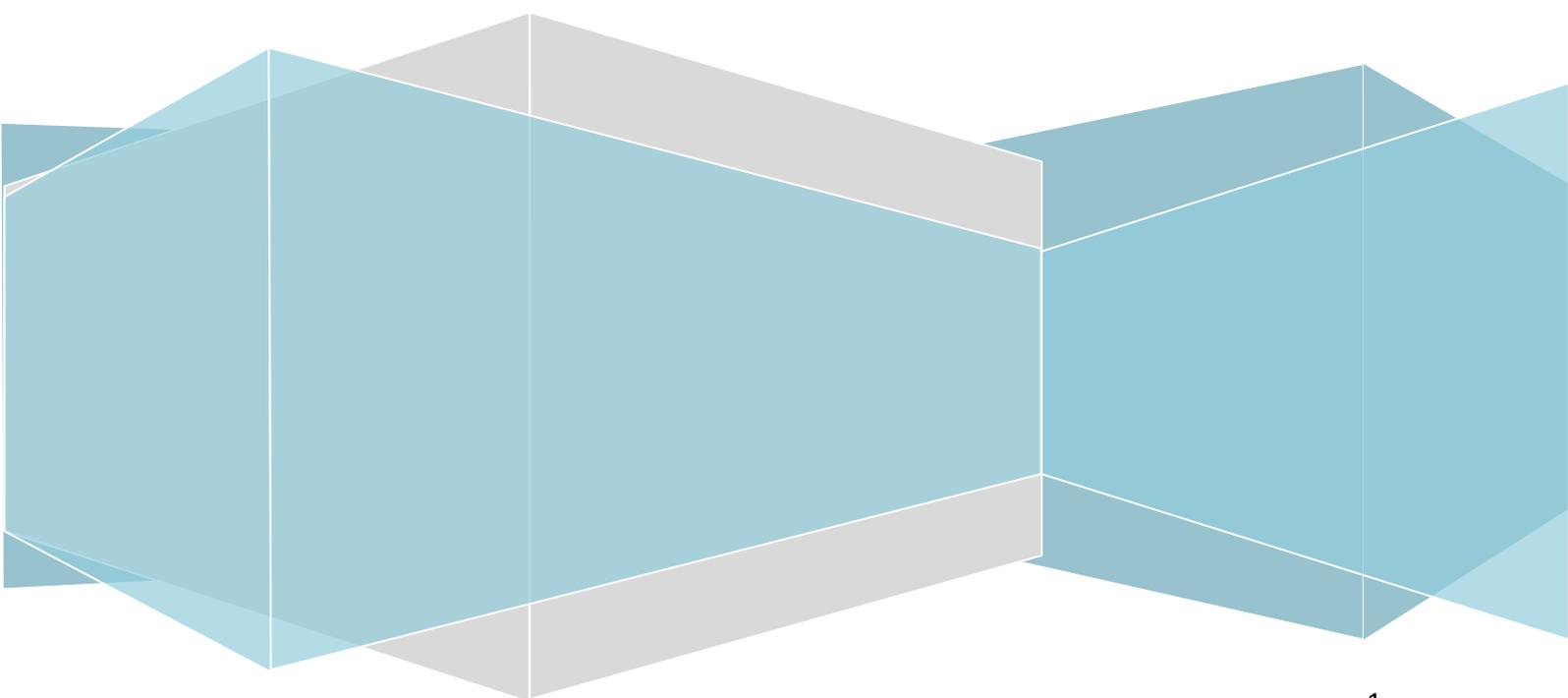


## **Rapport 2019 de la CRSA Auvergne-Rhône-Alpes** **Droits des usagers du système de santé**

Rédigé à partir des données 2018

Adopté en assemblée plénière le 16 janvier 2020



<b>Introduction du président de la CRSA, Christian BRUN</b>	<b>3</b>
<b>Avant propos du président de la CSDU, Jean-Pierre FLEURY</b>	<b>4</b>
<b>CHAPITRE 1 - Le respect des droits individuels des usagers</b>	<b>6</b>
1. Le baromètre annuel de satisfaction des usagers 2018 - DREES	5
2. L'avancée du DMP en 2018	9
3. La question de la maltraitance des personnes âgées	12
<b>CHAPITRE 2 - Egalité d'accès à la santé</b>	<b>26</b>
1. L'autisme - les troubles du spectre de l'autisme (TSA) et l'inclusion scolaire	27
2. La question de l'IVG des mineures	34
3. La question des addictions des mineurs au niveau de l'alcool, du tabac et des drogues	37
4. La question de l'accès aux médecins généralistes et spécialistes en région Auvergne-Rhône-Alpes	43
<b>CHAPITRE 3 - Qualité des prises en charge et accompagnements</b>	<b>49</b>
1. Mesure de la satisfaction des patients "e-Satis", hospitalisés pour une chirurgie ambulatoire - Campagne 2018 (E-SATIS MCOA)	50
2. Mesure de la satisfaction des patients "e-Satis", hospitalisés plus de 48 heures dans un établissement de MCO – Campagne 2018	59
3. Les niveaux de certification des établissements – HAS – 2018	67
<b>CHAPITRE 4 - Santé et environnement</b>	<b>69</b>
1. De l'environnement et de la santé	70
2. Les maladies respiratoires et la pollution de l'air	71
3. Les maladies respiratoires : broncho pneumopathies chroniques obstructives, asthme, allergies	79
4. Le saturnisme infantile – les logements insalubres	84
<b>CHAPITRE 5 – Le fonctionnement des commissions d'usagers dans les établissements de la région</b>	<b>88</b>
1. Quelques rappels sur le contexte législatif et les données d'information générales	89
2. Fonctionnement de la CDU, zoom sur la présidence de la CDU et les représentants d'usagers	90
3. Informations relatives aux évènements indésirables graves (EIGS) associés aux soins et à la gestion des réclamations (hors plaintes relevant du contentieux)	91
4. Le questionnaire de sortie et la mesure de la satisfaction des usagers et les documents d'information à destination des usagers	92
5. La formation des personnels	94
6. La politique liée à la qualité de la prise en charge et de l'accueil des personnes	94
7. Place accordée à la CDU dans la politique liée à la prise en charge	94
<b>Propos conclusif</b>	<b>97</b>
<b>Définition des sigles et acronymes utilisés dans le rapport</b>	<b>98</b>

# Introduction du Président de la CRSA

**Christian BRUN**

Le rapport 2018 sur la mise en œuvre des droits des usagers de la santé en Auvergne-Rhône-Alpes a été adopté lors de l'assemblée plénière du 16 janvier dernier.

Merci à vous toutes et à vous tous de ce beau vote, unanime, qui vient ainsi reconnaître la qualité du travail fourni, légitimer les constats ainsi que les préconisations proposées.

Comme quoi, même avec des sensibilités différentes, des intérêts divers voire divergents, il est possible d'élaborer collectivement un texte et co-construire un avis partagé; tout ceci grâce à une concertation réelle et active, respectueuse des personnes et des idées.

Merci en particulier aux membres de la CSDU et à son président, Jean-Pierre Fleury, pour tout le travail de recherche, d'auditions, d'analyse et de rédaction qu'ils ont conduit tout au long de cette année. Je sais combien cette tâche est exigeante et parfois difficile. Ils ont réussi ce beau challenge et, par son vote, la CRSA les en félicite.

A l'année prochaine pour une nouvelle aventure...

Christian BRUN, président de la CRSA Auvergne-Rhône-Alpes

# Avant-propos du Président de la CSDU

## Jean-Pierre FLEURY

### Vers un rapport annuel plus standardisé

Comme chaque année, la CSDU a rédigé le rapport annuel "Droits des usagers" de notre région, afin que l'assemblée plénière de la CRSA se prononce sur son contenu et le valide. Dans une deuxième étape, le Directeur général de l'ARS l'adressera à la Conférence nationale de santé (CNS). C'est, en effet, à partir des rapports des différentes régions que la CNS élabore son rapport annuel, destiné au Ministère de la Santé et des Solidarités.

Élément nouveau, le rapport 2019 s'est efforcé de tenir compte des recommandations de la CNS, qui, le 31/01/2019, dans le cadre de l'article 1432-42 du code santé publique, a proposé une actualisation du cahier des charges, afin que les régions rédigent toutes un rapport annuel standardisé, à partir d'indicateurs partagés, et par la CNS, et par les CRSA. L'ancien cahier des charges, qui datait de janvier 2013, est devenu obsolète.

L'objectif est de standardiser les rapports de toutes les régions, rendant ainsi possible une évaluation régionale de l'application et du respect des droits des usagers, dans les domaines de l'égalité d'accès aux services de santé et de la qualité des prises en charge sanitaires et médico-sociales. Cette démarche doit également s'appuyer sur une approche populationnelle, prenant en compte l'émergence de nouvelles problématiques, comme par exemple le virage ambulatoire ou les innovations technologiques, comme le DMP ou la e-santé. Cette nouvelle démarche suppose l'accessibilité à des indicateurs issus des bases de données médico-administratives et plus généralement du SNDS. Au final, le but est d'intégrer dans le rapport régional la production d'un tableau de bord annuel d'indicateurs. Une démarche rationnelle qui demandera encore du temps. Le nouveau "Health Data Hub", absorbant l'INDS, ne sera officiellement en place qu'au

1er décembre 2019<sup>1</sup>. Pour l'heure, la nouvelle plateforme reste encore en phase de tests autour d'une vingtaine de projets pilotes.

Le nouveau rapport "droits des usagers 2019", dans la limite des informations disponibles, a appliqué ces recommandations, en exploitant notamment, les informations relatives à l'égalité d'accès aux services de santé et à la qualité des prises en charge et des accompagnements. Il a suivi également l'évolution des droits des usagers, individuels et collectifs, afin d'identifier les inégalités sociales, territoriales et environnementales existantes, afin de pointer les nouvelles problématiques récurrentes, dans un souci d'équilibre entre les besoins de santé et l'offre de santé. Comme préconisé, il s'est intéressé à la problématique de la santé et de l'environnement. Il a fait le point également sur la vitalité des instances de démocratie sanitaire.

La finalité est d'adresser des recommandations pour améliorer l'accès aux droits existants ou pour faire évoluer la réglementation, afin de l'adapter aux nouvelles demandes des usagers. Un travail, long et patient, à renouveler chaque année si l'on poursuit l'objectif d'amélioration et de transformation du système de santé français.



Jean-Pierre FLEURY

Président de la CSDU

---

<sup>1</sup> Le gouvernement annonce la création officielle du Health Data Hub pour le 1er décembre 2019, dépêche AEF du 18.11.2019

# **CHAPITRE 1: Respect des droits individuels des usagers**

- 1) Le baromètre annuel de satisfaction des usagers 2018-DRESS
- 2) L'avancée du Dossier médical partagé (DMP) en 2018
- 3) La question de la maltraitance des personnes âgées

# CHAPITRE 1: Respect des droits individuels des usagers

## 1) Le baromètre annuel de satisfaction des usagers 2018-DRESS

Pourquoi faire référence au baromètre d'opinion 2018 édité par la DREES ?

Il est apparu intéressant de se référer au baromètre d'opinion<sup>2</sup> publié par la DREES (Direction de la recherche, des études, de l'évaluation et des statistiques), en 2018, pour trois raisons au moins :

- Tout d'abord, parce que la Conférence nationale de santé, en proposant une modélisation des futurs rapports annuels des CRSA, a inscrit le baromètre annuel de satisfaction des usagers, comme la première thématique du chapitre 1, concernant le respect des droits individuels des usagers.
- Ensuite, parce que la DREES, qui a été mise en place le 30 novembre 1998, est un organisme de référence qui fait partie du service statistique public (SSP), avec l'Insee et bien d'autres services statistiques ministériels.
- Enfin, parce que la DREES fournit des informations fiables et des analyses pertinentes dans les domaines du social et de la santé, qui permettent d'évaluer les politiques publiques sociales et sanitaires. La rédaction du rapport annuel "droits des usagers" s'inscrit, à l'évidence, dans un contexte social qu'il convient de mesurer avec la plus grande objectivité. Se référer aux travaux de la DREES, c'est recourir à un organisme dont les principes déontologiques sont codifiés et partagés au niveau européen, et dont la mission prioritaire est d'accompagner et d'évaluer les politiques publiques sociales et sanitaires.

### Quelques fortes tendances

En toile de fond du paysage social et de l'organisation de la santé, apparaissent nettement les préoccupations majeures des français :

- le niveau de pessimisme qui s'accroît,
- les inquiétudes profondes autour du salaire et du pouvoir d'achat, de l'avenir du système de retraite, de la pauvreté et du chômage, ainsi que de l'environnement,
- la problématique des inégalités, jugées de moins en moins acceptables, comme celles des revenus, de l'accès aux soins et enfin celles liées à l'origine ethnique,
- la montée du refus d'une baisse des prestations sociales, des allocations familiales, des allocations logement, des aides aux personnes handicapées et enfin des retraites,

<sup>2</sup> Baromètre d'opinion de la DREES - réalisé du 15/10 au 1/12/2018 à partir d'un échantillon de 3 037 personnes - communiqué de presse Paris, le 16 avril 2019

- un renforcement de la cohésion sociale, du sentiment de proximité, au niveau du quartier ou du village, mais aussi au niveau du sentiment national, ainsi que l'appartenance à une région.

### **Une tendance majeure : la perception qu'ont les Français de leur propre situation se dégrade**

Quelle opinion les Français ont-ils sur leur situation personnelle, leur santé, la protection sociale (assurance maladie, retraite, famille, handicap, dépendance, pauvreté et exclusion) ainsi que sur les inégalités et la cohésion sociale ?

- ❖ Huit Français sur dix estiment que les inégalités ont plutôt augmenté et vont continuer à augmenter.  
C'est sensible chez les ouvriers et les retraités, où la tendance est en hausse de 10 points sur 2017
- ❖ La part de ceux qui s'opposent à la baisse des retraites est de 88 %, de 86 % à celle des aides aux handicapés ou aux personnes âgées dépendantes et 78 % à celle des allocations logement.  
Des proportions en augmentation de 5 à 7 points en un an.
- ❖ 86 % des Français sont satisfaits de la qualité des soins offerts par les médecins généralistes, mais moins de la moitié le sont par les urgences hospitalières.
- ❖ 39 % des Français se sentent avant tout appartenir à la France, 21 % à leur commune ou quartier, mais seulement 6 % à l'Europe.
- ❖ Les français ne sont plus que 62 % (versus 73 % en 2017) à estimer que le système de sécurité sociale fournit un niveau de protection suffisant
- ❖ Parmi ceux qui sont favorables à une augmentation du revenu de solidarité active (RSA), seuls 20 % acceptent une augmentation de leurs impôts pour financer une telle hausse. En 2017, 40 % y étaient favorable.
- ❖ Les Français estiment que les personnes qui exercent la même profession qu'eux devraient gagner 20 % de plus.
- ❖ La qualité des soins dépend du revenu des personnes, pour six Français sur dix (+5 points par rapport à 2017), comme l'accès aux soins pour trois Français sur dix (+10 points).
- ❖ Plus de la moitié des habitants des grands centres et des «banlieues» plutôt défavorisées sont préoccupés par l'insécurité dans leur quartier, contre un peu plus d'un quart des habitants des campagnes.

## La cartographie médicalisée de l'assurance maladie : un bulletin de santé

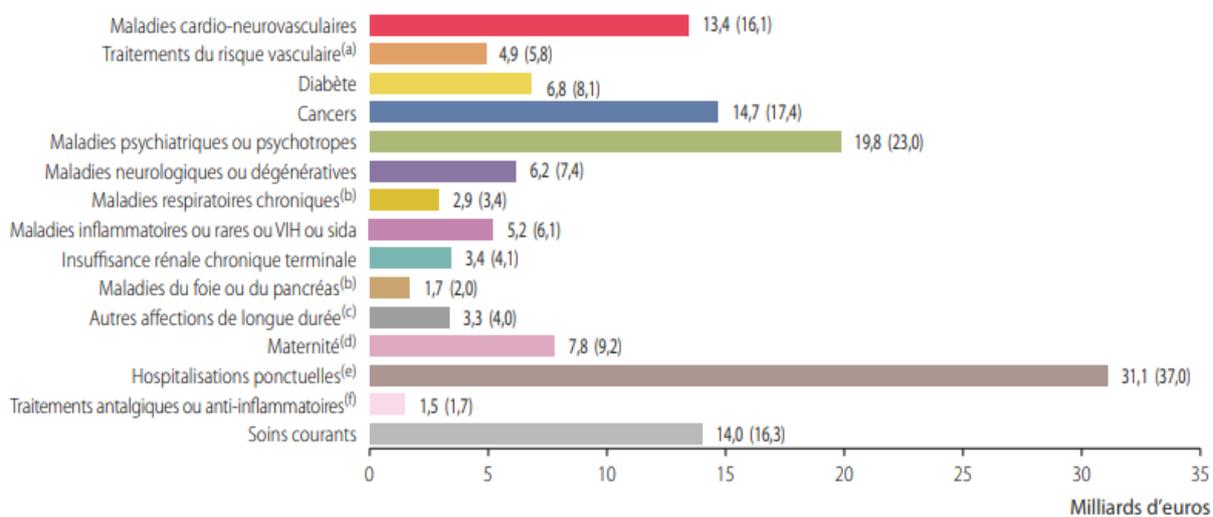
Les tendances enregistrées par le baromètre d'opinion des français peuvent interroger par le niveau d'inquiétude qu'elles expriment, face au chômage et à la pauvreté, comme elles peuvent rassurer, face au refus des inégalités d'accès aux soins et à l'attachement à la cohésion sociale.

