ou 2 ou 3, soit plus de trois bassins sur dix.
- un bassin d'activité sur cinq est soumis au risque démographique de niveau 3, niveau le moins urgent.
- près de 16,3 % des bassins sont soumis aux niveaux de risque les plus urgents (niveaux 1 et 2).

- 19,0 % de la population régionale est impactée un risque démographique de niveau 1 ou 2 ou 3.

- Parmi cette population, plus de 13,0 % est impactée par le risque démographique de niveau 3, niveau le moins urgent.
- A l'opposé, 5,8 % de la population régionale est impactée par les niveaux de risque les plus urgents (niveaux 1 et 2).

- 16 % des médecins généralistes libéraux exercent au sein de bassins d'activité soumis à un risque démographique de niveaux 1 ou 2 ou 3.

  - Parmi ces praticiens, près de 12,0 % sont impactés par le risque démographique de niveau 3, niveau le moins urgent.
  - A l'opposé, 4,0 % des praticiens sont impactés par les niveaux de risque les plus urgents (niveaux 1 et 2).

Troisième simulation : état des lieux avec un risque à court terme, en 2018, avec un seuil arrêté à 65 ans

L'application des principes du schéma de démographie médicale, avec un seuil d'âge arrêté à 65 ans, donc sur le très court terme, avec les trois niveaux de risque, a permis de construire le tableau n°13 ci-dessous, qui alerte sur les différents risques :

Au niveau des risques cumulés 1, 2, 3 :

- Au 01/01/2018, **146 bassins d'activité** sont soumis à un risque démographique compris entre **les niveaux de risque 1, 2 et 3**.
- C'est **12,2 % des bassins** d'activité de la région.
- Concrètement, c'est un bassin d'activité sur dix qui est soumis à une problématique de risque à court terme, fixé à partir du seuil de 65 ans et une échéance immédiate, soit l'année 2018.

Tableau 13 *Caractéristiques des bassins présentant un niveau de risque en 2017*

Seuil = 65 ans	Niveau 1	Niveau 2	Niveau 3	Total 1+2+3	Région
Nombre de bassins	*72*	*3*	*71*	*146*	*1 192*
Bassins en %	***4,9,3%***	***2,1%***	***48,6%***	***100,0%***	***12,2%***
Population en 2016	*147 385*	*10 531*	*288 851*	*446 767*	*7 806 507*
Population en %	***33,0%***	***2,4%***	***64,7%***	***100,0%***	***5,7%***
Variation absolue	*+ 3,5%*	*+ 4,1%*	*+ 3,8%*	*+ 3,7%*	*+ 4,0%*
Variation annuelle	*+ 0,7%*	*+ 0,8%*	*+ 0,8%*	*+ 0,7%*	*+ 0,8%*
Généralistes 2017	*72*	*6*	*196*	*274*	*6 207*
Généralistes en %	***26,3%***	***2,2%***	***71,5%***	***100,0%***	***4,4%***

Source : URPS ML-AuRA, 2017

Au niveau du risque de niveau 1 :

- C'est le risque démographique le plus important, dans cette simulation. Pour rappel, le risque de niveau 1 est le cas du bassin d'activité où n'exerce qu'un seul médecin généraliste âgé de 65 ans et plus.
- A ce seuil de 65 ans, contrairement aux deux autres simulations, les bassins d'activité touchés sont au nombre de 72, soit 49,3 % des bassins, presque un sur deux.
- Ces bassins regroupent 33 % des populations résidantes et plus de 26 % des médecins généralistes libéraux, soit 72 médecins qui ont plus de 65 ans.

Au niveau du risque de niveau 3 :

- C'est 48,6 % des bassins d'activité qui sont soumis à un risque démographique de niveau 3 (50 % des praticiens ont plus de 65 ans).
- Ces bassins regroupent 6 % des populations et plus de 71,0 % des médecins généraliste libéraux.

Au niveau du risque de niveau 2 :

- C'est 2,1 % des bassins d'activité qui sont soumis à un risque démographique de niveau 2 (tous les médecins généralistes ont plus de 65 ans).
- Ces bassins regroupent 2,4 % des populations résidantes et concernent 2,2 % des médecins généralistes libéraux exerçant au sein de ces mêmes bassins.

Pour résumer

Tableau 14 : Caractéristiques par niveau de risque en 2017 : seuil 65 ans

Statistique par niveau (en %)	Niveau 1	Niveau 2	Niveau 3	Niveau 4	Total	1+2+3 2017
Répartition des bassins (en%)	6,0%	0,3%	6,0%	87,8%	**100,0%**	**12,2%**
Répartition de la population (en%)	1,9%	0,1%	3,7%	94,3%	**100,0%**	**5,7%**
Répartitions des praticiens (en %)	1,2%	0,1%	3,2%	95,6%	**100,0%**	**4,4%**

Source : URPS ML-AuRA, 2017

Le tableau n° 14 résume la situation des risques en termes d'impact sur les bassins d'activité, sur la population, sur les praticiens :

- plus d'un bassin d'activité de la région sur dix est soumis à un risque démographique.
- 75 bassins d'activité connaissent des niveaux de risque démographique des plus urgents (niveaux 1 et 2), soit 6,3 % des bassins.
- A l'opposé, 71 bassins d'activité sont soumis au risque démographique de niveau 3, niveau le moins urgent, soit 6,0 % des bassins.
- 6,0 % de la population régionale réside au sein de bassins d'activité soumis à un risque démographique, dont 2 % des niveaux de risque les plus urgents, de niveaux 1 et 2.
- 4,4 % des médecins généralistes libéraux exercent au sein de bassins d'activité soumis à un risque démographique, dont 3,2 %, soit 196 praticiens, par des risques de niveau 3, niveau le moins urgent. Mais 1,3 %, soit 78 praticiens, connaissent des niveaux de risque plus urgents de niveaux 1 et 2.

La question de la perte d'autonomie des personnes âgées en région Auvergne-Rhône-Alpes, à 5 et 10 ans

1. Les seniors en région Auvergne-Rhône-Alpes vus par l'INSEE

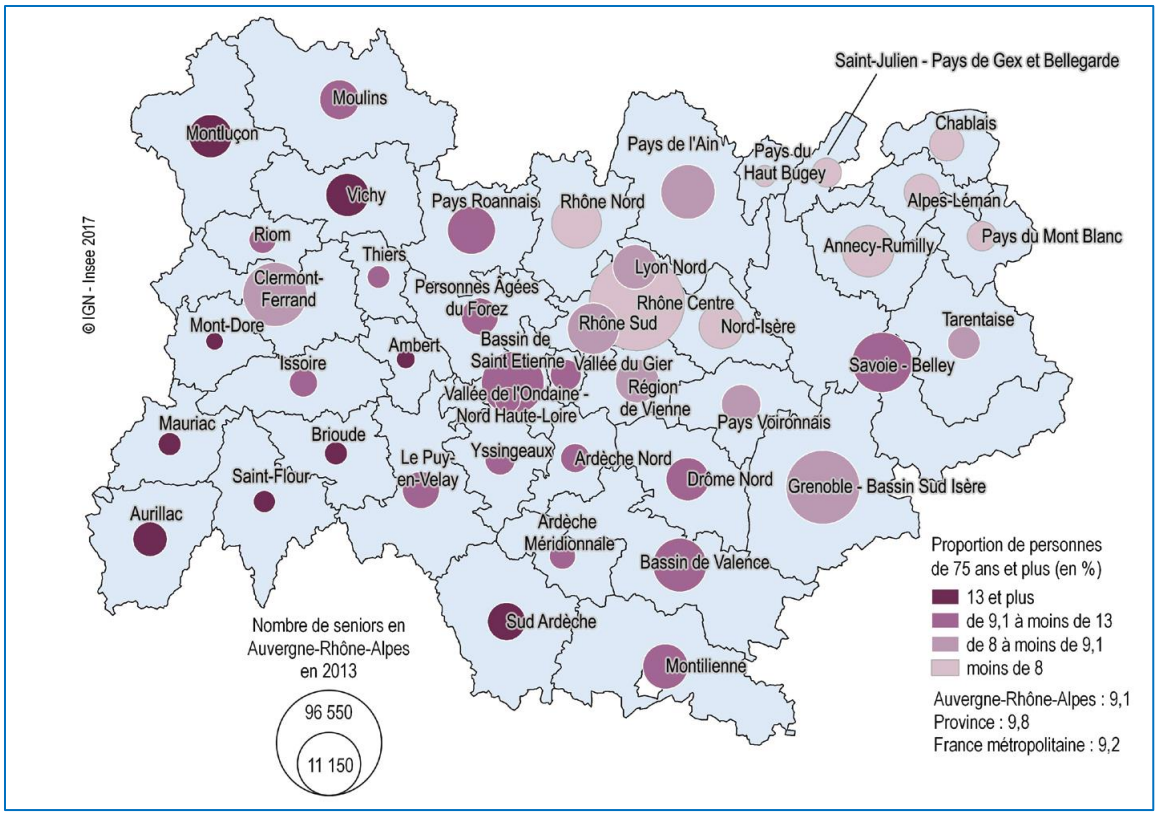
Dans son bulletin du 22 juin 2017, l'INSEE[28] déclare, sans ambages, s'agissant des seniors, c'est-à-dire des personnes âgées d'au moins 75 ans : "d'assez bonnes conditions de vie mais qui se dégradent avec la perte d'autonomie".