Ce bulletin d'opinion, teinté de pessimisme, est à rapprocher du bulletin de santé des français que l'assurance maladie<sup>3</sup> publie chaque année depuis 6 ans et qui sert de guide au parlement pour construire le prochain budget de la sécurité sociale.

Le bilan que présente l'assurance maladie est également assez sombre : la tendance est à la hausse pour les maladies cardio-neuro-vasculaires, le diabète, les hospitalisations ponctuelles (un budget de 31,3 milliards d'€), les maladies psychiatriques et la consommation de psychotropes (20,3 milliards d'€). En 2017, c'est 1 188 500 patients qui sont pris en charge pour un cancer en phase active de traitement, avec le constat d'une accélération du nombre de cas, de 14,6 % de 2012 à 2017, soit 2,4 % par an. D'autres exemples pourraient être relevés, comme la progression du diabète ou les impacts du vieillissement de la population.

Face à ces considérations, il est important de rappeler que notre système d'assurance maladie est protecteur, redistributif et aujourd'hui universel. Il permet d'apporter des réponses aux besoins de santé de nombreux malades et solvabilise de lourdes dépenses que beaucoup seraient dans l'incapacité de supporter. C'est un bien commun à préserver. D'autant qu'il a des défis majeurs à affronter. Le premier est lié au vieillissement de la population et à la transition épidémiologique, qui se traduit par l'augmentation du nombre de maladies chroniques. Le deuxième défi porte sur l'organisation même de notre système de santé et les inégalités croissantes d'accès aux soins dans de nombreux territoires. Le dernier défi tient à la soutenabilité de notre modèle de protection sociale, qui impose de modérer la croissance des dépenses de santé.

### Répartition des dépenses d'assurance maladie en 2016 : 137 milliards d'euros pour le régime général (162 milliards d'euros pour l'ensemble des régimes)



En 2016, 136,6 milliards d'euros ont été remboursés par le régime général, dont 57,1 milliards d'euros pour les soins de ville (42 %), 61,0 milliards d'euros pour les soins hospitaliers (45 %) et 18,6 milliards d'euros au titre des indemnités journalières (14 %).

<sup>3</sup> Propositions sur les charges et produits de l'Assurance Maladie pour 2019 Cnam – Juillet 2018

## **2) L'avancée du Dossier médical partagé (DMP) en 2018**

### **Quelle est l'avancée du dossier médical partagé au niveau de la région Auvergne-Rhône-Alpes en 2018 ?**

Parmi toutes les nouvelles problématiques qui émergent, celles des innovations technologiques sont majeures. Le dossier médical partagé (DMP) y tient une place particulière. Ce thème est d'ailleurs inscrit en bonne place parmi tous les indicateurs partagés à suivre avec attention. La CNS, en effet, dans ses recommandations, inscrit "le nombre de DMP, ouverts et/ou renseignés", comme un des points forts du rapport annuel qui se veut commun à toutes les régions.

### **Qu'en est-il au niveau national ?**

Il se trouve que l'année 2018, sur laquelle porte le présent rapport, a été l'année de la relance et de l'ouverture officielle du DMP aux assurés sociaux, après la phase de test qui intéressait quelques départements. Pour rappel, la CNAM avait retenu, en 2017, neuf territoires pilotes, pour conduire une phase d'expérimentation du DMP : le Bas-Rhin, Bayonne (Pyrénées-Atlantiques), les Côtes-d'Armor, le Doubs, la Haute-Garonne, l'Indre-et-Loire, le Puy-de-Dôme, la Somme et le Val-de-Marne.

Le service a été lancé le 6 novembre 2018, avec un démarrage assez foudroyant : dès l'ouverture, du jeudi 6 au mercredi 12 décembre 2018, 240 090 dossiers sont créés. L'Assurance maladie annonce une cadence d'ouverture de plus de 200 000 DMP, chaque semaine en moyenne, sur les deux derniers mois de l'année 2018.

C'est ainsi que le jeudi 13 décembre 2018, la CNAM comptabilisait 3 millions de DMP. En 5 semaines, à peine, après le lancement officiel du service le 6 novembre 2018 ! Un résultat remarquable : 1,5 million de dossiers ouverts en deux mois, venus s'ajouter aux deux millions déployés pendant la phase de test.

Si on peut se satisfaire d'un tel élan, il faut néanmoins rappeler que l'objectif de 40 millions fixé par le ministère de la Santé reste encore assez éloigné. Pour autant, on ne peut que se satisfaire d'en finir avec les tergiversations et hésitations pour sa mise en place, qui auront duré une quinzaine d'années. Un record.

La CNAM, s'appuyant sur une étude de l'Organisation mondiale de la santé (OMS) en 2015, auprès de 53 pays de la zone Europe, avait recensé que 27 d'entre eux déclaraient disposer d'un dossier médical patient au niveau national. Les pays nordiques occupaient le haut du tableau : l'Estonie a mis en place son DMP en 2008, la Finlande et la Suède ont respectivement lancé leur dossier patient en ligne en 2010 et 2012.

### **Actuellement, comment l'utilisateur ouvre-t-il son DMP ?**

Le succès du DMP est certainement dû à la grande diversification des canaux d'ouverture. A l'heure actuelle on peut créer son DMP :

- dans les pharmacies (42 %),
- sur le site [dmp.fr](http://dmp.fr) par les patients eux-mêmes (36 %),
- en s'adressant aux caisses d'assurance maladie (18 %),
- par le biais des professionnels de santé libéraux ou en établissements de santé (4 %).

Nicolas Revel, le Directeur général de la CNAM, interrogé fin 2018, reconnaît que certaines difficultés existent. Dès lors que les usagers sont âgés. Il leur arrive en effet de perdre leurs identifiants lors de la connexion, d'éprouver des difficultés à activer leur code à usage unique envoyé par SMS lors de chaque utilisation du DMP.

Pour renforcer l'accès au DMP, il sera nécessaire de solliciter davantage les pharmaciens, de même que les infirmières. Dans le même esprit, la Cnam annonce une aide prochaine pour les Ehpad, sous la forme d'une aide financière permettant l'adaptation de leur système informatique pour transmettre dans le DMP le dossier de liaison d'urgence (DLU), obligatoire dans le suivi des patients âgés dépendants.

Nicolas Revel évoquera, commentant la période de lancement du DMP, les évolutions majeures des systèmes informatiques des hôpitaux, rappelant que 14 CHU sur 32 utilisent le DMP et que d'autres sont en train d'adapter leur système informatique pour être compatibles, dont l'AP-HP, qui a prévu de basculer en 2019. Enfin, il reste à motiver davantage les médecins libéraux, plutôt "circonspects" après 15 ans d'atermoiements autour du DMP, dans un contexte peu facile, où les éditeurs de logiciels ne s'empressent pas d'adapter leurs produits.

### Qu'en est-il au niveau de la région Auvergne-Rhône-Alpes ?

Dans notre région, la révolution numérique est en marche :

En Auvergne-Rhône-Alpes, **195 070 Dossiers médicaux partagés ont été ouverts, dont 63 226 sur le dernier mois et 27 140 dans le Rhône**<sup>4</sup>. Chaque personne rattachée à un régime de Sécurité Sociale peut désormais ouvrir rapidement son dossier.

Dès novembre 2018, la presse, qui suit la vaste campagne de sensibilisation, présente le Dossier Médical Partagé qui a été déjà testé dans le Puy de Dôme, comme un outil efficace que l'on ouvre en quelques clics. C'est un véritable carnet de santé numérique, désormais accessible à tous les habitants de la vaste région Auvergne-Rhône-Alpes. Au mois de novembre, la presse relève que 15 000 DMP sont ainsi créés chaque semaine en Auvergne-Rhône-Alpes.

Le slogan, "il n'est pas obligatoire, mais juste indispensable", fait mouche au moment où le ministère engage la généralisation du DMP. Il était temps : l'outil a été introduit par la loi du 13 août 2004.

On notera que la presse salue l'évènement avec enthousiasme. Elle se plaît à souligner que l'e-santé, avec le DMP, franchit une nouvelle étape. Elle relève que le DMP contribuera à améliorer le parcours de soins, car il rassemble l'ensemble des données médicales d'un patient (historique des soins, pathologies et allergies éventuelles), les comptes rendus d'hospitalisation, les traitements médicamenteux ou encore les résultats d'examen, en les rendant accessibles en temps réel à tous les professionnels de santé.

La presse insiste également sur le fait que le DMP permettra une meilleure prise en charge médicale. Le DMP est alimenté par les praticiens, hospitaliers ou libéraux, mais aussi par le patient lui-même, le Dossier Médical Partagé n'a pas pour seul objectif de concentrer les informations en un seul point. Un dispositif qui facilitera la coordination entre médecins, ainsi que la prise en charge en urgence, en cas notamment de déplacements de l'utilisateur.

Les professionnels de santé, comme les pharmaciens<sup>5</sup>, font part de leur soutien. "Le DMP permet d'éviter les interactions médicamenteuses, les accidents thérapeutiques, il nous renseigne sur les allergies éventuelles... Il permet aussi, à titre d'exemple, de limiter le risque d'être soumis à un

<sup>4</sup> France info 3 – Auvergne Rhône Alpes – 4 décembre 2018

<sup>5</sup> Laurent Spalvieri, pharmacien à Pierre-Bénite (Rhône)

examen, un traitement ou une vaccination déjà réalisés ou prescrits, ce qui, au passage, induira quelques substantielles économies du côté de la Sécurité sociale...".

Le DMP aura d'autant plus de sens qu'il sera adopté par tous. S'il est rempli par les usagers et renseigné par les professionnels de santé.

En ce qui concerne les patients et les usagers, ils se montrent favorables au dispositif, à 85 % selon le président de France Assos Santé région Auvergne-Rhône-Alpes<sup>6</sup>. Pour ce qui est des institutions, il en est de même. Que ce soit, à Lyon, le Centre Léon Bérard ou les Hospices Civils de Lyon ou l'ensemble des CHU de la région.

Si au niveau national, on relève que l'ouverture de DMP par les patients s'effectue à 42 % en officine, pour la région, il en est de même. Le score est en effet de 43 % ! Une des raisons vraisemblables, c'est que dans les pharmacies, les patients, et surtout ceux qui n'ont pas l'usage des outils numériques, bénéficient d'une aide technique précieuse. En effet, à la lecture de la carte vitale, une note alerte le pharmacien de l'ouverture ou non d'un DMP, qui peut donc être créé en direct avec l'accord du patient.

Il est prévu de faciliter l'usage du DMP. Une application gratuite et sécurisée existe pour les Smartphones et les tablettes. Il sera donc possible de l'avoir à portée de mains. Il est envisagé également d'intégrer dans le DMP un carnet de vaccination électronique et des directives anticipées pour la fin de vie.

Bref, dans notre région, la révolution numérique est en marche: 15 000 DMP s'ouvrent ainsi chaque semaine en Auvergne-Rhône-Alpes, avec un objectif d'un million de DMP, d'ici 2022.

### Recommandations de la CRSA concernant le DMP

CRSA Auvergne-Rhône-Alpes soutient la vaste campagne d'ouverture de DMP, lancée en direction des usagers. En effet, le DMP est un outil numérique qui permet à tout patient de conserver de manière sécurisée les informations qui touchent à sa santé et de les partager librement avec les professionnels de santé de son choix.

La CRSA soutient cette dynamique d'ouverture de DMP qui permettra à chaque usager de bénéficier d'un meilleur suivi médical sur l'ensemble du territoire français.

La CRSA, néanmoins, se **permet d'attirer l'attention de l'ARS sur le fait qu'une frange importante de la population** est écartée des outils numériques et qu'il importe de trouver des solutions afin qu'ils puissent exercer leur droit à l'accès au DMP.

La CRSA appelle l'ARS à déployer largement la e-santé : en accompagnant les usagers dans les changements d'usage et en soutenant les professionnels de santé intégrant l'outil dans leur pratique quotidienne.

<sup>6</sup> François Blanchardon, le président de France Assos Santé Auvergne-Rhône-Alpes

### 3) La question de la maltraitance des personnes âgées

Dans le cadre du respect des droits des usagers, la CSDU de la CRSA Auvergne-Rhône-Alpes avait abordé, en 2018, la question de la perte d'autonomie des personnes âgées d'au moins 75 ans, en Auvergne-Rhône-Alpes, à l'horizon 2030, s'interrogeant sur leur prise en charge et leur accompagnement.

Pour faire suite à ces préoccupations, il est apparu pertinent, en 2019, de poursuivre cette thématique, en questionnant tout ce qui fait obstacle aux droits des personnes entrant dans le "grand âge", d'autant que la CNCDH (Commission nationale consultative des droits de l'homme) a fait paraître, le 22 mai 2018, un avis<sup>7</sup> intitulé "Agir contre les maltraitances dans le système de santé : une nécessité pour respecter les droits fondamentaux".

La CNCDH, autorité administrative indépendante, fondée en 1947 à l'initiative de René Cassin, est dotée d'une mission de conseil auprès des décideurs publics en matière de [droits de l'homme](#) et de [droit international humanitaire](#), et d'une mission de contrôle des engagements internationaux de la France en ces matières.

La CNCDH, en 2018, tout en reconnaissant le haut niveau de performance du système de soins français, ainsi que la compétence et l'investissement du personnel soignant, a souligné néanmoins de sérieux dysfonctionnements. Cette autorité a évoqué les nombreux actes de maltraitance qui engendrent la souffrance des patients, des soignants et des aidants. Elle a souligné qu'il importait de mettre fin aux atteintes au droit fondamental à l'accès aux soins, appelant les pouvoirs publics à remettre l'humain au cœur du système de santé français.

Le rapport s'articule autour des points suivants :

- *La maltraitance, un sujet qui n'est plus tabou, mais qui reste peu documenté en indicateurs de santé publique, que ce soit au niveau national ou régional*
- *La maltraitance : formes et manifestations chez les personnes âgées, leurs soignants et aidants*
- *La transformation du système de santé est souhaitable, afin qu'il généralise la bientraitance et garantisse les droits des usagers*
- *Du côté des établissements de soins, les efforts de la HAS en direction de la bientraitance*

---

<sup>7</sup> Avis de la CNCDH - [Agir contre les maltraitances dans le système de santé : une nécessité pour respecter les droits fondamentaux](#), en date du 22 mai 2018, paru au J.O. du 03/06/2018, pages 62 à 105

## **La maltraitance un sujet qui n'est plus un sujet tabou, mais qui reste peu documenté en indicateurs de santé publique**

### **La maltraitance, un sujet fortement médiatisé aujourd'hui**

Aujourd'hui, l'atteinte grave aux droits des patients devient un sujet dont les médias s'emparent immédiatement, interrogeant aussitôt les autorités de tutelle. L'ARS Auvergne-Rhône-Alpes en a fait l'expérience, suite à l'alerte lancée, le 1er mars 2018, par Madame Adeline Hazan, Contrôleur générale des lieux de privation de liberté. Cette dernière a utilisé une procédure de recommandation en urgence à la Ministre de la santé, avançant l'existence de maltraitements médicaux au sein du Centre hospitalier universitaire de St Etienne. Dans sa procédure d'alerte, Madame Hazan faisait état d'une atteinte aux droits des patients et aux droits fondamentaux, sur des patients relevant de problèmes psychiatriques et signalait un "traitement inhumain ou dégradant", au sens de l'article 3 de la Convention européenne des droits de l'homme.

### **La maltraitance, un sujet médiatisé mais peu étudié**

La vaste question des droits d'accès des usagers au système de santé est largement documentée. Les travaux de recherche sont nombreux, en épidémiologie, en économie de la santé, en sociologie, en géographie de la santé, etc ... permettant ainsi d'identifier et de comprendre les problématiques liées aux inégalités sociales et aux disparités territoriales. C'est loin d'être le cas pour la question des discriminations et des maltraitements, notamment envers les populations les plus vulnérables, qui reste pour l'instant peu documentée. La maltraitance des aînés est restée longtemps un sujet tabou, a contrario des cas de maltraitance de l'enfant. Les violences envers les personnes âgées ou handicapées sont peu étudiées, mal recensées et, au final, peu reconnues par la société.

Pour autant, la maltraitance des personnes âgées est un phénomène de société inquiétant au niveau des droits de la personne. Il se manifeste souvent en maison de retraite, en milieu hospitalier ou au domicile personnel.

### **Un sujet difficile à évaluer**

Il existe peu d'études quantifiant la maltraitance des personnes âgées. On peut néanmoins citer celle de l'OMS<sup>8</sup> (Organisation mondiale de la santé) qui indique que près de 7 % des seniors français subissent chaque année un mauvais traitement, une agression orale ou verbale, l'ignorance, l'abandon, etc.

L'OMS signale par ailleurs le nombre très limité d'études rigoureuses. Elle mentionne :

---

<sup>8</sup> - Rapport européen sur la prévention de la maltraitance envers les aînés – OMS - Sous la direction de Dinesh Sethi, Sara Wood, Francesco Mitis, Mark Bellis, Bridget Penhale, Isabel Iborra Marmolejo, Ariela Lowenstein, Gillian Manthorpe et Freja Ulvestad Kärki - 2011

Pour les pays à revenu élevé ou intermédiaire, les estimations de la prévalence pour les types les plus courants de maltraitance sont de 1 à 9,2 % pour les abus financiers, de 0,7 % à 6,3 % pour les violences psychologiques, de 0,2 à 5,5 % pour les cas de négligence, de 0,2 à 4,9 % pour les violences physiques et de 0,04 à 0,82 % pour les violences sexuelles.