Quelques chiffres sur la répartition géographique des seniors dans la région

Le bulletin décompte **707 000 seniors**, soit 9,1 % de la population régionale, ce qui est une situation comparable à celle de la France métropolitaine. Il rappelle que l'espérance de vie est à présent plus longue de six ans, que les femmes sont plus nombreuses que les hommes, six sur dix, et qu'elles représentent 55 % des personnes de 75 ans, 65 % des personnes de 85 ans et 78 % des personnes de 95 ans.

La répartition des seniors sur l'ensemble de la région est loin d'être homogène. En effet, une part plus importante de seniors se trouve à l'ouest de la région et dans les territoires très peu denses. La proportion peut monter jusqu'à 13 % dans les territoires du Cantal, du sud de l'Allier, de Brioude, du Mont-Dore, d'Ambert et de Sud Ardèche (figure 1). À contrario, dans les territoires de Haute-Savoie et de Nord-Isère, les personnes âgées de 75 ans et plus représentent moins de 8 % de la population.

Carte n°1 : des seniors plus présents à l'ouest de la région
Nombre et part de seniors dans les territoires d'Auvergne-Rhône-Alpes



Un suivi démographique à étudier attentivement

Les politiques publiques, pour ajuster la carte des besoins, devront prendre en compte les inégalités de répartition des seniors. Dans le territoire de Mauriac, par exemple, la part des seniors est très élevée, soit 17,0 %, mais ne représente que 4 770 personnes. Par contre, les territoires de Rhône Centre et de Grenoble-Bassin Sud Isère, qui ont une assez faible part de seniors, de 7,7 % pour l'un et 8,4 % pour l'autre, ont par contre une population dont l'effectif s'élève respectivement à 81 720 et 49 560 personnes. La vigilance devra s'exercer, car ces territoires, où la part des seniors est mesurée pour l'instant, comme dans l'est de la région où le poids des 55 à 74 ans est assez élevé, pourront connaitre à l'avenir des poussées démographiques imposant d'adapter l'offre dédiée aux personnes âgées, en lien avec le maintien à domicile.

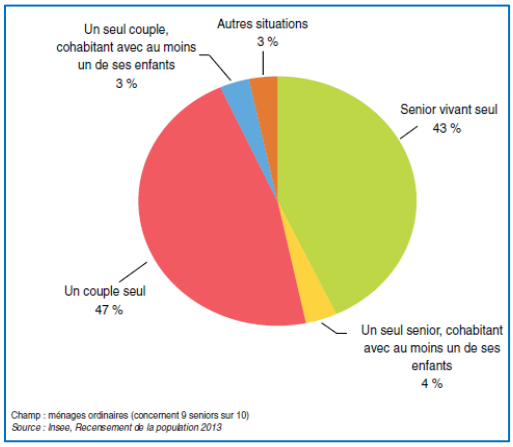
Les conditions de logement sont majoritairement favorables

Le bulletin de l'INSEE permet de constater que les seniors, lorsqu'ils se maintiennent à domicile, bénéficient d'une situation au niveau du logement plus favorable que celle des plus jeunes. L'habitat est plus vaste et en meilleur état. Souvent, ils sont propriétaires : c'est le cas de 83 % des ménages en couple et de 66 % des ménages avec un seul senior, contre seulement 51 % des ménages d'âge inférieur. L'absence de loyer est un facteur favorable. Par contre, cette population a des difficultés[29] au niveau des charges énergétiques pour chauffer des logements souvent anciens et plus vastes. C'est vrai pour 33 % des ménages avec senior, versus 19 % de l'ensemble des ménages d'Auvergne-Rhône-Alpes.

Si l'on souhaite maintenir le plus longtemps possible les seniors dans leurs logements, il sera nécessaire de favoriser leurs adaptations au vieillissement de leurs occupants. C'est une condition sine qua non du maintien à domicile et de la garantie d'une bonne qualité de vie des personnes âgées.

La solitude : dans la région, quatre seniors sur dix vivent seuls

Graphique n° 1 : répartition des seniors par type de ménage en Auvergne-Rhône-Alpes



Comme le montre la figure n° 2, la répartition des seniors, par type de ménage, met en évidence :

- qu'un senior sur dix est en EHPAD (établissement d'hébergement pour personnes âgées dépendantes) ou en établissement sanitaire,
- que neuf sur dix vivent dans un logement ordinaire.

Parmi celles et ceux qui restent chez eux, la proportion des seniors vivants seuls est de 43 %, dont 80 % de femmes,

47 % des seniors vivent en couple. Un score qui s'amenuise rapidement avec l'âge. A 75 ans, 64 % des seniors vivent en couple. A 85 ans, ils ne sont plus que 38 %.

La composition des ménages des seniors est un élément déterminant pour ajuster les actions à mettre en place. L'isolement est un facteur qui peut provoquer la dégradation des conditions de vie des personnes âgées à domicile et nécessiter l'institutionnalisation.

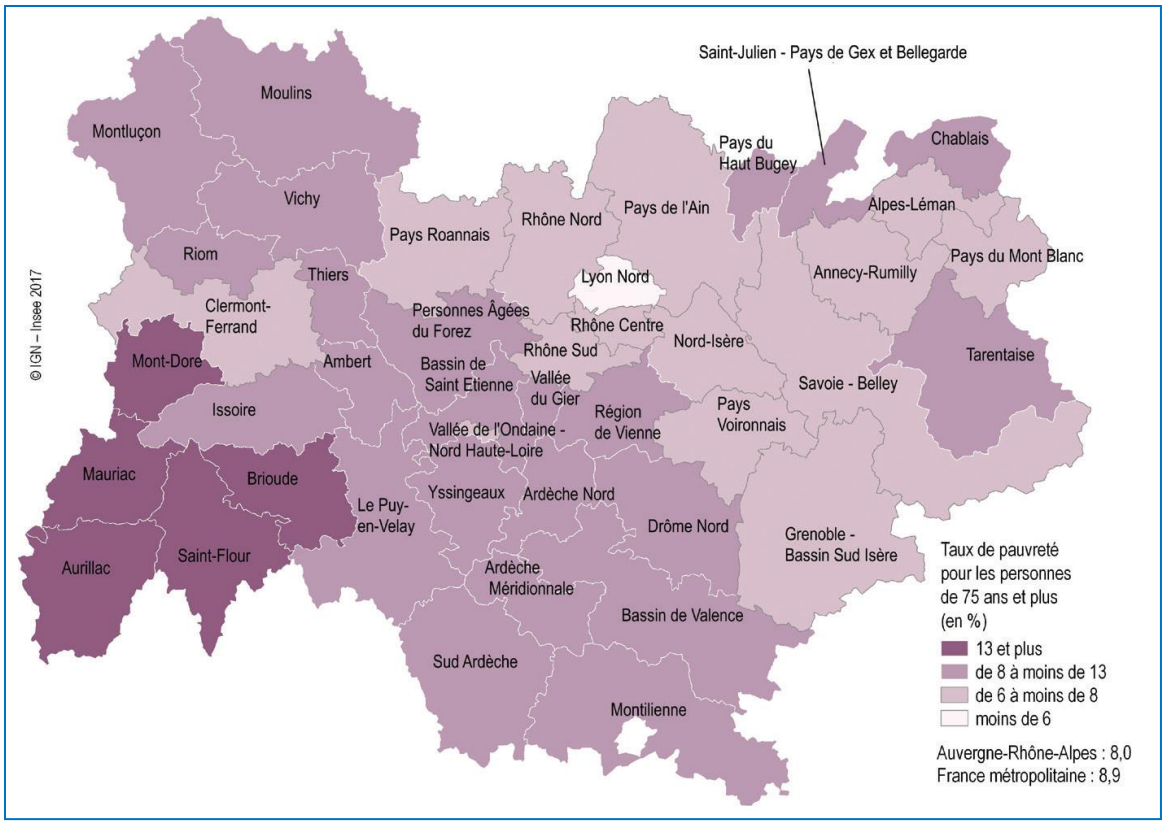
Le rôle de la famille comme aidant naturel est tout aussi important et il doit être évalué pour voir dans quelle mesure il peut être soutenu par les politiques publiques.