Au niveau des hôpitaux, maisons de retraite et établissements de soins de longue durée, les études sont rares. Cependant, l'OMS signale une enquête menée auprès du personnel des maisons de retraite aux États-Unis d'Amérique, étude qui fait état de taux de maltraitance élevés. Pour ce qui est des violences physiques infligées à un patient âgé, 36 % des membres du personnel ont dit avoir été témoins au moins une fois de tels faits au cours de l'année écoulée. 10 % ont reconnu avoir commis eux-mêmes, au moins une fois, un acte de violence physique à l'égard d'un patient âgé et 40 % ont dit avoir harcelé psychologiquement des patients.

### **En France, les chiffres du numéro vert, le 39 77**

La Journée mondiale de lutte contre la maltraitance des personnes âgées, fixée au 15 juin 2018, a permis de rendre compte du phénomène de la maltraitance. Tout comme la publication du rapport d'activité<sup>9</sup> du numéro vert, le **39 77**. Ce compte rendu détaillant l'activité des centres d'écoute, a livré d'importantes contributions permettant d'approfondir l'analyse des signalements de maltraitances et de mieux prendre en compte l'évolution de ce fléau, qui se manifeste sous de nouvelles formes d'abus et d'emprise à l'encontre des personnes fragiles.

En 2016, la plateforme nationale et les 55 centres d'écoutes présents dans 77 départements ont reçu 29 610 appels, contre 24 432 en 2014 et 23 630 en 2013. Ce rapport souligne les grands traits de la maltraitance, qui est d'abord psychologique. Il fait état des violences psychologiques, dans 30 % des cas (humiliations, insultes, menaces, ...), des atteintes physiques pour 13 % des cas et d'abus financiers pour 12,7 % des appels. Cela va des petits-enfants qui soutirent de l'argent au commercial peu scrupuleux.

---

<sup>9</sup> Rapport annuel d'activité 2016 de la Fédération 3977, " le courage de voir, le choix d'en parler" -



*Les chiffres du n° vert 3977 en 2018*

Le 18 avril 2019, la Fédération 3977, qui couvre 101 départements, a fait état, lors de son assemblée générale, d'un bilan d'activité alourdi par une recrudescence des alertes en 2018. Les appels, en deux ans, ont augmenté de 31 % (de 3 331 dossiers à 4 361 en 2018).

Cette progression est observée pour toutes les formes de maltraitance et l'interprétation de cette augmentation n'est pas univoque. La mise à jour des situations de maltraitance dans les établissements pour personnes âgées et la réprobation croissante exprimée par la société expliquent, pour une bonne part, les changements de comportement des témoins qui sont face à des situations de maltraitance chez leurs proches, ou pour des professionnels chez leurs patients.

La fédération 3977 estime que la part des maltraitements qui font l'objet d'une alerte est infime. Pas plus de 5 %. Elle rappelle également que le mot de maltraitance recouvre bien des situations : des injures ou des mesures vexatoires (28 %), des négligences de tous ordres (25 %), des contentions, des coups, des chutes provoquées (17 %), des vols, des détournements de biens (15 %), etc ... Les victimes de situations de maltraitance résident chez elles à 75 % et pour 25 % sont pensionnaires d'Ehpad.

Il faut avoir conscience que la maltraitance ne se produit pas uniquement dans les établissements de santé. Dans la majeure partie des cas, elle a lieu à domicile, dans l'intimité d'un appartement ou d'une chambre. La solitude et l'isolement installent ces situations et les font perdurer.

*Une urgence : recenser le nombre de victimes de la maltraitance*

La CNCDH fait l'amer constat qu'il n'existe aucun chiffre pour quantifier la maltraitance provoquée par le système de santé en France. Pas de statistique, ni au Ministère de la Santé, ni au Ministère de l'Intérieur, où existe une enquête large sur le cadre de vie et de sécurité, mais sans prise en compte de la spécificité des hôpitaux et des espaces dédiés au soin.

Au ministère de la Santé, on réfléchit encore à la mise en place d'un observatoire.

En 2013, Michèle Delaunay, l'ancienne ministre déléguée chargée des Personnes âgées, avait avancé le chiffre de 600 000 cas recensés en France, de maltraitance des personnes âgées, à domicile ou en maisons de retraite, soit 5 % des plus de 65 ans et 15 % des plus de 75 ans.

Il est important de passer à une autre étape, plus rigoureuse, pour mieux évaluer l'ampleur de la maltraitance, en connaître les facteurs de risque et les signes sur la santé, pour mieux protéger les droits des personnes qui en sont victimes.

### **La maltraitance : formes et manifestations chez les personnes âgées, leurs soignants et aidants**

L'avis publié par la CNCDH s'est largement employé à décrire toutes les formes possibles que désigne le terme générique de maltraitance, regrettant d'emblée qu'il n'existe pas de définition juridique, sinon celle du **Conseil de l'Europe**, qui considère que "tout acte, ou omission, qui a pour effet de porter gravement atteinte, que ce soit de manière volontaire ou involontaire, aux droits fondamentaux, aux libertés civiles, à l'intégrité corporelle, à la dignité ou au bien-être général d'une personne vulnérable" est maltraitance.

Pour l'**OMS**, la définition de la maltraitance des personnes âgées consiste "en un acte unique ou répété, ou en l'absence d'intervention appropriée, dans le cadre d'une relation censée être une relation de confiance, qui entraîne des blessures ou une détresse morale pour la personne âgée qui en est victime. Ce type de violence constitue une violation des Droits de l'Homme et recouvre les violences physiques, sexuelles, psychologiques ou morales ; les violences matérielles et financières ; l'abandon; la négligence ; l'atteinte grave à la dignité ainsi que le manque de respect".

La maltraitance est multiforme. Elle peut se traduire, selon la CNCDH, par "des paroles maladroites, discriminatoires ou insultantes, des humiliations, des négligences ou encore des violences physiques pratiquées de façon volontaire ou non par le soignant. Le non-respect du droit des patients, et notamment la question du droit au consentement libre et éclairé, sur lequel la CNCDH a déjà produit un avis, peut également être à l'origine d'actes maltraitants".

L'avis de la CNCDH, concernant la maltraitance dans le secteur de la santé, médical, médicosocial, constate prudemment, qu'elle "ne peut n'être que le résultat visible de dysfonctionnements systémiques, dont on constate l'aggravation : dépenses contraintes, effectifs limités ; elle peut être provoquée par des locaux insuffisants ou inadaptés à une prise en charge globale; elle peut résulter aussi d'habitudes et pratiques informelles".

La CNCDH parle même "d'un système (de santé) dont la logique arrive à son terme" et elle propose de dépasser la logique strictement économique pour privilégier un système de santé fondé sur l'humain. L'idée est d'admettre, dans un premier temps, que le système de santé actuel peut générer de la maltraitance et même s'opposer au droit fondamental à l'accès aux soins, pour ensuite proposer des pistes de réflexion et des recommandations permettant au système de devenir inclusif et bien traitant. N'est-ce pas mettre de côté un peu rapidement la responsabilité individuelle de chacun, qu'il soit parent, proche, aidant ou acteur de santé ? Est-il possible, juridiquement ou éthiquement, de s'exonérer de la responsabilité individuelle pour en appeler à celle, plus diffuse, du "système" dans lequel on est chargé d'une mission de soins.

## La maltraitance est définie avant tout par ses multiples formes

### ➤ *Au niveau des patients:*

Si la connaissance de la maltraitance souffre d'un déficit d'indicateurs la quantifiant avec précision, elle dispose par contre d'études qui en décrivent les principales manifestations. La CNCDH, dans son avis, a construit un essai de typologie, illustré d'exemples.

Au niveau des usagers, on citera :

Un premier versant, qui est celui des humiliations et de l'absence de dialogue, qui se traduit par :

- au quotidien, des attitudes et paroles maladroites, déplacées ou discriminatoires. Au niveau d'une personne âgée vulnérable, est maltraitant tout ce qui, dans la relation, sera humiliant, tout ce qui sera un déni de son identité et de son humanité. Le rapport s'appuie sur des situations banales, vécues au quotidien et cite les bonnes attitudes : obtenir la permission de toucher le patient avant un examen, frapper avant d'entrer dans une chambre, respecter l'intimité de la personne, etc ... Bonnes attitudes qui sont loin d'être la règle générale,
- l'absence de dialogue, les reproches, la minimisation des besoins et la présomption d'incapacité à comprendre les explications d'un soignant, le manque d'informations, les temps d'attente, les comportements qui visent à "punir", etc ...

Un deuxième versant, qui est celui du non non-respect des droits des patients et qui se manifeste par :

- le non-recueil du consentement libre et éclairé, pourtant obligatoire depuis la loi Kouchner de 2002.

Un troisième versant, qui est le refus de soins et qui se retrouve dans :

- les refus de soins, sans réorientation, encore trop nombreux et les indisponibilités de traitements.

Le quatrième versant, qui rassemble les cas les plus extrêmes:

- les traitements inhumains et dégradants, relevés et décrits par la Contrôleuse générale des lieux de privation de liberté, dans son rapport daté du 14 avril 2016, qui épingle des hôpitaux psychiatriques qui font un usage abusif des contentions et de l'isolement prolongé, conduisant leurs patients à ne plus pouvoir se laver, se changer et avoir accès à des vêtements propres.

### ➤ *Au niveau du parcours de soins des patients:*

L'avis du CNCDH continue sa typologie de la maltraitance en ciblant le parcours de soins, où la maltraitance est loin d'être absente.

C'est le cas de :

- la médecine libérale, où existe le refus de soins, sans réorientation vers d'autres spécialistes, mais aussi les discours maladroites ou moralisateurs, construits bien souvent sur des préjugés. Là aussi, les exemples relevés sont nombreux,
- à l'hôpital, la maltraitance se développe à partir du manque de consentement du patient, du manque de lits et de personnel, du manque d'information, de la surmédicalisation, de la surcharge de travail.

La CNCDH pointe l'absence d'indicateurs globaux et d'études permettant de mesurer l'étendue de ces maltraitances et discriminations.

➤ *Au niveau du parcours des soignants et des aidants*

L'avis de la CNCDH ne manque pas de mentionner les répercussions que peut avoir la problématique de la maltraitance dans la vie professionnelle des soignants et des aidants.

Pour ce qui est des soignants, à l'hôpital, elle signale qu'ils sont en grande souffrance et en quête d'une pratique plus humaine. Ils ont une mission professionnelle éprouvante. Soumis au surmenage, ils ressentent de l'épuisement, moral, physique, et bien souvent les deux. La CNCDH évoque également, après la situation de l'hôpital ou de l'EHPAD, celle de la médecine libérale qui connaît de fortes tensions.

Pour ce qui est des aidants, environ 11 millions de personnes, ils ont des charges très diverses : gestion des dossiers administratifs, coordination des rendez-vous médicaux et de l'arrivée de soignants, mais aussi toilette, écoute, ménage... Ils bénéficient, depuis la loi du 28 décembre 2015, relative à l'adaptation de la société au vieillissement, d'un statut défini par le code de l'action sociale et des familles (article L113-1-3), qui leur permet de bénéficier d'aides financières et de dispositifs répondant au besoin de répit. Leur santé morale et physique se ressent bien souvent des responsabilités qu'ils assument. Enfin, le rôle d'aidant a bien souvent un impact négatif sur la vie sociale, familiale et professionnelle de la personne concernée.

**La transformation du système de santé est souhaitable, afin qu'il généralise la bientraitance et garantisse les droits des usagers**

L'avis de la CNCDH comporte 32 recommandations développées sur 12 pages, qui répondent toutes à une logique argumentée et illustrée tout au long du rapport. Pour être clair, la CNCDH souhaite transformer profondément le système de santé. Ainsi fait-elle des propositions sur le financement du système de santé. Par exemple, la première recommandation propose de sortir de la logique économique et d'adapter les budgets de la santé aux besoins de santé de la population et donc de fixer les prévisions de croissance de l'ONDAM (Objectif national de dépenses d'assurance maladie), chaque année, à 4 % et d'abandonner "le principe de tarification à l'activité qui favorise paradoxalement la concurrence entre les établissements et l'accroissement des dépenses". Elle en fait bien d'autres, sur l'architecture de l'assurance maladie, la politique du médicament, la formation des soignants, etc ...

Toutes les recommandations formulées par la CNCDH ne manquent pas d'intérêt. C'est ainsi qu'elle fait des propositions dans diverses directions : le financement de l'Assurance maladie et de sa structure (recommandations n° 1 et 5), les manquements à la déontologie médicale (recommandation n° 4), la politique du médicament et de la recherche médicale (recommandations n° 6, 8 et 9), la politique de prévention (recommandations n° 10 et 11), l'organisation des établissements de santé et leur encadrement (recommandations n° 14, 15, 16 et 17), la formation des professionnels de santé (recommandations n° 18, 19, 20, 21), les tarifs de rémunération des médecins (recommandations n° 22 et 23), l'organisation du système hospitalier (recommandations n° 24, 25, 26), l'organisation de l'assurance maladie (recommandation n° 27, les problèmes de démographie médicale et de maillage territorial (recommandations n° 28, 29).

Plus directement, et dans le cadre de réflexion de la CSDU, il est intéressant de mentionner, afin de faire progresser la lutte contre la maltraitance :

- ❖ **la recommandation n° 2**, qui souhaite la mise en place d'une collecte de données relative aux actes de maltraitance envers les usagers et la création d'indicateurs spécifiques.
- ❖ **la recommandation n° 3**, qui propose la mise en place d'une politique publique de lutte contre les maltraitances dans le système de santé, pilotée en concertation avec les différents ministères et institutions concernées, et appuyée sur l'évaluation systématique de l'impact des réformes sur les plus pauvres et les plus discriminés.
- ❖ **la recommandation n° 12**, qui préconise de garantir l'effectivité du droit à l'accès au dossier médical.
- ❖ **la recommandation n° 13**, qui demande que la représentation des usagers soit en nombre suffisant pour avoir une influence dans toutes les instances de décision des établissements de santé et dans toutes les institutions et administrations publiques chargées de la politique de santé.
- ❖ **la recommandation n° 18**, qui souhaite que soit repensée la formation des médecins, en renforçant la pratique clinique et l'éthique.
- ❖ **la recommandation n° 27**, qui propose la création d'une base de données en ligne sur le site Ameli, accessible à tous, indiquant les cabinets, structures de santé et centres d'examens ou laboratoires d'analyses accessibles aux personnes en situation de handicap et disposant de l'équipement adapté.
- ❖ **la recommandation n° 30**, qui demande de développer l'accompagnement des aidants, afin de les soulager, notamment en rendant effectif le droit au répit.
- ❖ **la recommandation n° 31**, qui souhaite la mise en place d'un plan national de développement de la formation des aidants
- ❖ **la recommandation n° 32**, qui souhaite la parution d'une charte des aidants, afin de faire mieux reconnaître leur rôle, leur besoin de protection et la nécessité d'une réelle collaboration entre soignants et aidants.

## QUELQUES RECOMMANDATIONS

La CRSA prend acte avec intérêt des orientations du rapport de Dominique Libault qui, préfaçant la future loi Grand âge et autonomie, propose parmi toutes ses mesures, de renforcer l'attractivité des métiers autour du grand âge, d'améliorer la qualité du service à domicile ou en EHPAD, de défendre la dignité et les droits des personnes avançant en âge, afin qu'elles puissent choisir librement de rester à leur domicile, tout en renforçant la solidarité nationale.

Aussi, la CRSA propose :

- ✚ Le renforcement de la promotion de la bientraitance et la poursuite du suivi annuel des événements indésirables à l'encontre des usagers du système de santé, pour une application totale de l'effectivité de leurs droits à tous les usagers du système de santé,
- ✚ La permanence de l'éthique dans la formation de tous les professionnels de santé,
- ✚ La parution d'une charte des aidants, accompagnée d'un plan national de développement de leur formation et du renforcement de toutes les mesures favorisant leur accompagnement,
- ✚ L'accroissement de l'information en direction des personnes en situation de handicap, des personnes fragiles, souffrant de discrimination ou de maltraitance.

## Du côté des établissements de soins, les efforts de la HAS en direction de la bientraitance

La HAS, depuis plusieurs années, s'est fortement engagée sur le sujet de la maltraitance. Depuis 2010, elle travaille en partenariat avec la FORAP (Fédération des Organismes Régionaux et territoriaux pour l'Amélioration des Pratiques et organisation en santé), afin de promouvoir la bientraitance dans les établissements de santé.

Reconnaissant que la promotion de la bientraitance est un enjeu majeur pour le système de santé aujourd'hui, elle a intégré, dans la démarche de certification des établissements, une évaluation de l'engagement de chaque établissement au niveau de la prise en charge de l'utilisateur, l'accueil de son entourage, afin de promouvoir le respect des droits et libertés. Cela inclut l'écoute, la prise en compte des attentes et la prévention de la maltraitance.

Il s'agit d'une démarche globale qui s'adresse aux acteurs de santé, à l'institution et qui se construit sur l'association constante des usagers et de leurs proches aux décisions qui sont retenues.

On retiendra, dans la démarche de la HAS, qu'elle s'appuie sur la construction du processus de lutte contre la maltraitance sur plusieurs étapes :

- L'identification et l'analyse des risques par l'établissement, en lien étroit avec les représentants des usagers de la CDU,
- L'assurance, par l'établissement, que toutes les mesures ont été prises pour permettre le respect et la confidentialité des informations relatives au patient et favoriser également l'expression des usagers et de leurs proches.

Pour réaliser cet état des lieux, la HAS rappelle aux établissements qu'ils peuvent s'appuyer sur les résultats des questionnaires de satisfaction, les audits en interne, dont les événements indésirables, le suivi des plaintes et réclamations, l'écoute des patients, des membres des instances, des professionnels, les enquêtes bientraitance, les échanges avec les bénévoles associatifs intervenant dans les services, avec la maison des usagers quand elle existe, les informations et éléments d'analyse dont disposent les représentants des usagers.

Cette première démarche permet de définir des priorités d'amélioration pour la prise en charge des patients, de repérer les droits non mis en œuvre ou difficiles à mettre en œuvre pour les professionnels.

La HAS, très pédagogue, donne des exemples, au niveau d'un établissement, de l'existence d'une politique de bientraitance :

- L'inscription de la promotion de la bientraitance et du respect des libertés individuelles dans les orientations stratégiques de l'établissement (projet médical, projet de soins, projet social, etc.),
- Le développement de l'information et de la communication avec le patient, pour lui donner les moyens de prendre en charge sa santé, de dialoguer avec les professionnels de santé et les représentants des usagers,
- La mise en place d'objectifs et d'indicateurs mesurables, déclinés par secteur d'activité.

La HAS invite fortement les établissements à mettre en œuvre un programme d'amélioration et elle donne, dans le guide thématique des experts visiteurs de 2014, là aussi, de nombreux exemples d'amélioration, comme :

- la distribution de questionnaires de sortie,
- la mise en place d'entretiens d'infirmiers avec les personnes hospitalisées pour préparer la sortie,
- l'organisation d'un espace d'échange avec les usagers,
- la création d'une maison des usagers, etc ...

La HAS prévoit, dans le cadre du développement d'une politique de bientraitance, qu'une structure pilote soit définie en lien avec la CDU. Elle en définit les missions, sa composition et son mode de fonctionnement. Ce peut être un chargé des relations avec les usagers (temps plein ou temps partiel) ou un médecin médiateur.

Cette organisation, ainsi déployée, permettra d'identifier les besoins en formation initiale et continue, pour l'ensemble des professionnels concernés, dans les registres suivants :

- les modalités de signalement des cas de maltraitance,
- les modalités d'accueil et d'accompagnement de l'entourage,
- l'organisation de l'accueil des enfants hospitalisés, tenant compte de la présence en continu des parents,
- l'organisation relative à l'information donnée au patient,
- l'organisation permettant le recueil du consentement éclairé et, le cas échéant, du refus de soins,
- le processus d'information du patient en cas de dommage lié aux soins,
- l'accès du patient à son dossier.

La HAS donne des exemples de formation : sur la bientraitance, sur les droits des usagers, sur les rites et religions, sur la collaboration avec les usagers, sur la médiation, sur l'accueil des personnes en situation de handicap, en situation de précarité sociale, sur l'accueil des accompagnants des patients, etc ...

Le guide donne également des exemples de documents d'information des patients, citant tous les domaines qui doivent être traités :

- le livret d'accueil, qui comporte un chapitre sur les droits des patients, présente la CDU et indique les moyens de contacter les représentants des usagers, les procédures de signalement des situations de maltraitance, de recueil du consentement, de désignation de la personne de confiance, de recueil des directives anticipées, de délivrance d'information médicale, d'annonce du diagnostic, d'un dommage associé aux soins, de mise en place de contention, d'accès au dossier médical, d'accueil des proches, de recueil de l'expression des usagers (notamment plaintes et réclamations) et de leur traitement,

Toutes ces mesures supposent que l'établissement a adapté ses locaux, son équipement et sa signalisation pour répondre aux besoins et attentes des usagers.

Le déploiement d'une telle politique implique que tous les secteurs d'activités (logistique, médical, soignant, médico-technique et administratif) se soient saisis des enjeux liés à la promotion de la bientraitance et au respect des droits des patients, en lien avec les orientations de l'établissement.

Les pratiques sont conformes dès lors que les procédures, les protocoles, les consignes prévoient, dans le dossier, la traçabilité effective de la douleur, le recueil du consentement du patient, la désignation de la personne de confiance, l'information du patient, le recueil de ses attentes, le respect de sa dignité, etc ...

### **Du côté de l'ARS Auvergne-Rhône-Alpes, le signalement des événements indésirables**

#### **➤ *Aujourd'hui, un cadre juridique***

L'ARS rappelle, dans une fiche<sup>10</sup>, que la loi de modernisation du système de santé du 26 janvier 2016 instaure une base législative et réglementaire pour le signalement d'événements indésirables. Il s'agit, entre autres, de renforcer la protection des personnes âgées et/ou en situation de handicap, accueillies dans les établissements et services médico-sociaux (ESMS) qui ont l'obligation d'informer sans délai l'agence régionale de santé et le conseil départemental, des cas de dysfonctionnement graves dans leur gestion ou leur organisation, susceptibles d'affecter la prise en charge des usagers, leur accompagnement ou le respect de leurs droits. Ils doivent également signaler tout événement, quel qu'il soit, ayant pour effet de menacer ou de compromettre la santé, la sécurité ou le bien-être physique ou moral des personnes prises en charge ou accompagnées.

#### **➤ *Obligation de vigilance pour une gestion des risques renforcée***

L'obligation de signaler un EIGS (événement indésirable grave associé aux soins) n'est plus réservée seulement au secteur sanitaire. Désormais, le champ des déclarations est étendu au médico-social. L'objectif est d'appliquer la loi du 2 janvier 2002, qui préconise une politique de gestion du risque pour plus de qualité et de sécurité. De même, l'obligation est faite aux établissements sociaux et médico-sociaux d'assurer aux personnes accueillies «le respect de leur dignité, de leur intégrité, de leur vie privée, de leur intimité et de leur sécurité »

#### **➤ *Les cas particuliers de suspicion de maltraitance***

En cas de suspicion de maltraitance, l'efficacité, face à ces situations à risque, sera d'autant plus forte que la détection et la réactivité mises en œuvre auront été précoces. L'ARS insiste, vu la complexité de la prise en charge d'un patient, sur le fait qu'un cas d'EIGS ne relève pas seulement d'un seul professionnel et qu'il convient de développer une approche systémique des risques, pour analyser les dysfonctionnements. Il se peut qu'une inspection soit déclenchée lorsque les faits rapportés laissent supposer un manquement, une négligence, voire une volonté de nuire de la part d'un professionnel. Une étude approfondie sera engagée plus avant pour recueillir tout élément d'information sur l'établissement, de nature à éclairer la nécessité d'une inspection.

---

<sup>10</sup> REPÈRES Avril 2017 Qualité et sécurité des soins – ARS Auvergne Rhône-Alpes

➤ ***A qui sont adressés les signalements ?***

Tout événement indésirable entrant dans le champ de compétence de l'ARS doit être transmis au PFR (Point focal régional), point d'entrée unique de l'ARS Auvergne-Rhône-Alpes, par fax ou par courriel, et doublé d'un appel téléphonique en cas d'urgence. Il existe des formulaires adaptés, en fonction du type d'événement, téléchargeables sur le site internet de l'Agence :

[www.auvergne-rhone-alpes.ars.santé](http://www.auvergne-rhone-alpes.ars.santé).

Nature des principaux événements signalés par les ESMS en 2016 auprès de l'ARS Auvergne-Rhône-Alpes			
	Secteur « personnes âgées »	Secteur « handicap »	Nombre total des signalements
Condition d'exercice et de réglementation	43	22	65
Décès accidentel	22	11	33
Disparition inquiétante	23	54	77
Autres événements/incidents	102	157	259
Maltraitance et acte(s) de violence	99	275	374
Suicide ou tentative de suicide	32	14	46

**ANNEE 2016**

Le Point Focal Régional a enregistré 970 signalements d'événements indésirables provenant du secteur médico-social, PA (personnes âgées) et PH (personnes handicapées).

Soit 17,5 % de l'ensemble des signalements.

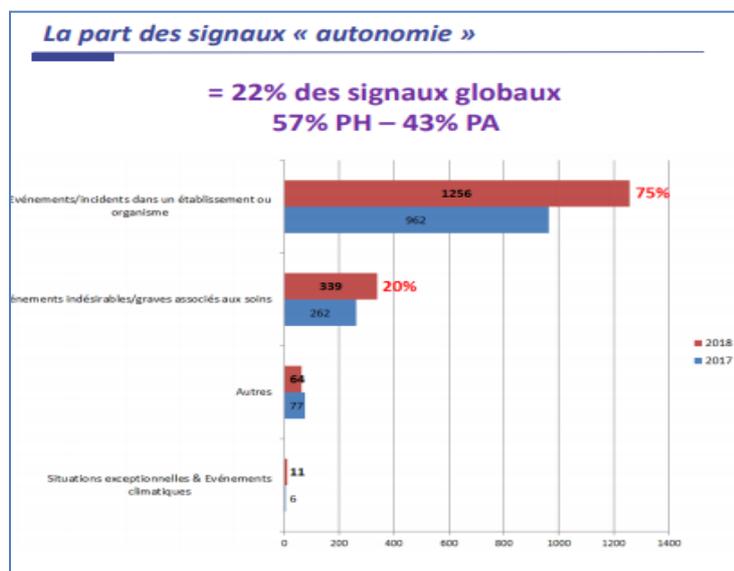
Le PFR, en 2016, a enregistré 374 signaux de maltraitance, dont 99 ont concerné des personnes âgées et 275 des personnes en situation de handicap.

**Bilan 2018 de l'activité de signalement Secteur médico-social**

Le pôle PFR et coordination des alertes a exposé, le 13 juin 2019, le bilan de l'activité de signalement concernant le secteur médico-social. Rappel a été fait de la définition de l'EIGS, associé à des soins, qui provoque un événement inattendu au regard de l'état de santé de la personne, entraînant le décès, la mise en jeu du pronostic vital, la survenue probable d'un déficit fonctionnel permanent, y compris une anomalie ou une malformation congénitale.

Dans le secteur médico-social, il existe des EIGS comme dans le secteur sanitaire, avec les mêmes obligations faites aux établissements et services sociaux et EMS, de signaler tout dysfonctionnement grave.

## Les chiffres détaillés par famille de signaux



### 2017 - 2018

Dans le secteur de l'autonomie :

Une augmentation des signaux de 28 % en 2018, versus 2017.

1 670 signaux en 2018 versus  
1 307 signaux en 2017

Pour en rester à la maltraitance des personnes âgées, on constate que le PFR a enregistré 68 actes de maltraitance en 2018, versus 61 en 2017.

## Conclusion

- ❖ La maltraitance est certainement un concept difficile à définir, à évaluer et identifier avec objectivité, quand elle se produit.
- ❖ Les établissements de santé sont bien souvent des lieux où la recherche de l'humanité, de la qualité et de la sécurité priment pour tous les professionnels qui y travaillent. Ce sont aussi des structures où la conciliation des logiques humaines, professionnelles ou d'organisation doit être recherchée dans un exercice bien délicat au quotidien.
- ❖ Il serait illusoire de penser qu'il puisse ne pas y avoir de difficultés au sein de l'institution hospitalière. L'important est qu'il existe une volonté partagée d'améliorer sans cesse le respect des droits des personnes, dont celles qui sont le plus fragilisées, face à la maltraitance institutionnelle ordinaire, qui peut prendre des formes banales difficilement visibles et donc entraîner une acceptation chez celles et ceux qui la subissent passivement.

## **Chapitre 2 : Egalité d'accès à la santé**

- 1) **L'autisme – les Troubles du Spectre de l'Autisme (TSA) et l'inclusion scolaire**
- 2) **La question des Interruptions Volontaires de Grossesse (IVG) des mineures**
- 3) **La question des addictions des mineurs au niveau de l'alcool, du tabac et des drogues**
- 4) **La question de l'accès aux médecins généralistes et spécialistes en région Auvergne-Rhône-Alpes**

## Chapitre 2 : Egalité d'accès à la santé

### 1) L'autisme – les troubles du spectre de l'autisme (TSA) et l'inclusion scolaire

L'Inserm<sup>11</sup> rappelle, dans un article<sup>12</sup>, que l'autisme, comme les troubles du spectre de l'autisme (TSA), est un trouble du neuro-développement affectant les relations interpersonnelles. L'apparition est précoce, au cours de la petite enfance, souvent avant l'âge de 3 ans et persiste à l'âge adulte.

Les signes manifestes apparaissent sous la forme de difficultés à établir des interactions sociales et à communiquer. Avec des anomalies comportementales, comme la réticence au changement et une tendance à la répétition de comportements ou de discours.

Les personnes semblent isolées dans leur monde et présentent des réactions sensorielles (auditives, visuelles, cutanées...) particulières.

Les troubles ont une grande diversité et les capacités d'insertion sociale sont très variables. L'autisme, d'origine multifactorielle et largement génétique, est reconnu comme un handicap en France, depuis 1996.

#### Chiffres

- 700 000 personnes concernées en France, qui vivent toutes un handicap social,
- 100 000 ont moins de 20 ans.

#### Apparition des troubles

- Les premiers signes apparaissent le plus souvent entre 18 et 36 mois.

#### Caractéristiques des troubles

L'autisme est aujourd'hui intégré dans un ensemble plus vaste, celui des troubles du spectre de l'autisme (TSA), qui rendent mieux compte de la diversité des situations caractérisées par des altérations des interactions sociales, des problèmes de communication (langage et communication non verbale), des troubles du comportement correspondant à un répertoire d'intérêts et d'activités restreint, stéréotypé et répétitif et des réactions sensorielles inhabituelles. Autant de particularités souvent à l'origine de difficultés d'apprentissage et d'insertion sociale. Pour autant, l'autisme n'est pas systématiquement associé à un retard intellectuel. Le syndrome d'Asperger, par exemple, est un TSA associé à un très bon développement intellectuel. Cependant, un tiers des personnes concernées par un TSA présente une déficience intellectuelle, de gravité très variable.

<sup>11</sup> <https://www.inserm.fr/information-en-sante/dossiers-information/autisme>

<sup>12</sup> [Catherine Barthélémy](#), professeure émérite, membre de l'Académie nationale de médecine.

Les personnes atteintes d'autisme semblent peu accessibles aux autres. Elles établissent difficilement les contacts nécessaires à la construction d'une relation interpersonnelle. Les troubles de la communication associés à l'autisme touchent à la fois le langage et la communication non verbale. Les personnes atteintes d'autisme ont souvent des comportements répétitifs, auto-agressifs ou inappropriés. ... Une situation imprévisible peut provoquer une réaction d'angoisse ou de panique, de colère ou d'agressivité.

L'autisme et les autres TSA s'accompagnent souvent de troubles du sommeil, de problèmes psychiatriques (dépression, anxiété), de troubles du développement (trouble de l'apprentissage ou de l'attention/hyperactivité). Près d'un autiste sur cinq souffre également d'épilepsie.

L'Inserm mentionne que l'autisme ne se soigne pas, mais qu'il nécessite une prise en charge pluridisciplinaire et individualisée, avec un parcours de soin qui évolue avec l'enfant, puis l'adolescent et l'adulte.

L'Inserm rappelle également que les troubles sont à dépister au plus tôt, autant que possible dès 18 mois. Une prise en charge précoce permet en effet des progrès supérieurs et évite l'apparition de sur-handicaps. Dans ce domaine, entre autres, la France doit rattraper un retard certain. Un des enjeux actuels est de scolariser les autistes et de les aider à s'insérer dans la société plutôt que les cantonner dans des institutions. Pour une minorité de personnes ne pouvant pas s'insérer socialement, des centres d'accueil spécialisés sont apparus en France en 1996, mais ils restent peu nombreux. Beaucoup trop d'adultes autistes sont actuellement placés dans des lieux inadéquats (hôpital psychiatrique, institution pour personnes mentalement déficientes) ou laissés à la charge de parents vieillissants.

### **La nouvelle stratégie nationale pour l'autisme**

La stratégie nationale pour l'autisme (2018 -2022), qui prend la suite de trois plans nationaux successifs, a été présentée au public le 6 avril 2018.

Elle est dotée d'environ 350 millions d'euros et s'articule autour de quatre grandes ambitions:

- inclure les personnes autistes dans la société
- intervenir de manière adaptée et respectueuse de leurs choix et de ceux de leur famille
- donner aux professionnels les moyens d'agir
- placer la science au cœur de la politique publique, en créant un réseau de recherche d'excellence et en assurant la diffusion des connaissances. Il s'agit également de favoriser les méthodes de prise en charge réellement évaluées.

### **Plan d'actions régional Autisme Rhône-Alpes - 2014-2017**

En 2015, ce plan<sup>13</sup>, fixé pour la région Rhône-Alpes, a estimé, en s'appuyant sur les taux de prévalence de la HAS, à 9 000 le nombre d'enfants atteints de TED (troubles envahissants du développement) en Rhône-Alpes, soit 0,7 % de la population de moins de 20 ans. Parmi eux, 30 % présentent un risque de retard mental associé, soit un peu plus de 3 000 enfants et adolescents. Le flux annuel d'enfants atteints d'autisme ou autres TED serait de l'ordre de 600 enfants, dont 180 avec risque de retard mental associé.