Le bulletin de l'INSEE pointe une autre difficulté : l'éloignement des services de santé, le médecin, l'infirmier, le pharmacien, les centres de secours, etc. … Il s'agit là d'une difficulté majeure qui contribue à ce que les personnes âgées voient croître en eux un sentiment d'isolement, voire d'abandon, qui les fragilise. L'INSEE rappelle tout à fait pertinemment qu'un nombre non négligeable de seniors sont à plus de 30 minutes d'un service d'urgence dans les territoires du Mont-Dore, du Cantal, de la Haute-Loire, du Sud Ardèche et de l'Allier.

Les seniors sont moins souvent touchés par la pauvreté que les plus jeunes

En moyenne, les seniors souffrent moins de la pauvreté. On compte 8 % de pauvres versus 8,9 % au niveau de la France métropolitaine. Leur niveau de vie est supérieur à celui des personnes de moins de 50 ans et leur taux de pauvreté, de 8 %, est bien inférieur à celui de l'ensemble de la population d'Auvergne-Rhône-Alpes, qui est de 12,5 %.

Carte n° 2 : Taux de pauvreté pour les personnes de 75 ans et plus (en %)
Source : Insee, Recensement de la population 2013



L'INSEE relève que le tiers des seniors les plus défavorisés a encore un niveau de vie supérieur au tiers inférieur de l'ensemble de la population française. Leur pauvreté est moins intense que celle des autres classes d'âges. A titre d'exemple, ils connaissent sept fois moins les retards de paiement et trois fois moins les problèmes d'insuffisance de ressources que l'ensemble de la population.

Il reste que la situation matérielle des seniors est assez contrastée suivant les territoires. Même si l'on ne recense sur la région et particulièrement dans le Rhône que 6 % des seniors sous le seuil de pauvreté, il faut déplorer des taux bien supérieurs dans les territoires de Saint-Flour (17 %), de Mauriac (16 %), du Mont-Dore (16 %) ou de Brioude (14 %). Dans le Cantal, la part des anciens agriculteurs qui bénéficient, du fait de très faibles retraites, de l'allocation de solidarité aux personnes âgées chez les 60 ans et plus, est la plus élevée (3,6 % contre 2,8 % pour la région en 2014). A contrario, dans le territoire de Lyon Nord, le taux de pauvreté des seniors est le plus faible (5 %) en lien avec une part d'anciens cadres très importante (28 %).

Le rapport de l'INSEE pointe précisément des territoires où les seniors cumulent des difficultés

Certains territoires cumulent une part importante de seniors avec des facteurs de fragilité :

- Un premier type de territoire se dessine, habité par des seniors, souffrant de solitude et ayant de très faibles ressources. C'est le cas des territoires de Moulins, Vichy, Riom, Thiers, Ambert, Issoire, Saint-Flour, du Bassin de Saint-Étienne et de la Vallée du Gier.

- Un deuxième type de territoire se caractérise également par une part de seniors importante et un taux de pauvreté supérieur à la moyenne, mais avec une proportion de personnes vivant seules moins élevée. C'est le cas de la partie sud de la région (hormis les territoires de Saint-Flour, Grenoble-Bassin Sud Isère et du Bassin de Valence) et du Mont-Dore.

- Enfin, dans un troisième type de zones, les seniors sont moins touchés par la précarité (ils sont moins souvent pauvres et vivent moins souvent seuls) et ils représentent une part moindre de la population dans les territoires du Pays Voironnais, du Nord-Isère, de Lyon Nord, du Rhône Nord, du Rhône Sud et du Pays du Mont-Blanc.

2. Quels parcours concevoir pour les personnes âgées en perte d'autonomie à l'horizon 2030 ?

La personne humaine, semble-t-il, est peu "équipée" pour comprendre et accepter avec facilité sa finitude. L'allongement de la vie ouvre à de nombreux possibles au regard des générations précédentes, sans éviter pour autant que la dernière étape du parcours de vie ne soit pas épargnée par des difficultés, des inquiétudes, que chacun s'efforce de surmonter …

L'Observatoire Régional de la Santé Auvergne-Rhône-Alpes a conduit en 2017, une étude prospective et qualitative qui aborde la problématique de la prise en charge et de l'accompagnement de la personne âgée de 75 ans et plus, en perte d'autonomie, à l'horizon 2030, s'appuyant sur les nombreux témoignages de professionnels et de responsables associatifs. Ce travail d'enquête qualitative permet d'aborder les caractéristiques essentielles du parcours de vie que l'on appelle la vieillesse ou "le grand âge", traversée par les ruptures, la dépendance, la maladie, voire le handicap.

2.1. Parcours et ruptures de parcours

Chacun, selon son statut, soit de professionnel de santé, soit de personne avançant en âge ou soit d'aidant familial, met des choses différentes sous les termes de "parcours" et de "ruptures de parcours", en fonction de son statut, de ses attentes, de ses objectifs, de son éthique.

Pour les professionnels du soin

Pour les professionnels, le parcours d'une personne âgée est appréhendé comme un cursus, dont les différentes étapes sont la scansion des prises en charge médicales ou médico-sociales, nécessitées par son état de santé et/ou son niveau de dépendance. Les prises en charge sont autant de réponses qui doivent être appropriées et graduées. Si ce n'est pas le cas, la rupture intervient dans le parcours de soins.

La typologie des ruptures de parcours est assez vaste :

- l'attente d'une solution pour la personne âgée qui peut être à domicile avec un faible niveau d'aide,
- les passages aux urgences hospitalières, alors que l'état de santé ne le justifie pas,
- les séjours "prolongés" en SSR (Soins de suite et de réadaptation) alors qu'il n'y a pas de soins de suite à prodiguer,
- les séjours prolongés à l'hôpital, alors qu'il n'y a plus de surveillance ou de soins médicaux ou post-chirurgicaux à réaliser. Ce maintien à l'hôpital présente un risque de désorientation de la personne âgée et également un risque de contracter une infection associée aux soins.

L'ORS Auvergne-Rhône-Alpes a le regret de constater des absences ou des inadéquations de prises en charge, pour certaines personnes âgées qui présentent des troubles du comportement importants. Les traitements médicaux nécessaires sont complexes, coûteux en temps et en ressources humaines. Cela peut amener les EHPAD (Établissement d'hébergement pour personnes âgées dépendantes), les SSIAD (Service de soins infirmiers à domicile), mais aussi les infirmiers libéraux ou même les SAAD (Service d'aide et d'accompagnement à domicile) à les "éviter".

Néanmoins, le rapport souligne que les soignants ont le souci de respecter la volonté de la personne âgée dépendante. C'est parfois difficile, quand la personne présente des troubles cognitifs importants. Aussi, est-il nécessaire que le grand public soit informé de la possibilité de rédiger des directives anticipées qui permettent d'exprimer ses souhaits concernant la fin de vie, pour les cas de limitation ou d'arrêt des traitements en cours, pour le transfert en réanimation, la mise sous respiration artificielle, l'intervention chirurgicale et le soulagement des souffrances, même si cela a pour effet de mener au décès. La règlementation française considère qu'une personne est en "fin de vie" lorsqu'elle est atteinte d'une affection grave et incurable, en phase avancée ou terminale[30].