<sup>13</sup> ARS Rhône-Alpes - Plan d'actions régional Autisme 2014-2017 - Mars 2015

## **En ce qui concerne le dépistage et les interventions précoces**

Le plan rhônalpin estimait, en 2015, qu'il n'existe pas ou très peu de places spécifiques «Autisme» au sein des CAMSP (Centre d'action médico-sociale précoce) et que ces CA par ailleurs, sont peu nombreux, alors qu'ils sont en charge du dépistage et de la prise en charge précoce.

## **Etat de l'offre en 2015**

Les Instituts médico-éducatifs (IME) accueillait en 2015 :

- 37,6 % des jeunes en situation de handicap, hors autisme,
- 70 % des jeunes atteints d'autisme dans la région Rhône-Alpes.

Les Services d'éducation spéciale et de soins à domicile (Sessad) accueillait, en 2010 :

- 20 % de la part d'enfants atteints d'autisme et autres TED,

## **L'Education Nationale**

L'école maternelle accueille 20% des élèves atteints de TED,

L'école primaire, 49 % des élèves atteints de TED, dont 66 % sont scolarisés de manière individuelle.

Les enquêtes de l'éducation nationale montrent une augmentation constante dans l'accueil des élèves porteurs d'un handicap. C'est vrai pour la maternelle, qui accueille 2 % d'enfants atteints d'autisme, bien plus que pour les autres enfants souffrant d'une autre situation de handicap (7 %). À l'inverse, leur scolarité en collège est moins importante que pour les autres élèves avec handicap.

En Rhône-Alpes, 9 % des Classes pour l'inclusion scolaire (Clis) et 4,5 % des Unités localisées pour l'inclusion scolaire (Ulis) sont dédiés au public TED. Globalement, les élèves avec TED sont davantage accompagnés : 60 % bénéficient d'un auxiliaire de vie scolaire (AVS), contre 40 % des enfants porteurs d'un autre handicap.

## **Le handicap, une grande cause**

Le handicap est positionné comme une grande cause, une priorité, exprimée par la volonté de réaliser une Ecole pleinement inclusive. Le ministre de l'Education nationale, dans sa plaquette de rentrée<sup>14</sup>, rappelle qu'il est en effet nécessaire d'améliorer l'accueil des enfants en situation de handicap. De ce point de vue, depuis la loi de 2005, le nombre d'élèves accompagnés par une aide humaine a été multiplié par 6. En 2017 et 2018, le budget dédié à la scolarisation d'enfants en situation de handicap a augmenté de 25 %. L'éducation nationale y consacre aujourd'hui 2,4 milliards d'euros pour scolariser 340 000 élèves. Le nombre d'accompagnants a été augmenté et les contrats précaires ont pris fin.

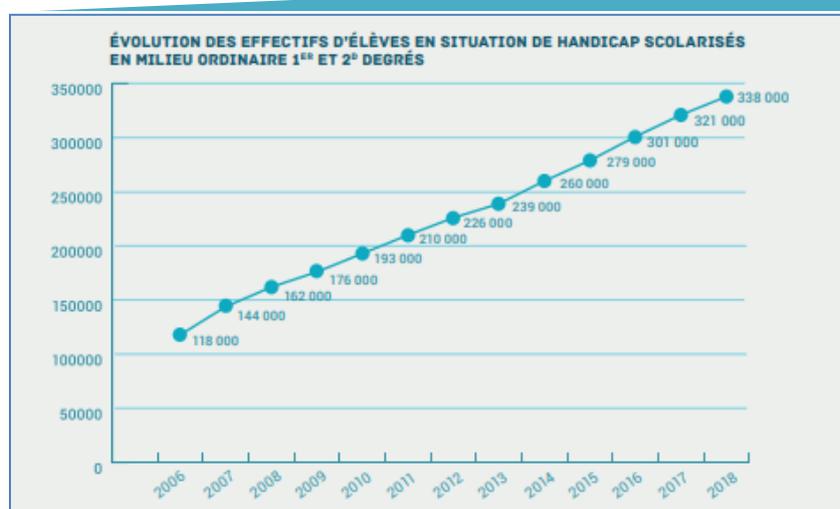
<sup>14</sup> Plaquette de rentrée 2019 - Pour une rentrée pleinement inclusive en 2019

## Bilan 2018 de l'école inclusive

Depuis la loi pour l'égalité des droits et des chances, la participation et la citoyenneté des personnes handicapées du 11 février 2005, des avancées majeures ont été réalisées pour une école plus inclusive. L'école inclusive vise à assurer une scolarisation de qualité pour tous les élèves, de la maternelle au lycée, par la prise en compte de leurs singularités et de leurs besoins éducatifs particuliers.

Le nombre d'élèves accompagnés par une aide humaine est passé de 26 000 en 2006 à 166 000 en 2018. Au cours des deux dernières années, le budget dédié à la scolarisation des élèves en situation de handicap a augmenté de 25 %..

### *Toujours plus d'élèves en situation de handicap scolarisés en milieu ordinaire*



Le nombre d'élèves en situation de handicap accueillis dans les établissements scolaires a quasiment triplé, passant d'environ 118 000 en 2006 à plus de 340 000 en 2018. . À la rentrée 2018, 20 000 élèves en plus, en situation de handicap, ont été scolarisés

### *Des modes de scolarisation diversifiés et plus nombreux*



Création de :

- 270 unités locales d'inclusion scolaire (Ulis), pour un total de 8 900 Ulis.
- 50 unités d'enseignement externalisées (UEE)
- 6 unités d'enseignement élémentaire Troubles du spectre autistique (TSA). Une première en France.

## Un accompagnement humain en constante progression



Depuis 2018, 166 000 élèves ont un accompagnement humain (14 000 de plus qu'en 2017), soit + 9 %.

- 111 000 élèves (60 %) dans le 1<sup>er</sup> degré ;
- 55 000 élèves (36 %) dans le 2<sup>nd</sup> degré.

### Les parcours de scolarisation des élèves en situation de handicap

La commission des droits et de l'autonomie des personnes handicapées (CDAPH), instance décisionnelle de la maison départementale des personnes handicapées (MDPH), prend les décisions relatives aux prestations et à l'orientation des élèves handicapés, sur la base de l'évaluation réalisée par l'équipe pluridisciplinaire : analyse des besoins et évaluation des compétences de l'élève en situation de handicap.

### Un élève en situation de handicap peut être scolarisé :

- Individuellement dans une école, un collège ou un lycée, sans ou avec l'aide d'un accompagnant d'élève en situation de handicap (AESH).
- Dans une unité localisée d'inclusion scolaire (Ulis) située dans une école, un collège ou un lycée. Les élèves sont inscrits dans une classe de référence (en fonction de leur âge), dans laquelle ils suivent certains apprentissages. De plus, ils bénéficient de temps de regroupement dans la classe de l'Ulis (10 à 12 élèves maximum), où intervient un enseignant spécialisé, en collaboration avec un AESH en dispositif collectif.
- Dans un établissement médico-social, qui permet aux élèves de disposer d'un appui de professionnels du médico-social, en plus de temps de scolarisation.

Trois modalités sont possibles :

- Dans une unité d'enseignement interne d'un établissement médico-social : des salles de classes sont situées dans l'établissement médico-social. La durée d'enseignement varie au regard des capacités de scolarisation de l'élève ;
- Dans une unité d'enseignement externalisée : la salle de classe est située dans une école ou un établissement scolaire. Les élèves bénéficient de l'appui de professionnels du médico-social sur leur lieu de scolarisation ;

- En scolarisation partagée : les élèves rattachés à un établissement médico-social bénéficient d'un temps de scolarisation dans l'établissement médico-social et d'un temps en école ou établissement scolaire ordinaire (en Ulis par exemple).

### *Situation de l'école inclusive dans l'académie de Lyon*

Un bulletin académique<sup>15</sup> rend compte de la situation de façon précise, pour la rentrée de septembre 2014.

Les élèves en situation de handicap en 2014 - 2015	Ain		Loire		Rhône		Académie		Public + Privé
	Public	Privé	Public	Privé	Public	Privé	Public	Privé	
<b>1<sup>er</sup> degré</b>	1 323	136	1 595	329	4 282	570	7 200	1 035	8 235
<b>2<sup>nd</sup> degré</b>	762	120	927	309	2 958	821	4 647	1 250	5 897
<i>dont en collège</i>	631	101	718	221	2 322	591	3 671	913	4 584
<i>dont en lycée</i>	39	4	44	40	226	107	309	151	460
<i>dont en lycée professionnel</i>	54	15	155	48	316	123	525	186	711
<i>dont area</i>	38		10		130		178	0	178
BTS & CPGE	0	1	10	3	23	10	33	14	47
<b>Total</b>	<b>2 085</b>	<b>257</b>	<b>2 532</b>	<b>641</b>	<b>7 263</b>	<b>1 401</b>	<b>11 880</b>	<b>2 299</b>	<b>14 179</b>
<b>Répartition par département</b>	16,5%		22,4%		61,1%		100,0%		
<b>Part des élèves en situation de handicap</b>	<b>2,0%</b>		<b>2,2%</b>		<b>2,4%</b>		<b>2,3%</b>		

↳ Dans le département de l'Ain, 762 élèves en situation de handicap sont scolarisés dans le second degré public et 120 dans le second degré privé.

#### ***L'académie de Lyon compte :***

- 14 179 élèves en situation de handicap scolarisés en milieu ordinaire, dont 83,8 % (11 880 élèves) dans le secteur public,
- 8 664 élèves en situation de handicap, tous niveaux confondus, accueillis dans le département du Rhône, à la rentrée 2014, soit 61,1 % de l'ensemble des élèves en situation de handicap.

Le nombre d'élèves en situation de handicap accueillis a triplé en collège et SEGPA, et a été multiplié par 4 dans les lycées professionnels.

#### ***Les troubles du spectre autistique :***

Les élèves avec autisme sont scolarisés dans les établissements scolaires en classes ordinaires ou au sein de dispositifs spécifiques. L'académie compte :

- 39 CLIS ou ULIS dédiées aux troubles du spectre autistique,
- 1 379 élèves, dont le trouble est en rapport avec l'autisme (995 dans le premier degré et 384 dans le second degré), sont scolarisés dans l'académie, majoritairement avec l'aide d'un dispositif collectif (CLIS ou ULIS),
- 739 élèves bénéficient de la prise en charge par un établissement sanitaire ou médico-social.

<sup>15</sup> FOCUS 03/2015 SERVICE PROSPECTIVE ET STATISTIQUE DE L'ACADÉMIE DE LYON / JUIN 2015

## RECOMMANDATIONS

La CRSA, dans le cadre du partenariat noué entre l'ARS Auvergne-Rhône-Alpes et les académies de Lyon, Clermont-Ferrand et Grenoble, qui s'est traduit par la signature, le 21 septembre 2016, d'une convention en faveur de l'inclusion scolaire, se félicite que l'ARS apporte son concours à la réalisation d'une École pleinement inclusive, contribuant ainsi à l'amélioration de l'accueil des enfants en situation de handicap.

Pour autant, elle souhaite:

- Etre davantage informée sur le développement de la scolarisation des enfants en situation de handicap, en étant destinataire des bilans annuels chiffrés effectués dans chaque académie,
- Etre associée aux travaux régionaux, qui ont pour but de renforcer le partenariat institutionnel et la coopération entre les établissements scolaires et les établissements et services médico-sociaux, en vue du développement de l'école inclusive,
- Etre informé des deux rencontres régionales dont le but est de mesurer les évolutions des axes prioritaires définis par la convention.

## 2) La question des IVG des mineures

### Quelques rappels

Dans un article, datant de 2015 et mis à jour en 2017, le site<sup>16</sup> du gouvernement rappelle aux jeunes filles mineures qu'elles peuvent recourir à une IVG, avec ou sans le consentement de leurs parents. La loi leur permet de demander à un médecin ou une sage-femme l'interruption de leur grossesse.

Clairement, une jeune fille peut avorter sans le dire à ses parents. Elle peut garder le secret et, à sa seule demande, accéder aux actes médicaux, à l'anesthésie et aux soins qui leur sont liés. Pour ses démarches, elle se fera accompagner par une personne majeure de son choix. Pour ces situations, l'IVG est prise en charge à 100 % sans avance de frais.

Des documents sont à fournir : les attestations de consultations médicales préalables remises par le médecin, l'attestation de consultation psycho-sociale et la confirmation écrite de demande d'IVG, ainsi que le consentement écrit du père ou de la mère ou l'attestation de réalisation du choix de l'adulte accompagnant, en cas de non consentement des parents.

### Les chiffres de la France et de la région

Le bulletin de la DREES<sup>17</sup>, Etudes et résultats, de 2018, nous donne les chiffres essentiels concernant les IVG en 2017. On retiendra :

- 202 900 interruptions volontaires de grossesse (IVG) ont été réalisées en métropole.
- Le taux de recours s'élève à 14,4 IVG pour 1 000 femmes âgées de 15 à 49 ans, en Métropole.
- Les jeunes femmes (20 à 24 ans) restent les plus concernées, avec un taux de 26,7 IVG pour 1 000 femmes, pour la France entière.

On remarquera que les écarts régionaux sont importants, puisque les taux de recours vont du simple au double selon les régions. En Métropole, ils varient de 10,2 IVG pour 1 000 femmes en Pays de la Loire à 21,4 IVG en Provence-Alpes-Côte d'Azur.

### Comment se situe la région Auvergne-Rhône-Alpes ?

Le tableau ci-dessous rend compte du nombre total d'IVG réalisés, et pour la région et pour la métropole. Le nombre d'IVG pour les femmes de 15-49 ans est de 12,9/1 000 en région contre 14,4/1 000 pour la métropole.

<sup>16</sup> IVG.GOUV.FR - N°VERT 0800 08 11 11

<sup>17</sup> DREES - Etudes et résultats, n° 1081 de septembre 2018

Le nombre d'IVG de mineures de 15-17 ans est de 5,1/1 000 pour la région contre 6,1/1 000 pour la métropole.

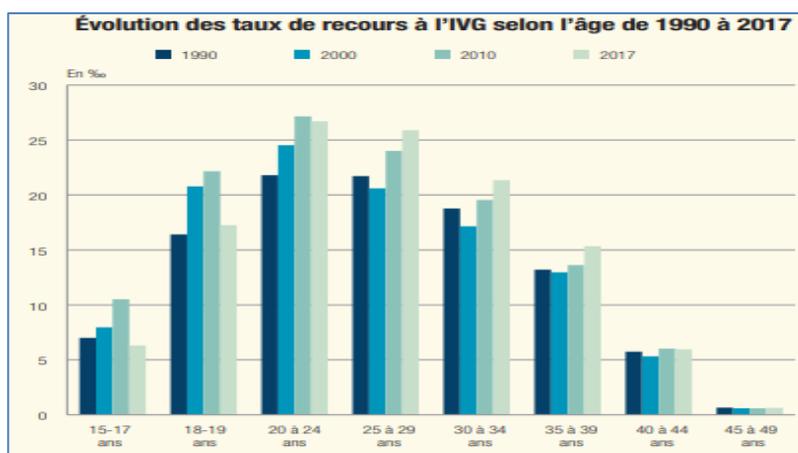
### Les IVG en 2017, selon la région de résidence de la femme

	Établissement hospitalier	centre de planification et d'éducation familiale	Cabinet libéral	Total IVG réalisées	IVG pour 1 000 femmes de 15-49 ans	IVG de mineures de 15 à 17 ans pour 1 000 femmes
Auvergne-Rhône-Alpes	17 828	605	4 117	22 550	12,9	5,1
Total des résidentes en Métropole	159 394	4 465	39 060	202 919	14,4	6,1

### Evolution du taux de recours à l'IVG, selon les régions et selon l'âge

Les taux de recours à l'IVG, pour les mineures des régions métropolitaines, connaît des disparités régionale, de 4,0 (Bretagne) à 8,8 (Provence-Alpes Côte d'azur).

Le tableau ci-dessous montre que le taux de recours pour les mineures de 15-17 ans, s'il a progressé les années 1990, 2000 et 2010, est aujourd'hui en baisse sensible.



## RECOMMANDATION

La CRSA réaffirme que l'accès à l'IVG doit rester un droit pour toute femme enceinte, y compris mineure, qui ne souhaite pas poursuivre sa grossesse. Dans le même temps, elle encourage l'Education nationale à dispenser aux élèves une éducation à la sexualité, qui se fonde sur les valeurs d'égalité, de tolérance, de respect de soi et d'autrui, à garantir le respect des consciences, le droit à l'intimité et la vie privée de chacun.

La CRSA souhaite que cette démarche éducative, qui ne se substitue pas à la responsabilité des familles, s'inscrive dans la politique nationale :

- ✚ de prévention et de réduction des risques : grossesses précoces non désirées, mariages forcés, infections sexuellement transmissibles, VIH/sida,
- ✚ de lutte contre les comportements homophobes, sexistes et contre les violences sexuelles,
- ✚ de la promotion de l'égalité entre les femmes et les hommes et la prévention des violences et cyber-violences sexistes et sexuelles.

Elle attire l'attention sur les consignes du ministère de l'Education nationale qui prescrivent, au collège et au lycée, au moins trois séances annuelles d'éducation à la sexualité, organisées par une équipe de personnels volontaires et formés (professeurs, conseillers principaux d'éducation, infirmiers, etc.), le cas échéant en lien avec des partenaires extérieurs ayant un agrément national ou académique.