Pour les aidants et les représentants des usagers

Les professionnels, avec logique, perçoivent le parcours de la personne âgée dépendante au travers des soins et des aides qu'ils lui prodiguent. Les aidants, les conjoints, les enfants, voient dans le parcours de leur aîné(e) la dernière étape de sa vie. Sur ce versant, on retrouve, étroitement mêlés, la volonté d'accompagner jusqu'au bout, la culpabilité, le souhait de ne pas abandonner la personne, les questions sur la qualité de l'aide apportée par les professionnels à domicile, les angoisses sur la vie en EHPAD, la crainte de l'isolement de la personne âgée, les risques de négligences, voire de maltraitances, etc …Sans

parler de la question des coûts associés à la prise en charge de la dépendance, que ce soit en EHPAD ou à domicile. Une charge lourde et difficile à supporter pour les familles modestes.

L'ORS Auvergne-Rhône-Alpes, pour documenter sa recherche, a multiplié les entretiens avec les représentants d'usagers. On retiendra, au travers des différentes expressions, une tonalité assez pessimiste :

- Le souhait largement exprimé par les personnes âgées est de rester chez elles le plus longtemps possible.
- L'EHPAD leur parait un choix par défaut. Les représentants d'usagers, souvent d'un certain âge, ont précisé qu'ils préféraient mourir plutôt que de devoir vivre en EHPAD. Pour eux, l'EHPAD, c'est la solitude, la collectivité avec des personnes, grabataires parfois, ne communiquant plus, la fin pour eux de leur vrai parcours de vie, l'abandon de leur "chez soi", etc. …
- Le "chez soi" dans de mauvaises conditions, fait tout aussi peur, comme angoisse la crainte de la contention chimique, physique, qui annihile la personne et contribue à dissoudre son identité, déjà mise à mal par les troubles cognitifs, les démences…

Le parcours de vie se termine quand la personne ne peut plus choisir, perd son enracinement et se retrouve seule. C'est ce que disent les personnes interrogées, qui, par ailleurs, s'investissent dans les EHPAD en devenant représentants d'usagers, en participant aux animations ou aux conseils d'administration. Souvent, peut-être, pour mieux accompagner leur parent ou leur conjoint, par une présence, une affection, une vie.

Pour les représentants d'usagers, il y a rupture de parcours et surtout dans le parcours de vie lorsque la personne âgée dépendante perçoit ce qui la limite et lui pose difficulté, tant au plan moral, mental que physique, que ce soit au domicile ou en institution. C'est une douleur somatique mal prise en charge, un problème de santé non soigné. C'est aussi l'aide à domicile qui est vécue comme une intrusion dans sa vie privée. Mais c'est aussi la tristesse, l'angoisse de la solitude … autant de perceptions qui peuvent conduire à une dépression, pas toujours identifiée ou suffisamment prise en charge.

Certains représentants d'usagers interviewés suggèrent que la "vie bonne" serait de partir avant de devoir entrer en EHPAD ou d'être très dépendant à domicile. A quelques reprises, le choix du moment de sa mort, pour échapper aux douleurs et à la dégradation, a été soulevé.

On notera enfin quelques divergences de point de vue entre professionnels et représentants d'usagers :

- Le passage par les urgences n'est pas considéré par les personnes âgées et leurs aidants comme une rupture, contrairement à ce qu'avancent les soignants.
- Les urgences sont vues comme un recours essentiel quand l'accès à un médecin généraliste disponible n'est pas possible ou quand les EHPAD et les USLD (Unité de soins de longue durée) manquent de ressources adaptées.
- A contrario, la solution "adaptée", la "bonne solution" proposée par les professionnels peut être mal perçue par la personne âgée dépendante, comme l'entrée en EHPAD pour une personne physiquement très dépendante mais sans troubles cognitifs.

2.2. Profilage des personnes présentant des fragilités et des risques de rupture de parcours

L'ORS a conduit un travail pertinent et courageux d'identification des personnes âgées présentant des profils fragiles susceptibles de conduire à des ruptures de parcours de soins. Elle a également préconisé, pour chacun des sept profils décrits dans le détail, les mesures et préconisations à respecter et prendre

jusqu'à l'horizon 2030. Ce travail, très documenté, permet ainsi d'identifier les personnes en souffrance, de mettre en œuvre les réponses les plus adaptées dans la prise en charge et l'organisation des soins, afin d'éviter des ruptures très préjudiciables et tout à fait contraires au respect des droits des personnes. La CRSA s'autorise à reprendre les préconisations de l'ORS, pour qu'elles deviennent des recommandations :

- **Les personnes ayant des troubles du comportement en lien avec des dégénérescences séniles**.

Il s'agit des personnes qui souffrent des troubles du comportement en lien avec la maladie d'Alzheimer, de démences frontales, de démences vasculaires. Les troubles peuvent être discrets, mais aussi se manifester par une agitation de la personne, une attitude agressive, voire violente, à l'égard des professionnels (infirmiers, aides-soignantes, auxiliaires de vie...) ou de leurs aidants ou des autres résidents de l'EHPAD. La prise en charge nécessite des moyens particuliers, en effectifs et aussi en qualification des personnels, afin que les personnes âgées ne représentent pas un danger pour les autres (agressivité) ou pour elles-mêmes (fugues, blessures). Ces personnes sont en nombre restreint en EHPAD, SSIAD, mais aussi SAAD et IDEL (Infirmier diplômé d'état libéral), faute d'avoir les ressources humaines en nombre et/ou suffisamment formées. Certaines personnes âgées concernées par ces troubles restent ainsi à leur domicile, parfois avec une aide minimale.

L'ORS identifie deux types de rupture : d'abord, le refus de prise en charge par les professionnels du fait des coûts et du surcroît de travail qu'impliquent ces personnes. Ensuite, la contention excessive. Certaines personnes sont parfois "maîtrisées" par des traitements sédatifs (contention chimique), dont les effets secondaires néfastes, voire quelquefois létaux, sont connus des professionnels, comme les risques d'affaiblissement des capacités cognitives, l'insuffisance rénale, l'insuffisance respiratoire, les problèmes cardiaques.... La contention physique, seule ou associée à une contention chimique, entraine de l'angoisse, de l'agressivité de la personne âgée et surtout des blessures (lorsque la personne est attachée à un fauteuil, un lit) ou encore un risque accru d'escarres.

- **Les personnes ayant des troubles du comportement en lien avec un problème de santé mentale ou une déficience intellectuelle.**

Il s'agit de personnes souffrant d'affections psychiatriques chroniques, plus ou moins stabilisées, ne relevant pas d'une hospitalisation en psychiatrie au long cours, mais avec des besoins somatiques et un degré de dépendance qui augmentent. Ces personnes, dont certaines ont pu avoir un parcours d'errance et de désinsertion sociale, sont fréquemment refusées par les EHPAD, mais aussi par les SSIAD, les SAAD et les IDEL. Du fait de leur comportement parfois agressif, elles posent aux professions à la fois des problèmes de surcroît de travail et de surveillance. Les personnels en ont parfois peur, ne savent pas toujours comment réagir à leur agressivité éventuelle et, notamment lorsqu'il s'agit de femmes (aides à domicile, auxiliaires de vie), craignent des formes de violence physique. À cela s'ajoute que la cohabitation avec d'autres personnes âgées, en EHPAD, est parfois très difficile, notamment lorsqu'elle est insuffisamment encadrée et organisée par les professionnels.

- **Les personnes concernées par une ou plusieurs pathologies somatiques lourdes**

Il s'agit de personnes qui souffrent de certaines maladies chroniques, un cancer, des problèmes cardiaques et cardio-vasculaires, une insuffisance rénale.... Elles peuvent être aidées à domicile ou accueillies en établissement. La prise en charge peut être lourde, impliquant des soins complexes, longs et coûteux.

Des difficultés peuvent surgir. Ce peut être parfois le cas avec la HAD (hospitalisation à domicile), si les soins de la personne maintenue à domicile sont longs. Un temps de soins complémentaire doit être organisé avec un cabinet d'IDEL, notamment la nuit et les week-ends. La coordination peut échouer dans certains cas, avec des risques de ruptures de soins, pendant les temps plus difficiles à couvrir et aussi plus onéreux.