Et elle rappelle enfin que l'Ecole a un rôle à jouer dans la prévention des risques que les élèves encourent et sur les moyens qu'ils ont de se protéger, en renforçant l'information sur la vie affective et sur les différentes méthodes contraceptives, en particulier auprès des jeunes filles.

### **3) La question des addictions des mineurs au niveau de l'alcool, du tabac et des drogues**

La question de l'addiction des mineurs est certainement une des plus angoissantes interrogations des parents, des éducateurs et des professionnels de santé. Les journalistes ne manquent pas de se joindre à la cohorte de tous ceux qui suivent avec inquiétude ce fléau de la santé publique. Les derniers chiffres de l'Observatoire français des drogues et des toxicomanies (OFDT) sont de nature à redonner espoir.

#### **La question du tabac**

François Béguin, journaliste au Monde, ne manque pas de se saisir des résultats de la vaste enquête de l'OFDT pour en commenter les chiffres. Il s'agit, en l'occurrence, d'une investigation, dénommée "EnCLASS", menée au printemps 2018 auprès d'un échantillon représentatif de 20 000 collégiens et lycéens âgés de 11 à 18 ans. Ce travail permet au journaliste de faire le point, dans son article<sup>18</sup>, sur l'usage du tabac chez les jeunes adolescents, car l'enquête constate une "baisse du nombre de fumeurs au collège et au lycée".

Si la plupart des collégiens n'ont jamais tiré sur une cigarette à leur arrivée en 6e, ils sont 37,5 % à l'avoir expérimentée en 3e Usage du tabac en baisse, expérimentation de la cigarette électronique en hausse, consommation d'alcool stable...

#### **Les usages du tabac en baisse selon l'enquête de l'OFDT**

Quels sont les premiers enseignements de l'étude ?

Un recul généralisé des usages de tabac.

Comparant les résultats de 2018 à ceux de 2015, les chercheurs constatent :

➤ *Tout d'abord au collège :*

- En 4<sup>e</sup>, le tabagisme quotidien a diminué de moitié par rapport à 2014, (de 5,6 % à 2,5 %),
- Une baisse équivalente chez les élèves de 3<sup>e</sup> (de 12,3 % à 6,5 %).

➤ *Ensuite au lycée :*

- Un recul de 8 points chez les lycéens (de 60,9 % à 53 %),
- Un usage quotidien qui passe sous la barre des 20 % (de 23,2 % à 17,5 %).

Des bons chiffres tout à fait encourageants qui seraient, selon l'OFDT, en lien direct avec la politique publique cohérente et continue de lutte contre le tabagisme depuis une vingtaine d'années. Il est vrai que l'on ne fume plus dans les bars et restaurants, la vente de cigarettes aux mineurs est interdite, le paquet neutre a fait son apparition. Enfin, l'image du jeune rebelle qui s'affirme, une cigarette à la main, s'estompe progressivement.

---

<sup>18</sup> Le Monde, François Béguin, en date du 11/06 2019

## La question du cannabis, dont la baisse est moins nette

On constate une baisse au niveau des chiffres du cannabis. Mais cette dernière est moins nette. Au lycée, un tiers des lycéens a déjà expérimenté le cannabis :

- Une légère diminution, au lycée, en 2018, un tiers des lycéens l'a déjà expérimenté. Ils étaient 44 % à l'avoir fait en 2015,
- Une très légère baisse pour le nombre d'usagers réguliers. Il était de 7,7 % en 2015 ; il est de 6,2 % en 2018.

## La question de l'alcool

L'enquête montre que les rapports des adolescents à l'alcool sont plus nuancés.

Quand fait-on l'expérience du premier verre d'alcool ?

La consommation du premier verre d'alcool, du cidre ou du champagne lors d'une fête familiale, démarre plus précocement :

- En 2018, 44 % des élèves de 6<sup>e</sup> disent avoir déjà bu de l'alcool, versus 49 % en 2014, et 59,3 % en 2010. Ils sont plus de 75,5 % à la fin du collège à avoir déjà goûté une boisson alcoolisée.

## L'expérimentation de l'ivresse

L'expérimentation de l'ivresse au collège enregistre un «recul significatif», 9,3 % des collégiens en ayant connu une en 2018, contre 13,4 % en 2014. Les garçons sont toujours plus concernés que les filles, qu'il s'agisse de l'expérimentation de l'alcool (63,6 % vs 56,3 %) ou de celle de l'ivresse (10,5 % vs 8,0 %).

Tableau 1. Expérimentation de tabac, d'alcool et de cannabis et première ivresse, selon le sexe, parmi les collégiens en 2014 et 2018 (%)

Produit	Ensemble			Garçons	Filles	
	2014	2018		2018	2018	
Alcool	64,4	60,0	*	63,6	>	56,3
Ivresse	13,4	9,3	↘	10,5	>	8,0
Tabac	27,8	21,2	↘	23,5	>	18,8
Cannabis	9,8	6,7	↘	7,8	>	5,5

= : écart statistiquement non significatif entre filles et garçons ; > : les garçons consomment plus que les filles ;

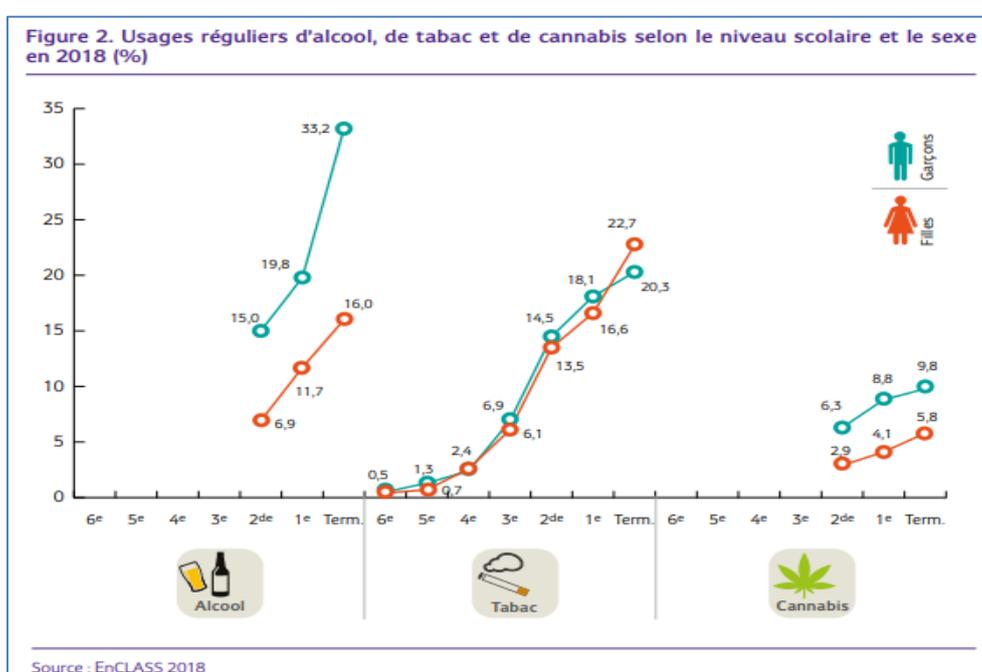
→ : écart statistiquement non significatif entre 2015 et 2018 ; ↘ : les usages baissent ou ↗ augmentent entre 2014 et 2018

(\*) : à la suite d'une harmonisation des questions entre les enquêtes HBSC et ESPAD 2018, la comparabilité de cet indicateur n'est pas suffisante entre 2014 et 2018 pour conclure statistiquement à une éventuelle évolution.

Sources : HBSC 2014 et EnCLASS 2018

## L'usage régulier de l'alcool :

- L'usage de l'alcool au lycée concerne près de 9 élèves de terminale sur 10 (88,7 %).
- Près de la moitié des lycéens (49,5 %) déclarent avoir déjà été ivres, contre moins d'un collégien sur 10 (9,3 %).
- Les usages réguliers (10 fois au cours du mois) sont multipliés par plus de 2 entre la classe de 2<sup>de</sup> et celle de terminale (de 10,9 % à 24,4 %) ;
- Les alcoolisations ponctuelles importantes (le fait d'avoir bu 5 verres en une même occasion au cours du mois écoulé) passent de 36,4 % en classe de seconde à 52,2 % en classe de terminale.
- Pour ce qui est des filles, l'usage régulier d'alcool est moindre. Seules 16 % déclarent un usage régulier en terminale, contre plus du double (33,2 %) des garçons.



## Portrait de territoire avec l'OFDT et l'ARS

L'OFDT a dressé, en janvier 2016, un portrait de territoire<sup>19</sup>, grâce au soutien financier de l'ARS Auvergne-Rhône-Alpes, proposant un état des lieux complet des consommations de substances psychoactives et de l'offre médicosociale, dans le champ des addictions observées dans la région Rhône-Alpes en 2015.

### Le tabagisme

À l'image de la situation nationale, le tabagisme reste le comportement d'usage de substances psychoactives le plus répandu en population générale, avec **26 % de fumeurs quotidiens entre 15 et 75 ans en Rhône-Alpes**, versus 29 % pour la situation nationale. Situation moindre mais inquiétante, par le fait du surcroît des initiations tabagiques chez les jeunes, qui nécessitent un suivi renforcé.

### L'alcool

En matière d'alcool, il faut relever une sur-représentation des pratiques de consommation intensive parmi les jeunes. Les prévalences d'usage régulier d'alcool à 17 ans sont en hausse continue depuis 2008 (15 % en 2014), présentant 3 points d'écart avec les niveaux moyens de la métropole.

### Episodes d'ivresse alcoolique

On enregistre, en Rhône-Alpes, une fréquence accrue des épisodes d'ivresse alcoolique et d'alcoolisation ponctuelle importante (API) dans les jeunes générations. Ainsi, en 2014, un quart des jeunes Rhônalpins déclaraient au moins 3 épisodes d'API dans le dernier mois (25 % vs 22 %, en moyenne, en métropole).

### Le cannabis

Le cannabis se place en tête, loin devant les autres produits illicites. Un tiers des Rhônalpins de tous âges (32 %) ont expérimenté le cannabis. Pour les jeunes générations, cela culmine à 49 % pour les jeunes de 17 ans. A l'évidence, l'accessibilité à ce produit est relativement aisée, compte tenu de son caractère illicite.

L'usage de cannabis à l'adolescence est passé de 6 % d'usagers réguliers, à 17 ans, en 2008, à 9 % en 2014. Le niveau d'expérimentation a été multiplié par 1,5 en 5 ans.

Pour ce qui est de la diffusion de cocaïne, elle connaît une progression importante. En 2010, 3 % des Rhônalpins âgés de 15 à 75 ans déclaraient avoir essayé la cocaïne.

<sup>19</sup> Portrait de territoire- Addictions en Rhône-Alpes Consommations de substances psychoactives et offre médicosociale – janvier 2016

## Des disparités régionales

La comparaison des données, en population générale jeune, permet de comparer les niveaux d'usage dans 5 des 8 départements. Ainsi, les jeunes du Rhône et de l'Ain apparaissent plus souvent usagers réguliers d'alcool, tandis que les adolescents des départements de Haute-Savoie et de la Loire déclarent davantage d'épisodes d'alcoolisation ponctuelle importante que l'ensemble de la population jeune régionale.

## Conclusions du rapport

Le rapport alerte sur les principales évolutions qu'il a pu observer. Ces évolutions touchent principalement les jeunes générations. D'abord l'alcool, dont la proportion d'usagers réguliers progresse, à 17 ans, en même temps que la fréquence des ivresses et des épisodes d'alcoolisation ponctuelle importante et répétée. Le rapport insiste également sur le fait que le cannabis s'installe dans le paysage des consommations de substances psychoactives à l'adolescence.

## Conclusions

La comparaison de la dernière enquête de l'OFDT "EnCLASS" avec les enquêtes précédentes montre un recul de l'ensemble des usages de substances psychoactives au collège. Au lycée, c'est aussi le cas pour le tabac et le cannabis, mais les niveaux de consommation d'alcool sont stables.

L'enquête de l'OFDT, qui porte sur plus de 20 000 collégiens et lycéens, âgés de 11 à 18 ans, donne des informations précieuses sur leurs comportements de santé et leurs consommations de substances psychoactives. Retenons que des substances licites, comme l'alcool et le tabac, interdites de vente aux mineurs, se diffusent au cours des "années collège" et que les usages deviennent réguliers au lycée.

La diffusion du cannabis est plus tardive. Ce n'est qu'en 4<sup>e</sup> qu'elle apparaît et atteint 16,1 % en 3<sup>e</sup>.

Les années lycée sont des années où les usages réguliers s'installent. C'est le cas pour l'alcool, un tiers des garçons déclare ce comportement en terminale. Quant au tabagisme, il suit la même accélération : un élève de terminale sur 5 (21,5 %) fume quotidiennement. Quant à l'expérimentation du cannabis, 33,1 % des lycéens sont concernés.

Enfin, l'OFDT relève, et on ne peut que le regretter, que l'interdiction de la vente de tabac et d'alcool aux mineurs n'est en rien un obstacle. Ils n'ont aucune difficulté à s'approvisionner : 77 % des lycéens qui fument quotidiennement achètent personnellement leurs cigarettes chez un buraliste. Pour l'alcool, c'est la même facilité : 40,6 % des lycéens ayant bu de l'alcool disent avoir acheté des boissons alcoolisées dans un magasin, et 56,9 % d'entre eux ont consommé de l'alcool dans un bar, un restaurant ou une discothèque.

En ce qui concerne les chiffres disponibles sur la région, il apparaît opportun de disposer de données actualisées, afin de situer la consommation des jeunes de notre région.

## RECOMMANDATIONS

La CRSA enregistre avec intérêt les constats en matière d'usage de produits psychoactifs chez les jeunes collégiens et lycéens. Elle se félicite du recul enregistré au niveau des usages de ces substances qui apparaissent dans les résultats de l'enquête "EnCLASS 2018" comparés à ceux d'"ESPAD 2015".

La CRSA souhaite que ces travaux sur les premiers usages de substances psychoactives chez les adolescents, selon le niveau scolaire, soient exploités conjointement au niveau de l'ARS et au niveau des académies de la région, afin de mettre en œuvre des actions de prévention, en lien avec le programme régional de santé.

Elle invite la région à actualiser les données concernant la consommation de produits psychoactifs chez les jeunes collégiens et lycéens.

Elle demande que des programmes ambitieux de prévention se développent, pour intervenir avec efficacité et pertinence auprès des élèves.

#### 4) La question de l'accès aux médecins généralistes et spécialistes en région Auvergne-Rhône-Alpes

Pouvoir accéder à un généraliste ou à un spécialiste est un véritable problème, dans certains territoires de la région Auvergne-Rhône-Alpes. Or, cette difficulté met en cause l'égal accès aux soins. C'est la raison pour laquelle le PRS en a fait une priorité absolue, car la diminution de l'offre, voire son inexistence, a des répercussions sur l'état de santé de la population et est un frein sérieux à la dynamique de développement des territoires qui en pâtissent. Les difficultés d'accès aux soins et à la prévention concernent et les médecins généralistes et les spécialistes.

##### **Equilibrer l'offre au regard des besoins de tous les territoires**

Le rôle des ARS est de construire un projet de santé territorial, proposant des solutions aux problématiques d'accès aux soins. Il est vrai que les territoires privés de tous professionnels de santé sont rares en France. En effet, 84 % de la population française réside dans une commune où exerce un médecin généraliste ; 99,9 % accède à un médecin généraliste en moins de 20 minutes. En fait, les problèmes d'accès aux soins existent dans les territoires où l'offre de soins est présente, mais insuffisante pour répondre à la demande de soins. D'où des difficultés à obtenir un rendez-vous, une charge de travail excessive pour les professionnels, des délais d'attente pour les patients...

##### **Agir sans plus tarder**

La situation s'aggravera et le nombre de zones à accessibilité faible augmentera dans les prochaines années. En effet, le nombre de médecins libéraux en exercice va diminuer du fait des départs en retraite des médecins de plus de 65 ans. Un phénomène accentué du fait que les jeunes médecins sont à la recherche de plus d'équilibre entre vie privée et vie professionnelle, qu'ils aspirent à un travail en équipe élargie et à une diversité des modes d'exercice. A l'heure actuelle, on n'estime que 12,4 % de la population fait face à une situation de faible accessibilité, actuelle ou prévisible.

##### **L'accès aux médecins généralistes : le zonage en médecine générale**

L'ARS Auvergne-Rhône-Alpes a arrêté le nouveau zonage médecin. C'est une nouvelle carte, géographiquement plus étendue, qui couvre désormais 15 % des habitants de la région, au lieu de 9,75 % auparavant. Ces nouvelles zones bénéficient de la totalité des aides financières versées par l'ARS et l'Assurance maladie pour l'installation des médecins, soit 34,4 % du territoire. Le zonage, effectif depuis mai 2018, est donc structuré autour de trois catégories de territoires :

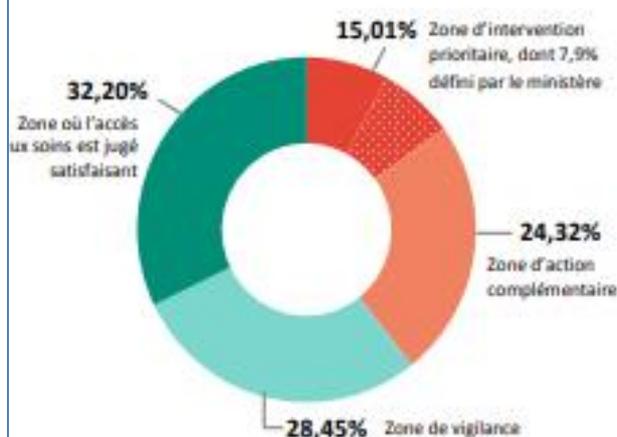
- Les Zones d'intervention prioritaire – ZIP. Elles couvrent **15,01 %** de la région, soit une population de **1 166 305 habitants**. Ce sont les territoires les plus durement confrontés au manque de médecins, éligibles à l'ensemble des aides de l'ARS et de l'Assurance maladie, et aux exonérations fiscales.
- Les Zones d'action complémentaire – ZAC. Elles couvrent **24,32 %** de la région, soit une population de **1 886 715 habitants**. Ces zones sont moins impactées par le manque de médecins, mais elles ont besoin de moyens pour éviter que la situation ne se détériore.
- Les Zones de vigilance – ZV. Elles couvrent **28,45 %** de la région, soit une population de **2 206 912 habitants**, et représentent des territoires dans lesquels l'accès à la médecine générale libérale n'est pas aujourd'hui en difficulté immédiate, mais qui fait appel à une vigilance particulière pour le moyen terme.

## LA RÉPARTITION DES TERRITOIRES DE LA RÉGION AUVERGNE-RHÔNE-ALPES SELON LE ZONAGE

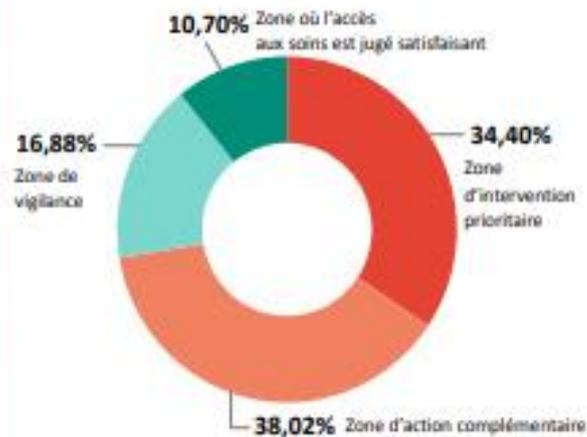
Les territoires de la région Auvergne-Rhône-Alpes bénéficiant du maximum d'aides passent désormais de **9,75 %** des habitants (anciennement zones fragiles) à **15,01 %** des habitants (+5 pts), soit **34,40%** du territoire couvert.

	En termes populationnel		En termes de superficie <sup>3</sup>	
ZIP - Zone d'intervention prioritaire	1 666 305 habitants	15,01%	29 387 km <sup>2</sup>	34,40%
ZAC - Zone d'action complémentaire	1 886 715 habitants	24,32%	32 452 km <sup>2</sup>	38,02%
ZV - Zone de vigilance	2 206 912 habitants	28,45%	14 415 km <sup>2</sup>	16,88%
Hors zonage	2 497 663 habitants	32,20%	9 194 km <sup>2</sup>	10,70%

Répartition du zonage en termes populationnel



Répartition du zonage en termes de superficie



<sup>3</sup> La superficie des territoires de vie santé, soit 85 448 km<sup>2</sup> (plus grands que la superficie de la région Auvergne-Rhône-Alpes du fait que certains territoires vie-santé sont interrégionaux...)

### Un zonage qui ne concerne pas que les médecins généralistes

Les mesures décrites ci-dessus, valables pour une durée de trois ans et révisables, sont incitatives et les professionnels de santé libéraux disposent de la pleine liberté d'installation.

Le nouveau zonage médecins concerne tous les médecins généralistes libéraux, ainsi que certaines spécialités médicales ou paramédicales : les orthophonistes, les masseurs-kinésithérapeutes, les sages-femmes, les infirmiers, les chirurgiens-dentistes.

Il est également prévu, en 2019, la définition d'un zonage pour les autres spécialités médicales en tension, à savoir : les ophtalmologistes, les gynécologues, les pédiatres et les dermatologues.

## L'accès aux médecins spécialistes en région Auvergne-Rhône-Alpes

Une étude<sup>20</sup> de l'ORS Auvergne-Rhône-Alpes a repéré les territoires de la région où les difficultés d'accès aux médecins spécialistes sont les plus vives, ont un impact négatif sur les habitants et impactent la dynamique globale du territoire (économie, aménagement du territoire, lien social,...).

Cette étude propose des solutions innovantes, pour faciliter et améliorer l'accès des populations aux médecins spécialistes, ou à des prises en charge « spécialisées », et ainsi contribuer à améliorer la qualité de vie sur les territoires.

L'étude statistique ACP (Analyse en composantes principales) a pris en compte différents indicateurs : la densité médicale des bassins de vie, la fragilité des populations, en lien avec leur gradient social (la précarité est défavorable à la mobilité), les distances, les contextes géographiques de la population vivant en milieu rural ou semi-rural. Ce travail a dépassé la simple étude de l'offre de soins, qui est insuffisante à elle seule pour rendre compte de la complexité des enjeux qui tissent les parcours de soins. Aussi a-t-elle pris en compte la structure démographique de la population, son profil socio-économique, son état de santé et l'offre de soins.

Il en résulte une typologie structurée autour de six classes de bassins de vie dans la région Auvergne-Rhône-Alpes. Ces bassins de vie sont caractérisés par de forts contrastes au niveau de la structure de population, plus ou moins favorisée, de l'offre en professionnels de santé et de l'état de santé de la population.

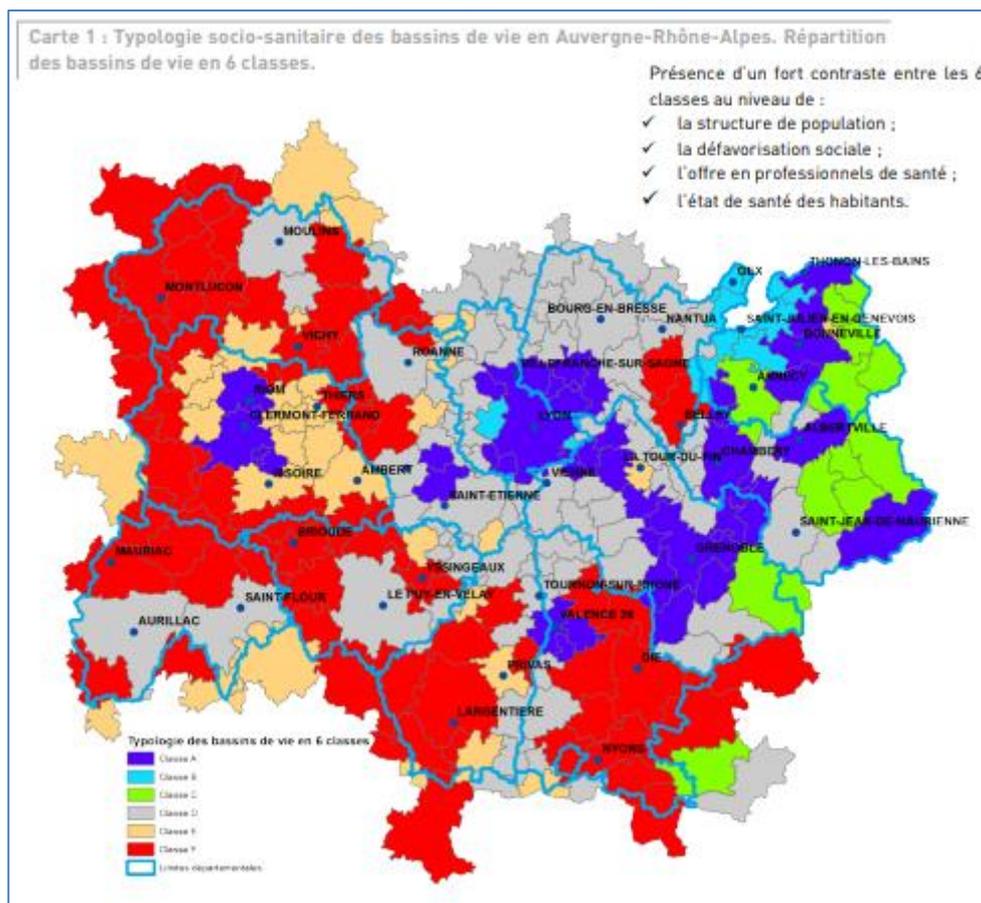
### Typologie socio-sanitaire des bassins de vie en Auvergne-Rhône-Alpes

Une répartition des bassins de vie en 6 classes :

- Les bassins de vie de la classe A ont une population dense, plutôt urbaine ou périurbaine, peu âgée, socialement favorisée, avec une offre médicale libérale supérieure à celle de la région et de bons indicateurs de santé.
- Les bassins de vie de la classe B sont majoritairement frontaliers avec la Suisse, avec une population dense, peu âgée, socialement favorisée, de bons indicateurs de santé, mais un déficit en offre de soins libérale.
- Les bassins de vie de la classe C se trouvent en zone de montagne tournée vers le tourisme, avec une population résidente peu dense, peu âgée, socialement favorisée, de bons indicateurs de santé et une offre abondante en médecins généralistes.
- Les bassins de vie de la classe D présentent une situation contrastée, avec des populations plus ouvrières, socialement défavorisées, une offre de soins libérale relativement faible et des points d'alerte en matière de santé (diabète).
- Les bassins de vie de la classe E ont une population peu dense, socialement défavorisée, avec une offre de soins libérale faible et des indicateurs de santé défavorables.

---

<sup>20</sup> Etude sur l'accès aux médecins spécialistes région Auvergne-Rhône-Alpes – Observatoire régional de santé – décembre 2018



- Les territoires de la classe F sont les plus en difficulté. Ils se trouvent à l'ouest et au sud de la région. Ces bassins de vie en fragilité se concentrent dans les départements de l'Allier, du Puy-de-Dôme, du Cantal, de la Haute-Loire, de l'Ardèche et de la Drôme ainsi que dans l'Ain. Ces territoires présentent des caractéristiques sociodémographiques et d'état de santé défavorables, malgré une offre sanitaire libérale dans la moyenne régionale. Ces territoires sont également marqués par des distances importantes aux ressources de soins et des situations de précarité, ce qui est défavorable à une bonne santé et complexifie l'accès aux soins de la population.

### Un parcours de soins complexifié

Chaque parcours de soins, pour une consultation, du dépistage, de la prévention, un diagnostic, des soins urgents, est composé d'étapes. Chaque étape est programmée ou non. La consultation programmée permet de choisir son mode de locomotion, même en zone rurale. Ce n'est pas le cas des consultations non programmées qui ont besoin d'une réponse urgente à des symptômes soudains et gênants. C'est le cas pour les enfants et les personnes âgées, qui peuvent se trouver très éloignés des centres hospitaliers. Le recours au spécialiste ou à une prise en charge spécialisée se heurte au fait qu'ils ne sont pas installés dans les territoires ruraux ou semi-ruraux. Une solution, pour autant, est envisageable : l'outil de télé-médecine, une des solutions possibles pour répondre aux besoins de santé de la population dans ces territoires.

## Des solutions possibles

L'ORS détaille avec pertinence neuf propositions pour trouver des solutions aux difficultés que rencontrent les habitants de ces zones déshéritées, pour exercer leurs droits d'accéder à des soins spécialisés.

Le bon sens voudrait que l'on renforce déjà la présence des médecins généralistes sur les territoires. Cette proposition gagnera en crédibilité et en attractivité, si on développe dans ces zones des Maisons de Santé Pluriprofessionnelles, des Centres de santé et des regroupements de libéraux et si un soutien est apporté aux hôpitaux de proximité.

Pour lutter contre la désertification, il est nécessaire de mailler les zones fragiles en implantant des antennes de ressources de soins publiques ou parapubliques, notamment avec les services de la Protection maternelle infantile (PMI) et les Centres médico-psychologiques (CMP).

Une proposition pleine de bon sens est d'aider au développement de ressources sanitaires mobiles dans les territoires ruraux, et même d'aider aux transports des habitants. Une autre idée, souvent reprise, est de développer les outils numériques et la télémédecine.

La revitalisation passe également, au niveau de l'organisation des soins, par les coopérations renforcées entre les différents professionnels de santé, avec les Groupements hospitaliers de territoire (GHT), mais aussi avec la formation renforcée des médecins généralistes et autres professionnels de santé des territoires ruraux.

## RECOMMANDATIONS

La CRSA, consciente que l'accès aux soins est un droit que peuvent et doivent exercer tous les usagers, a soutenu le nouveau Programme régional de santé qui en a fait un axe fort.

Concernant le nouveau zonage, elle constate que plus d'1 600 000 habitants de notre région, vivant sur le tiers de sa surface, se trouvent dans des zones d'intervention prioritaires où l'offre d'accès aux soins, de premiers recours et aux spécialistes, est loin de correspondre aux besoins en santé.

La CRSA apprécie la qualité des travaux de l'ORS Auvergne-Rhône-Alpes, traitant de l'accès aux médecins spécialisés. Néanmoins, elle regrette que l'étude n'ait pas chiffré précisément les besoins en médecins spécialisés, au niveau des territoires. Ces informations manquent aux usagers pour évaluer l'importance des efforts à réaliser, afin d'équilibrer les besoins et l'offre en santé.

Elle soutient l'ARS qui, dans les multiples mesures qu'elle déploie, s'efforce de lutter contre les déserts médicaux. Soulignant que la région Auvergne-Rhône-Alpes est la première région en nombre de maisons de santé, elle demande que cet effort soit poursuivi.

La CRSA encourage l'ARS à expérimenter de nouvelles solutions et à soutenir toutes les initiatives pour assurer un accès aux soins à tous les habitants de la région.

## **Chapitre 3: Qualité des prises en charge et accompagnements**

- 1) Mesure de la satisfaction des patients hospitalisés pour une chirurgie ambulatoire - Campagne 2018 (E-SATIS MCOA)
- 2) Mesure de la satisfaction des patients "e-Satis", hospitalisés pour une chirurgie ambulatoire – Campagne 2018 (E-Satis MCOA)
- 3) Les niveaux de certification des établissements – Haute autorité de santé (HAS)

## Chapitre 3: Qualité des prises en charge et accompagnements

### 1) Mesure de la satisfaction des patients hospitalisés pour une chirurgie ambulatoire - Campagne 2018 (E-SATIS MCOA)

Le rapport annuel standardisé de la CNS recommande d'aborder, dans son troisième volet, la question de la qualité des prises en charge et accompagnements. C'est pour cette raison que la CSDU a exploité les résultats du dispositif national de mesure de la satisfaction et de l'expérience des patients : e-Satis<sup>19</sup>.

#### Un rappel rapide sur le dispositif de mesure

Ce dispositif, appelé "e-Satis" et géré depuis 2015 par la Haute Autorité de Santé (HAS), répond à la volonté d'associer les patients aux enjeux d'amélioration du système de soins, en déployant un dispositif national de mesure, mis à disposition de tous les établissements, pour recueillir, grâce à des questionnaires validés, leur satisfaction et leur expérience.



e-Satis doit répondre à trois objectifs, communs à l'ensemble des indicateurs de qualité et de sécurité des soins portés par la HAS :

- permettre aux professionnels de santé de s'améliorer, grâce aux résultats détaillés produits,
- informer les usagers sur la qualité de l'offre de soins<sup>^</sup>, en diffusant un indicateur de résultat issu de l'évaluation du patient et leur permettre de s'exprimer sur leur expérience, de façon anonyme et transparente,
- participer au pilotage des politiques de santé et à la régulation par la qualité.

Il faut souligner que la période où l'amélioration de la qualité des soins était évaluée à partir du respect des bonnes pratiques cliniques et organisationnelles, est aujourd'hui complétée par la mesure de l'expérience et de la satisfaction des patients. On peut y voir un élément positif de la démocratie en santé.

## Résultats de la participation des établissements à la campagne nationale réalisée en ligne

### *Pour une première campagne, la participation est jugée comme satisfaisante :*

- 814 établissements ont participé, sur 1 013 qui étaient concernés,
- 87 % des établissements qui en avaient l'obligation ont participé. Ce résultat est équivalent à l'enquête qui avait eu lieu en 2016 pour la première campagne e-Satis MCO, qui avait eu un score de 84 %.

### *Descriptif de la participation des établissements :*

- 493 393 e-mails de patients ont été déposés par les établissements sur la plateforme nationale e-Satis, lors de cette 1ère campagne qui a duré 6 mois (entre le 2 mai et le 18 octobre 2018).
- 16,6 % des patients ont reçu un questionnaire. C'est un taux de couverture encourageant, mais il est important de le faire augmenter.
- en moyenne, plus de 80 000 e-mails sont déposés par les établissements tous les mois sur la plateforme, soit environ 2 800 e-mails de patients par jour (1 900 pour e-Satis +48h MCO).