Hors cadre HAD, les professionnels signalent que les soins longs sont chronophages et mal cotés. Pour certains professionnels, c'est un motif d'évitement. C'est le cas des SSIAD (Service de soins infirmiers à domicile) qui limitent leur temps d'intervention pour équilibrer leurs budgets. Même chose pour les IDEL (Infirmier diplômé d'état libéral), qui déplorent que certaines activités soient génératrices de déficit.

Pour les EHPAD, la situation est complexe puisque le budget "soins" dépend directement de l'établissement. Les EHPAD qui hébergent déjà plusieurs personnes ayant des maladies chroniques lourdes, nécessitant des soins importants, veillent à ce que les nouveaux arrivants ne souffrent pas de pathologies semblables. Les directeurs et professionnels des EHPAD déplorent cette situation qui pousse parfois le médecin traitant et les familles elles-mêmes à édulcorer, surtout dans le cas de pathologie psychiatrique, le dossier d'entrée afin de passer le filtre de l'acceptation en EHPAD. C'est dire l'exténuation des familles face à de telles impasses.

L'ORS pointe les risques encourus par certaines personnes âgées. Il n'est pas rare de découvrir, chez certaines personnes peu suivies médicalement à leur domicile, au moment de leur arrivée en EHPAD, certaines pathologies, à la faveur d'un bilan médical ou d'un changement de médecin traitant.

D'autres risques existent pour les personnes âgées souffrant de pathologies somatiques lourdes : être insuffisamment prises en charge à domicile et au final ne pas être acceptées en EHPAD. Dernier risque, non des moindres, aussi bien à domicile qu'en EHPAD, aucune garantie n'existe pour que ces personnes puissent être bien prises en charge au plan médical, du fait que des territoires sont sous dotés en médecin généraliste et que certains médecins ne se déplacent peu ou plus à domicile comme en EHPAD.

Enfin, dans l'enquête, plusieurs professionnels ont souligné l'accès insuffisant aux soins palliatifs quand la situation s'aggrave, et l'impossibilité des hôpitaux, eux-mêmes saturés de demandes, d'accueillir ces personnes. L'EHPAD devient de ce fait un lieu de "fin de vie", mais sans les ressources nécessaires pour y faire face correctement, d'autant que les places en USLD (Unité de soins de longue durée) font défaut sur certains territoires. La question de la prise en charge de la "fin de vie" constitue un défi pour les EHPAD d'ici à 2030.

- **Les personnes isolées au plan familial et social**

Il s'agit des personnes qui sont isolées, sans aucun aidant naturel dans leur entourage, ni conjoint, ni enfant, ni proche. Cet isolement familial et social peut avoir trois causes :

- la personne âgée n'a ni enfant, ni conjoint, ni proches parents.
- la personne âgée est en conflit avec ses proches ou n'a plus que des liens très ténus avec ses proches. Il arrive que les enfants soient en conflit, ne trouvant pas d'accord sur la solution de prise en charge à mettre en place et sur la participation financière de chacun.
- la personne âgée habite loin de ses enfants et de sa famille, du fait de l'emploi dans un autre département ou région. C'est fréquent dans les territoires très ruraux, où les personnes âgées ont volontairement choisi un lieu de retraite attractif. On s'y trouve bien durant les premières années de retraite, plus mal lorsqu'on rencontre les problèmes de santé et la dépendance. C'est le cas des territoires comme la Drôme (avec le Pays Diois, les Baronnies, le bassin valentinois…), mais aussi la Savoie, la Haute-Savoie et l'Allier avec les villes d'eaux (Vichy, Aix-les-Bains, Thonon-les-Bains…).

- **Les personnes concernées par un habitat, un quartier, inadaptés au vieillissement.**

Il s'agit de personnes qui vivent bien souvent en zones rurales, où l'on trouve encore des habitats très anciens, rustiques et sans confort, tant au niveau de l'alimentation en eau que du chauffage et de l'isolation. La ville possède également des logements inconfortables, insalubres, voire indignes. Pour les publics, souvent modestes, qui habitent ces logements, l'entrée en EHPAD n'est pas aisée du fait de la

modestie de leurs revenus et du fait que toutes les EPHAD ne sont pas habilitées par l'aide sociale. Le risque est que les personnes attendent l'extrême limite du maintien à domicile, dans un logement inadapté et dangereux, avant d'accéder à un EHPAD habilité à l'aide sociale, bien souvent trop éloigné du lieu de vie habituel de la personne âgée.

- **Les personnes dépendantes, précaires ou ayant de petits revenus : la double peine**.

Il s'agit des personnes précaires, une population touchée plus gravement que les autres composantes de la société par la mortalité prématurée. Ces personnes ont un état de santé plus dégradé après la retraite. La précarité se traduit souvent par un retard, voire un non recours aux soins. Elle aggrave tous les impacts négatifs liés au vieillissement et à la survenue de la dépendance.

Selon certains professionnels, les personnes ayant des revenus modestes, en cas de demande d'entrée en EHPAD, doivent aller vers les EHPAD habilités à l'aide sociale, souvent saturés en proximité. Ils sont alors dans l'obligation de s'éloigner de leur territoire de vie habituel. Cet éloignement provoque une rupture avec l'environnement social habituel et une coupure avec la famille de la personne âgée. Cet éloignement peut aggraver les risques de désorientation et de dépression.

- **Les personnes géographiquement éloignées des villes ou pôles de ressources.**

Il s'agit principalement de ruraux et de "néo-ruraux" qui se sont installés à la campagne au moment de leur retraite. La survenue de la dépendance vient tout remettre en question. Et la raréfaction des professionnels de santé, en milieu rural, qui les amènent à se déplacer de moins en moins à domicile, ne facilitent pas la vie des personnes âgées dépendantes.

La mise en place de soins à domicile est devenue très difficile en milieu rural. Les villes-centres sont éloignées. L'effondrement de la démographie médicale accroit les risques de non mise en place des soins ou de l'aide à domicile, mais aussi les risques de rupture de soins ou d'aide. Les SAAD et les SSIAD, qui estiment souvent que leurs déplacements sont mal indemnisés, peuvent alors être amenés à éviter les patients trop éloignés.

Il n'échappe à personne, pas plus aux professionnels qu'aux aidants et aux représentants d'usagers, qu'il est important de repérer les risques de "ruptures" dans le parcours de la personne âgée en perte d'autonomie, au moment où les prises en charge tardent à se mettre en place, quand elles ne s'installent pas ou, si elles s'organisent, ne sont pas ajustées aux besoins réels de la personne âgée dépendante. Toutes les conclusions de l'ORS, par leur pertinence, constituent une source importante de propositions en direction des politiques publiques et rejoignent en cela les préoccupations des usagers.

3. Vers une typologie qualitative des territoires au service des besoins des personnes âgées dépendantes

Toute politique de santé est la recherche d'un juste équilibre entre les besoins diversifiés d'une population et l'offre sanitaire et médico-sociale existante sur les territoires. Il est donc nécessaire de bien connaitre et d'associer les réalités des filières gérontologiques et des bassins de santé intermédiaires, aux contraintes et atouts géographiques, qui peuvent faciliter ou non les déplacements et donc les interventions à domicile des professionnels, notamment en zones rurales.

Le travail prospectif de l'ORS a tenu compte avec réalisme de ces paramètres, intégrant l'ensemble des données démographiques des personnes âgées de 75 ans et plus : les contraintes socio-économiques, les scores de fragilité sociale, le poids des facteurs sanitaires d'entrée dans la dépendance (données d'ALD et d'hospitalisation), tout comme l'équipement en structures sanitaires et d'hébergement médico-social, ainsi que l'offre de soins de premier recours et SSIAD.

Il s'agit donc, dans une telle recherche, non pas de s'opposer aux typologies qui existent déjà, mais bien plutôt de les compléter, de les affiner en pondérant pour chaque territoire ses atouts ou ses contraintes, avec le profil de la population locale, tant au niveau socio-économique qu'au niveau de son état de santé. Ainsi, chaque territoire, en fonction de son éloignement des ressources de santé, aura-t-il des solutions de prise en charge qui seront différenciées.

Le travail conduit par l'ORS a le mérite d'avoir habilement conjugué les données qualitatives et les données quantitatives, en intégrant les chiffres émanant de nombreuse études, publications et données statistiques déjà produites pour la région, par exemple : les taux de prévalence d'affection longue durée (ALD) pour les tumeurs de toutes causes, les taux concernant la maladie d'Alzheimer, les affections psychiatriques de longue durée pour 1 000 personnes âgées de 75 ans et plus, les taux de patients hospitalisés pour accident vasculaire cérébral (AVC), les chiffres de fracture du col du fémur pour 1 000 personnes âgées de 75 ans et plus. Mais aussi les données diffusées par l'Observatoire régional des situations de fragilité de la CARSAT Auvergne-Rhône-Alpes (score moyen de la fragilité sociale des retraités du régime général chez les personnes âgées de 80 ans et plus en 2015).

Ce travail de l'ORS, qui dresse un tableau général concernant les réalités épidémiologiques et socioéconomiques des personnes âgées de 75 ans et plus de la région Auvergne-Rhône-Alpes, peut être considéré comme une avancée de santé publique déterminante pour construire les politiques publiques de demain. Pour autant, il faut souligner que toutes les données sont loin d'être disponibles. C'est le cas des informations relatives à l'état de santé des bénéficiaires de l'APA (allocation personnalisée d'autonomie) qui n'ont pas été disponibles et croisées dans les études.

C'est aussi le cas des données relatives à l'état de santé des personnes dépendantes, les taux de recours aux SSIAD des personnes âgées de plus de 75 ans bénéficiaires et non bénéficiaires de l'APA, de recours aux infirmiers libéraux, à des aides à domicile. Tout comme manquent les besoins de places en EHPAD au regard des séjours indus/évitables à l'hôpital ou en SSR, les besoins de places médicalisées au regard des maladies chroniques et des personnes en fin de vie ayant besoin de soins palliatifs en EHPAD, l'état de santé des personnes âgées dépendantes prises en charge en SSIAD, mais aussi en EHPAD.

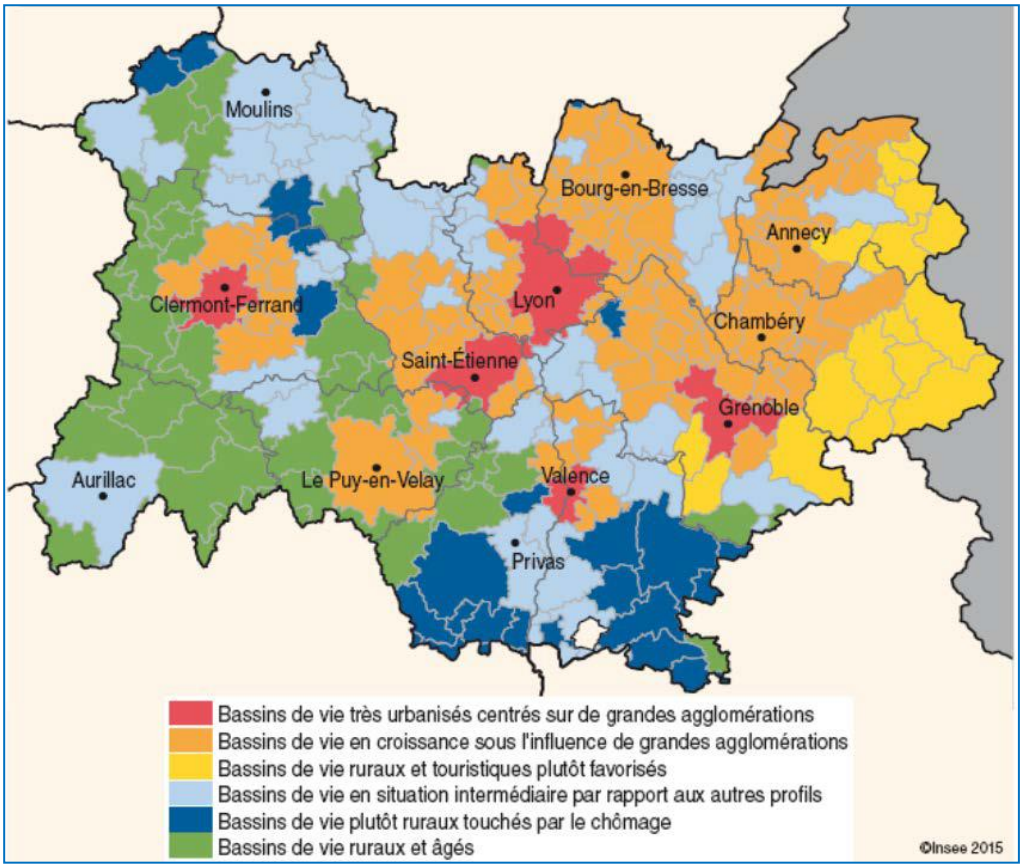
3.1. Des territoires régionaux bien différenciés qui présentent de réelles spécificités

Est-il nécessaire de redire qu'en zone rurale de montagne ou en zone rurale de plaine, en centre-ville de grande agglomération ou en centre-ville de commune moyenne, les seniors n'ont pas le même accès aux professionnels de santé, les mêmes possibilités de maintien à domicile ? La même présence de transports en commun adaptés, la même proximité de commerces et services publics, etc … Autant de facteurs déterminants qui jouent sur le maintien à domicile.

L'ORS présente une typologie des bassins de vie, exposant les réelles spécificités des territoires, qui laissent leur empreinte à la fois sur les besoins des personnes et sur le type d'aide qui peut leur être effectivement apportée à domicile. C'est ainsi qu'il a pu dresser, avec l'aide de l'Insee, plusieurs typologies de bassins de vie sur le territoire régional.

Des éléments sociodémographiques bien différents

Carte n° 3 : Typologie de bassins de vie en Auvergne-Rhône-Alpes

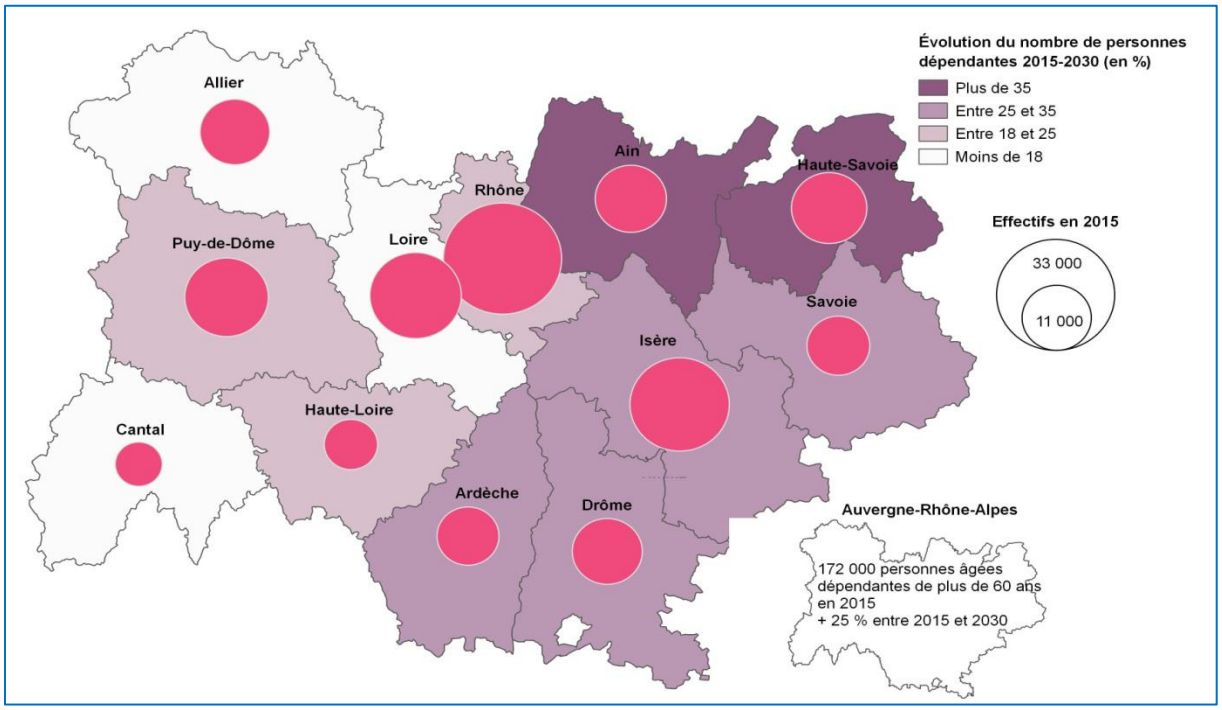


L'offre, notamment l'aide à domicile, s'organise en fonction des éléments sociodémographiques. Six bassins de vie apparaissent :

- les bassins de vie ruraux et âgés, concentrés en Auvergne et sur le plateau ardéchois.
- les bassins de vie plutôt ruraux, avec une plus forte fragilité sociale, dans le sud de l'Ardèche et de la Drôme, au nord-ouest de l'Allier ainsi qu'au nord du Livradois-Forez.
- les bassins de vie très urbanisés centrés sur de grandes agglomérations : Lyon, Grenoble, Valence, Clermont-Ferrand et Saint-Étienne.
- les bassins de vie regroupant des agglomérations polarisant de vastes territoires urbains, en croissance démographique : le Rhône, le nord de l'Isère, l'ouest de la Savoie et de la Haute-Savoie ainsi que le sud de la Loire. Côté auvergnat, ce profil de territoire se retrouve en périphérie de Clermont-Ferrand et dans la partie de la Haute-Loire sous l'influence de Saint-Étienne.
- les bassins de vie ruraux et touristiques plutôt favorisés situés essentiellement à l'est de la Savoie et de la Haute-Savoie, ainsi que sur le massif du Vercors, avec un tourisme très développé.
- les bassins de vie ayant des caractéristiques « moyennes », moins éloignés de l'influence des grandes aires urbaines que les territoires ruraux, dispersés sur l'ensemble du territoire régional.

Des territoires avec des spécificités démographiques importantes

Carte n° 4 - Nombre de personnes âgées dépendantes de plus de 60 ans en 2015 et évolution 2015-2030 par département

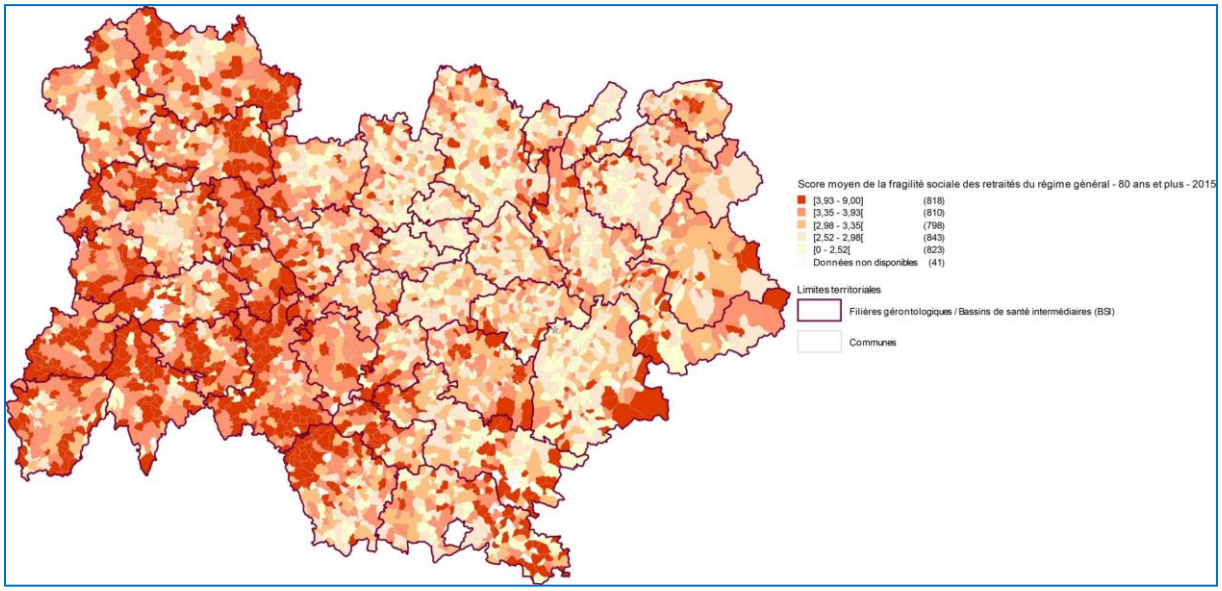


La proportion de personnes âgées est loin d'être identique sur l'ensemble de la région. Une certitude : la part des plus de 75 ans va croître fortement dans les prochaines années. Par voie de conséquence, la part des personnes âgées potentiellement dépendantes également. L'Insee prévoit que, de 2012 à 2022, le nombre d'Auvergnats âgés de 85 ans ou plus en situation de dépendance augmenterait de 32 %. C'est une hausse qui touchera les bassins de santé intermédiaires de Riom, Aurillac, Yssingeaux et Clermont-Ferrand. L'augmentation des besoins pourrait donc localement devenir massive dans quelques années.

Les prévisions de l'Insee alertent sur une augmentation qui touchera particulièrement les départements de l'Ain et de la Haute Savoie et dans une moindre mesure, les départements de la Savoie, de l'Isère, de la Drôme et de l'Ardèche. Par contre, les départements de l'Allier, du Cantal et de la Loire, où, pour certains, la part de personnes âgées dépendantes est déjà plus élevées qu'ailleurs, seront les moins impactés par cette augmentation.

Le profil socio-économique des personnes âgées, selon les territoires

Carte n° 5 - Score moyen de la fragilité sociale des retraités du régime général par commune - Population totale de 80 ans et plus – 2015 - Source : CNAV Observatoire des fragilités en Auvergne-Rhône-Alpes Exploitation : ORS Auvergne-Rhône-Alpes



Construire une typologie caractérisant des territoires, pour une meilleure prise en charge de la perte d'autonomie des personnes âgées

Il est nécessaire d'intégrer à l'analyse, pour saisir le retentissement des inégalités de santé, les besoins et attentes connus chez les personnes âgées dépendantes et leur entourage. C'est, par exemple, le moindre accès, pour les publics défavorisés, à l'information et à la prévention. C'est aussi la faiblesse de leurs revenus, la précarité, qui freine leur accès aux prestations de services, trop onéreuses. Et c'est aussi l'état de santé des personnes économiquement défavorisées, qui est globalement moins bon que celui des personnes appartenant à des milieux favorisés en termes de revenus et de niveau d'instruction. Enfin, la précocité de l'apparition de ces problèmes de santé, qui surviennent plus tôt que pour les personnes favorisées.

A partir du score moyen de fragilité sociale

La carte n° 5, que la CARSAT (Caisse d'assurance retraite et de la santé au travail) a élaboré, tient compte de ces éléments, dans une perspective de prévention des risques liés au vieillissement. Elle utilise un indicateur composite : **le score moyen de la fragilité sociale des retraités du régime général**. Cette cartographie permet, notamment, d'identifier les territoires d'intervention prioritaires sur le champ de la prévention des risques du vieillissement, et plus particulièrement auprès des seniors en situation de fragilité sociale. L'indicateur prend en compte : la population des retraités de 80 ans et plus du régime général, l'existence ou non d'une pension de réversion, comme indication sur la situation de personne isolée, tout comme l'exonération de la CSG, comme indication sur la fragilité économique.

Une inégale répartition des besoins de santé au niveau de chaque territoire

Les facteurs d'entrée dans la dépendance, selon la littérature, sont les maladies neuropsychiatriques, les pathologies cancéreuses et la fracture du col du fémur. L'entrée en dépendance peut être brutale, dans le cas des AVC par exemple ou progressive, dans le cas des maladies neurovégétatives. Ces difficultés de santé, qui peuvent entraîner une dépendance ou l'aggraver, ne sont pas également réparties sur tous les territoires, parmi toutes les populations (notamment publics favorisés ou défavorisés). Cette réalité impacte l'adéquation ou la non-adéquation entre besoins et réponses apportées localement.

L'ORS a utilisé les données territoriales de santé disponibles, notamment, les taux de prévalence en ALD des personnes de 75 ans et plus, pour la maladie d'Alzheimer, pour les affections psychiatriques de longue durée, pour le cancer, pour la maladie de Parkinson, pour les AVC et d'hospitalisation pour fracture du col du fémur.

Une étude englobant l'organisation locale de l'offre de soins, de la prévention et de l'aide à domicile

L'étude a pris en compte l'offre hospitalière (notamment en lits de médecine, comprenant les lits des unités gériatriques) et les services de soins ou d'aide à domicile que sont les SSIAD (aides-soignantes). Elle a aussi intégré à l'analyse la densité des médecins généralistes pour les habitants âgés de 75 ans et plus. Par contre, des éléments importants, comme l'âge de ces praticiens, leur temps de travail (Équivalents Temps Plein) et les délais d'accès n'ont pas été pris en compte.

Tous ces éléments constituent un premier niveau d'analyse, qui a été complété des informations quantitatives et qualitatives recueillies grâce à des entretiens auprès des personnels des filières gérontologiques et des BSI, mais aussi auprès de professionnels, comme les URPS médecins, infirmiers, masseurs-kinésithérapeutes et pharmaciens. C'est ainsi qu'ont été pris en compte les possibilités et enjeux du maintien à domicile, comme par exemple le recrutement et la fidélisation des aides à domiciles et auxiliaires de vie, les possibilités de recours à des services prestataires, les habitudes de recours aux aides et aux soins des personnes âgées, l'accès à des plateaux techniques hospitaliers complets et à des médecins spécialistes et enfin les contraintes liées à la modestie des revenus (voire à la précarité) des personnes âgées pour adapter leur logement ou se déplacer en voiture.

Quatre profils territoriaux bien différents

L'ORS a opéré un croisement entre toutes les données et a pu construire une typologie des filières gérontologiques et des bassins de santé intermédiaires d'Auvergne-Rhône-Alpes. Cette connaissance plus documentée permet d'évaluer l'adéquation ou l'inadéquation offre/besoins en santé. Quatre profils territoriaux se dégagent.

❖ *Des territoires "critiques" :*

C'est dans ces lieux que l'on observe un nombre important de personnes âgées de plus de 75 ans, présentant un état de santé globalement peu favorable, avec des indicateurs de précarité et des difficultés d'accès aux ressources (soins, mais aussi aides à domicile).

Une analyse plus fine permet de distinguer deux sous-catégories :

- **Les territoires où il est plus facile (ou moins difficile) de recruter des personnels dans les SAAD,** notamment du fait d'une faible dynamique économique locale qui place les SAAD en tête des employeurs locaux. Ces territoires sont les suivants : les BSI d'Yssingeaux, du Puy-en-Velay, de Vichy, d'Issoire et la FG (filière gérontologique) de l'Ardèche-Nord.
- **Les territoires en difficultés, où il est de surcroit difficile de recruter dans les SAAD,** ce qui peut rendre encore plus difficile le maintien à domicile, dans des territoires où les personnes âgées

sont par ailleurs très fragilisées (précarité, état de santé) : le BSI de Montluçon, de Moulins, d'Aurillac et la FG du Pays Roannais. Certains territoires ont très peu d'habitants et une problématique de distances en rural : le BSI de Mauriac et du Mont-Dore.

❖ *Des territoires de "vigilance" :*

Ils ont une démographie plus importante et un état de santé des personnes âgées globalement moins dégradé que sur les territoires "critiques". Pour autant, il existe des zones rurales avec des difficultés d'accès, une présence de catégories socioprofessionnelles fragiles, un manque de services de proximité et de professionnels de santé de premiers recours, des problématiques de transport et d'isolement, mais une bonne coopération des acteurs en présence.

Sont classés en territoires de "vigilance" : les BSI d'Ambert, de Brioude, de Saint-Flour, de Thiers, de Montilienne, de la Sud-Ardèche, de l'Ardèche Méridionale, de la Drôme Nord et les FG du Forez, de la Vallée de l'Ondaine-Nord Haute-Loire et de la Vallée du Gier.

❖ *Des territoires "intermédiaires" :*

Il s'agit de territoires qui ont une forte hétérogénéité socio-économique et géographique, qui comptent des villes bien équipées en filière gérontologique, en ressources de soins avec des centres hospitaliers et une offre sanitaire libérale de bon niveau. Avec, toutefois, des zones rurales ou urbaines plus pauvres, avec des quartiers en "politique de la ville" ou en "veille active", des zones rurales et montagneuses avec des problèmes de distances. Dans ces territoires, la couverture est insuffisante au niveau des SSIAD et/ou des SAAD, en lien avec des difficultés de recrutement de personnels.

Sont classés en territoires intermédiaires, les filières gérontologiques et BSI suivants : les BSI de Riom ; du Pays de l'Ain, les FG de Lyon-Nord, du Bassin de Valence, du Pays Voironnais, du Nord-Isère, du bassin de Saint-Étienne, de la région de Vienne, du Haut Bugey, de Savoie-Belley, d'Annecy-Rumilly et de la Tarentaise.

❖ *Des territoires "favorables" :*

Dans ces territoires, où la présence de catégories socioprofessionnelles favorisées et très favorisées est forte, l'état de santé est globalement meilleur ou de niveau équivalent à la région. L'offre médicale est de bon niveau.

Deux sous catégories sont distinguées :

- des territoires bien dotés, mais avec des problématiques de concurrence entre services (SSIAD et IDEL, IDEL entre eux, SAAD et services « prestataires ») qui brouillent la lisibilité de l'offre pour les personnes âgées et leurs familles. Des territoires, enfin, avec des populations en grandes difficultés (quartiers en politique de la ville ou en veille active), ou des zones très difficiles d'accès (rural et montagne). Sont répertoriés dans cette catégorie : les BSI de Clermont-Ferrand, les FG de Rhône Nord, Rhône Centre, Rhône-Sud et Grenoble Sud-Isère.
- Des territoires avec une large part de populations favorisées, mais qui sont à proximité d'une ville qui détourne les ressources locales d'aide et de soins à domicile, car elle offre de meilleurs salaires (par exemple Genève). C'est le cas des FG du Pays de Gex-Bellegarde, du Chablais, d'Alpes-Léman et du Pays du Mont-Blanc.

En conclusion

Difficile de conclure, sans saluer l'important travail conduit par l'Observatoire régional de santé de notre région.

Certes, comme toute synthèse, elle possède ses limites. Il est souhaitable que, dans les prolongements apportés à ce travail, les données qui n'ont pas pu être agrégées soient disponibles. La perte d'autonomie des personnes âgées est une problématique de santé publique qui implique, comme une priorité absolue, la mise en commun et le partage de toutes les informations anonymisées, utiles au progrès de la connaissance des acteurs, des partenaires et des décideurs, dont on attend qu'ils apportent les bonnes réponses aux problèmes soulevés.

Pour ce qui est de la CRSA, elle tirera un grand profit à faire siennes les recommandations de la synthèse élaborée par l'ORS Auvergne-Rhône-Alpes, à un moment où elle a validé le programme régional de santé, tout en exprimant des recommandations afin qu'il soit encore plus efficient.

L'étude de l'ORS est riche en propositions pour rendre plus efficaces la prise en charge et l'accompagnement des personnes âgées en perte d'autonomie, à l'horizon 2030. Elle est très utile pour comprendre les différents aspects de la dépendance, les facteurs de risque, nécessaire pour l'enraciner dans les réalités territoriales, indispensable enfin pour réduire les disparités géographiques de santé et les inégalités face à un accès de toutes et de tous aux accompagnements et aux soins. Elle constitue par là même un T0 d'indicateurs de fragilité, qui devront faire l'objet d'un suivi attentif tout au long du déroulement du PRS2.

Définition des sigles et acronymes utilisés dans le rapport

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 médico-sociaux
APL	Accessibilité potentielle localisée
ARS	Agence régionale de santé
ATIH	Agence technique de l'information sur l'hospitalisation
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
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
FAS	France Assos Santé

FIR	Fonds d'intervention régional
FSOEU	Formations spécifiques organisant l'expression des usagers
GHT	groupement hospitalier de territoire
HAD	Hospitalisation à domicile
HAS	Haute Autorité de Santé
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
TIC	Technologie de l'information et de la communication
TNS	Territoire de soins numérique
UCSA	Unité de consultation et de soins ambulatoires
UFC-Que Choisir	Union fédérale des consommateurs—Que choisir
UMD	Unité pour malades difficiles
URPS	Union Régionale des Professionnels de santé