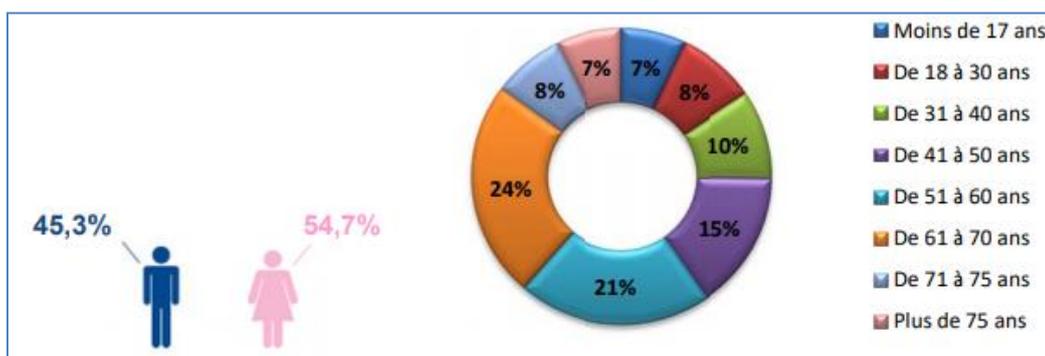
### *Participation des patients :*

- le taux de réponse est de 29,1 % (25,8 % en 2018 pour e-Satis + 48 h MCO)
- 137 331 patients ont renseigné complètement le questionnaire dans 90 % des cas,

### *Descriptif de la participation des patients :*

- L'âge moyen des répondants est de 51 ans, un sur quatre a entre 60 et 70 ans, et 15 % plus de 70 ans,
- 54,7 % sont des femmes,
- 90 % des patients qui débutent la saisie du questionnaire vont jusqu'au bout,
- 59 % avaient déjà eu une intervention en ambulatoire,
- 69 %, une anesthésie générale,
- Les patients mettent 9 à 10 minutes pour remplir le questionnaire.

### Répartition de l'âge des répondants



## Résultats de l'enquête nationale

Un questionnaire très détaillé qui permet d'identifier les points à améliorer

Un questionnaire comportant 62 questions pour évaluer le parcours du patient : avant son hospitalisation, le jour de son hospitalisation et de son accueil, sa prise en charge, sa chambre et sa collation, l'organisation de sa sortie et de son retour à domicile.

### Une évaluation de l'expérience du patient et de la satisfaction qui en découle

L'enquête e-Satis évalue, à l'aide de 33 questions, l'expérience des patients, et à l'aide 18 questions sa satisfaction. Ainsi, on demande au patient si les professionnels ont répondu à toutes les questions qu'il se posait et, en complément, on lui demande si la clarté des réponses obtenues était satisfaisante. Deux informations importantes et complémentaires qui débouchent sur des actions d'amélioration différentes.

### Une production de deux types de résultats

- Un indicateur de résultat : le score de satisfaction globale et d'expérience. Il s'agit de la perception du patient, de son point de vue et de son expérience réelle. La diffusion de ce score permettra aux usagers d'être informés par une seule note du point de vue d'autres patients.
- Des résultats détaillés directement disponibles en continu sur la plateforme e-Satis. En soulignant qu'apparaît un nouvel indicateur de qualité et de sécurité en chirurgie ambulatoire, développé par la HAS et recueilli par les établissements.

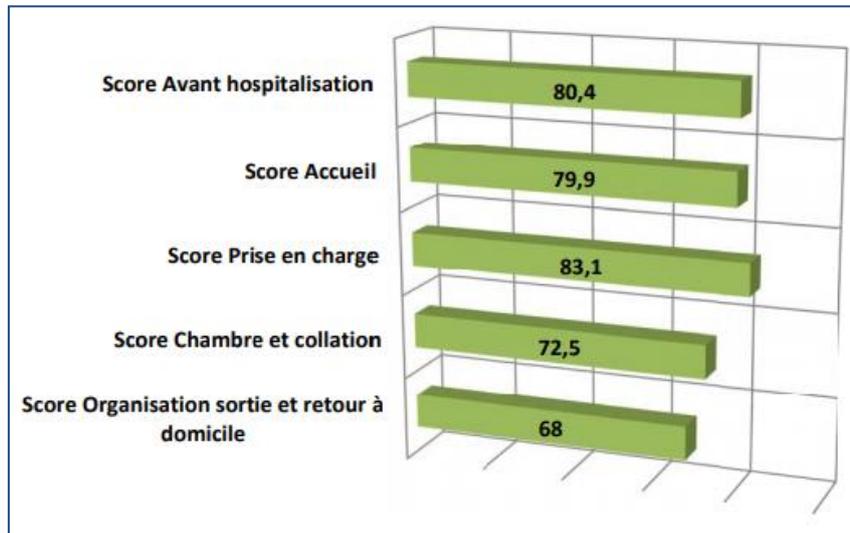
## Score national 2018 de la satisfaction globale et d'expérience des patients hospitalisés en chirurgie ambulatoire

Score national 2018 de satisfaction globale et d'expérience des patients hospitalisés pour une chirurgie ambulatoire		
<b>76,4 / 100</b>		
<b>Quartile inférieur</b>	<b>Médiane</b>	<b>Quartile supérieur</b>
68,8	76	85,4

En bref,

Le score national de satisfaction globale et d'expérience est de 76,7/100

## Scores nationaux de satisfaction et d'expérience en fonction des étapes du parcours du patient



Les étapes du parcours qui obtiennent les moins bons scores sont :

- le score concernant l'organisation de la sortie et le retour à domicile, (68/100),
- les résultats vis-à-vis de la qualité de la chambre et de la collation, (72,5/100)

### Quelques résultats détaillés du questionnaire e-Satis MCO CA

#### *La période précédant l'hospitalisation, avec un score de 80,4/100*

- les informations nécessaires données avant l'opération sont jugées comme satisfaisantes. Les scores sont de l'ordre de 99 %,
- les établissements ont recontacté 72 % des patients pour leur rappeler les consignes essentielles (sms, appel téléphonique, message sur répondeur, ...),
- le passeport ambulatoire a été remis à 83,7 % des patients qui estiment, à 95,7 % que l'information contenue est bonne ou excellente,
- à 90,4 % les patients jugent que les professionnels ont répondu aux questions qu'ils ont posées en amont de l'opération et qu'ils ont obtenu des réponses claires jugées bonnes ou excellentes à 96,9 %,
- plus de 9 patients sur 10 se sont sentis soutenus et mis en confiance par les professionnels, en amont de leur opération.
- par contre, on notera que **40 % des patients n'ont pas reçu d'ordonnance** (médicament pour soulager une éventuelle douleur) avant leur opération.

### ***L'accueil du patient, qui recueille un score de 79,9/100***

- les démarches administratives sont jugées simples (87,6 %),
- l'accessibilité jusqu'au service où a lieu leur opération est estimée par 88,3 %, comme bonne à excellente, ainsi que l'accueil du personnel et l'identification des professionnels. De même que les explications sur le déroulement de la journée ou la politesse et l'amabilité des personnels.

### ***Prise en charge du patient, qui atteint un score de 83,1/100***

- **l'attente avant opération est peu appréciée par 17,2 % des patients.** 56,4 % des patients ont ressenti de l'inquiétude et de l'anxiété, 6 % de façon intense à extrêmement intense.
- par contre, 94,4 % des patients se sont sentis soutenus par les professionnels et mis en confiance dans le bloc opératoire (93,3 %).
- la moitié des patients n'a pas ressenti de douleur (47 %) suite à l'opération. Ceux qui en ont éprouvé sont globalement satisfaits de la prise en charge de ces douleurs,
- 92,4 % des patients sont très satisfaits du respect de leur intimité comme de la confidentialité.

### ***Chambre et collation, avec un score de 72,5/100***

- 1/3 des patients étaient dans un espace commun et non dans une chambre individuelle. 9 patients sur 10 sont tout de même très satisfaits du respect de leur intimité et de leur dignité dans ces espaces (84,6 % de «bon» à «excellent»). 9 patients sur 10 avaient un endroit personnel pour ranger leurs affaires (placard, vestiaire, etc...),
- mais, **1 patient sur 5 juge le confort de son espace de moyen à mauvais,**
- la collation est cotée de moyenne à faible par le tiers des patients, qui sont 93,4 % à avoir pris cette collation.

### ***Organisation de la sortie et retour à domicile, score = 68/100.***

- **Insatisfaction sur le délai d'attente pour voir un médecin,** avant la sortie, pour 20 % des patients. Mais de bonnes informations données sur les traitements à prendre chez soi, pour 87,6 % des patients, comme de bonnes informations également sur les signes ou complications devant les amener à recontacter l'établissement en urgence
- par contre, **25 % des patients n'ont reçu aucune information sur les signes ou complications devant les amener à recontacter l'établissement en urgence.**
- 80 % des patients ont reçu des informations sur le suivi (prochain rendez-vous, prochaine étape) après la sortie,
- 70 % des patients ont reçu un numéro de téléphone de la personne ou du service à contacter en cas d'urgence. 6 % ont eu besoin d'appeler ce numéro après leur sortie. Parmi eux, 73,6 % était très satisfaits de la qualité du contact,

- 28 % des patients n'ont pas reçu de document à leur sortie, contenant des informations sur leur intervention et leur suivi (lettre de liaison),

### *Soutien des professionnels*

- les patients, à 86,7 %, se sont sentis rassurés par les professionnels au moment de leur sortie
- la moitié des patients (52,1 %) a été contactée entre 1 et 3 jours après leur sortie (sms, appel téléphonique)
- importante satisfaction concernant la qualité du contact, à 95 %, après le retour à domicile (sentiment de sécurité, de tranquillité), pour 9 patients sur 10 qui sont très satisfaits.

## Classement des établissements

En bref :

En 2017, 585 établissements de santé sont d'ores-et-déjà intégrés au classement national. C'est 182 de plus que lors de la 1ère campagne nationale e-Satis +48h MCO.

Parmi les établissements de santé classés, 50,9 % sont classés A ou B.

### Nombre d'établissements de santé au niveau géographique par classe en fonction de leur type

Type d'établissement de santé	Classe A Score <sup>9</sup> ≥ 79,7à	Classe B Score ≥ à 76,5 et < à 79,7	Classe C Score ≥ à 73,1 et < à 76,5	Classe D Score < à 73,1	Total classés	DI*
Centres Hospitaliers	33	48	28	4	113	113
Établissements appartenant aux Centres Hospitalo-Universitaires	3	12	23	3	41	36
Centres de Lutte Contre le Cancer	12	6	0	0	18	2
Etablissements de santé privés à but non lucratif	15	20	9	2	46	19
Etablissements de santé privés à but lucratif	25	124	167	51	367	59
<b>Total (%)</b>	<b>88 (15%)</b>	<b>210 (35,9%)</b>	<b>227 (38,8%)</b>	<b>60 (10,3%)</b>	<b>585</b>	<b>229</b>

La répartition des établissements de santé au niveau géographique s'effectue en 4 classes cohérentes, de scores homogènes, selon une méthode statistique dite de classification ascendante hiérarchique : La classe A, qui correspondant à la meilleure classe en termes de satisfaction, compte 15 % des établissements de santé classés. Enfin, le pourcentage de recommandation est publié sur le site "Scopesante.fr" pour chaque établissement.

## Conclusions

### *Des observations encourageantes*

- cette première campagne e-Satis, conduite de mai à octobre 2018, concernait 1 013 établissements et directement 2,9 millions de patients hospitalisés en ambulatoire
- une participation encourageante des établissements de santé, avec l'engagement de 814 établissements, dont 87 % avec une obligation de participation
- une implication traduite par 490 000 e-mails, ce qui signifie que l'envoi des questionnaires à concerner 16,6 % des patients hospitalisés
- un taux de réponse encourageant, à hauteur de 29,1 %,

### *Des axes d'amélioration*

- l'organisation de la sortie et du retour à domicile du patient est un axe d'amélioration principal. La transmission des informations doit être améliorée, afin de permettre la continuité des soins.
- l'intégration, dès la 1ère campagne, de 585 établissements de santé au classement national, est un succès indéniable,
- parmi eux, 50,9 % sont classés en A et B et 10 % en D. De quoi continuer à recueillir et améliorer le point de vue de leurs patients. La 2ème campagne e-Satis pour les patients admis en chirurgie ambulatoire a débuté le 18 octobre 2018 et elle s'achèvera mi-octobre 2019.

La participation des établissements de santé d'une part et des patients d'autre part sont des enjeux majeurs pour le dispositif de mesure de la satisfaction et de l'expérience patient.

La HAS doit s'investir pour augmenter la participation des établissements et des patients :

- par des actions de communication (outils à développer : affiches, vidéos, messages-clés...),
- par de nouvelles formes de sollicitation des patients (nouvelles façon de répondre via l'utilisation du sms par exemple),
- par la mobilisation des établissements, en identifiant et en utilisant les meilleures pratiques,
- par une montée en charge progressive de l'expression de tous les patients,
- par une diversification des différents domaines de prise en charge, afin de permettre à tous les patients de s'exprimer : les établissements SSR, l'hospitalisation à domicile et les EHPAD
- par une intégration, dans la politique nationale de management, de la qualité et de la sécurité des soins et une évolution du dispositif d'incitation financière à la qualité (IFAQ), qui progresse très fortement à partir de 2019.

## Le classement des établissements par région

score

=

68/100.

Répartition des établissements de santé par région et par classe en pourcentage									
Régions	A		B		C		D		Nbre établissements Total classé (FINESS Géographique)
	N	%	N	%	N	%	N	%	
Auvergne-Rhône-Alpes	5	7	27	38	34	48	5	7	71
Bourgogne-Franche-Comté	4	17	7	31	9	39	3	13	23
Bretagne	6	24	15	60	4	16	0	0	25
Centre-Val de Loire	3	12	10	42	10	42	1	4	24
Corse	0	0	1	33	2	67	0	0	3
Grand Est	14	30	18	39	14	30	0	0	46
Guadeloupe	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Guyane	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Hauts de France	4	8	23	44	20	38	5	10	52
Ile de France	8	9	14	15	39	43	30	33	91
Martinique	0	0	0	0	0	0	1	100,0	1
Normandie	11	38	11	38	7	24	0	0	29
Nouvelle Aquitaine	11	19	28	47	19	32	1	2	59
Occitanie	9	13	25	37	26	39	7	10	67
Océan Indien	0	0	0	0	5	100,0	0	0	5
PACA	8	13	24	39	23	38	6	10	61
Pays de la Loire	5	18	7	25	15	54	1	4	28
<b>TOTAL</b>	<b>88</b>	<b>15</b>	<b>210</b>	<b>36</b>	<b>227</b>	<b>39</b>	<b>60</b>	<b>10</b>	<b>585</b>

Ce tableau, fourni à titre informatif, ne permet pas de comparer les régions, du fait du nombre d'établissements intégrés dans le classement, très variable d'une région à l'autre.

Il permet de donner une vision d'ensemble de la répartition des établissements de santé par classe dans chaque région. C'est ainsi que l'on peut relever que 45 % des établissements de notre région ont un classement en A et B et que 7 % ont un classement en D.

## RECOMMANDATIONS

La CRSA souhaite que l'ARS encourage les établissements à participer activement au dispositif national e-Satis. Lorsqu'une enquête est en cours, il faut informer les patients hospitalisés, recueillir leurs adresses mails qui seront communiquées à l'ATIH. Celle-ci adressera au patient, deux semaines après sa sortie, un questionnaire sécurisé par e-mail.

La CRSA souhaite également que les établissements, dans le secteur de la MCO ambulatoire, procèdent à des remédiations :

- ✚ dans la période qui précède l'hospitalisation, mais aussi celle qui correspond à la sortie, afin que les patients disposent de toutes les informations nécessaires et utiles à la bonne coordination de leur parcours,
- ✚ dans l'organisation de la sortie et du retour à domicile du patient, qui est un axe principal d'amélioration. La transmission des informations doit être améliorée afin de permettre la continuité des soins.
- ✚ l'attente avant opération, qui est souvent un temps anxiogène,
- ✚ la qualité des chambres ou des espaces dédiés à la chirurgie ambulatoire,
- ✚ enfin, sur l'obligation de donner à tous les patients sortant toutes les informations indispensables sur les signes ou complications devant les amener à recontacter l'établissement en urgence.

## 2) Mesure de la satisfaction et de l'expérience des patients "e-Satis", hospitalisés plus de 48 heures, dans un établissement MCO

Le rapport annuel 2019 a manifesté beaucoup d'intérêt pour la première enquête de satisfaction et d'expérience des usagers, concernant une intervention chirurgicale en ambulatoire, d'une durée inférieure à 48 heures. C'était une première pour le secteur de l'ambulatoire et un test pour mieux connaître les réactions et le ressenti des usagers.

Le souci de la qualité des prises en charge et des accompagnements impose également de s'intéresser aux résultats de l'enquête e-Satis 2018<sup>21</sup>, validée par la HAS, en MCO, s'intéressant aux hospitalisations d'une durée supérieure à 48 heures. En effet, pour la première fois en France, un dispositif national opérationnel a été déployé en direction de tous les établissements de santé pour recueillir le point de vue de leurs patients.



Ces enquêtes, qui portent sur l'ensemble des indicateurs de qualité et de sécurité des soins, permettent aux professionnels d'améliorer leurs pratiques et d'optimiser l'organisation grâce aux résultats détaillés produits.

Elles informent les usagers sur la qualité de l'offre de soins, en diffusant un indicateur de résultat issu de l'évaluation du patient.

Elles sont indispensables pour le pilotage des politiques de santé, dont la régulation s'effectue par la qualité.

Enfin, et ce n'est pas négligeable, elles donnent la parole aux patients qui s'expriment sur leur expérience, de façon anonyme et transparente.

Chaque année, la diffusion publique nationale des indicateurs est faite sur le site de la HAS, pour l'information des usagers : Scope Santé, [www.scopesanté.fr](http://www.scopesanté.fr)

<sup>21</sup> Questionnaire E-Satis + 48 H MCO

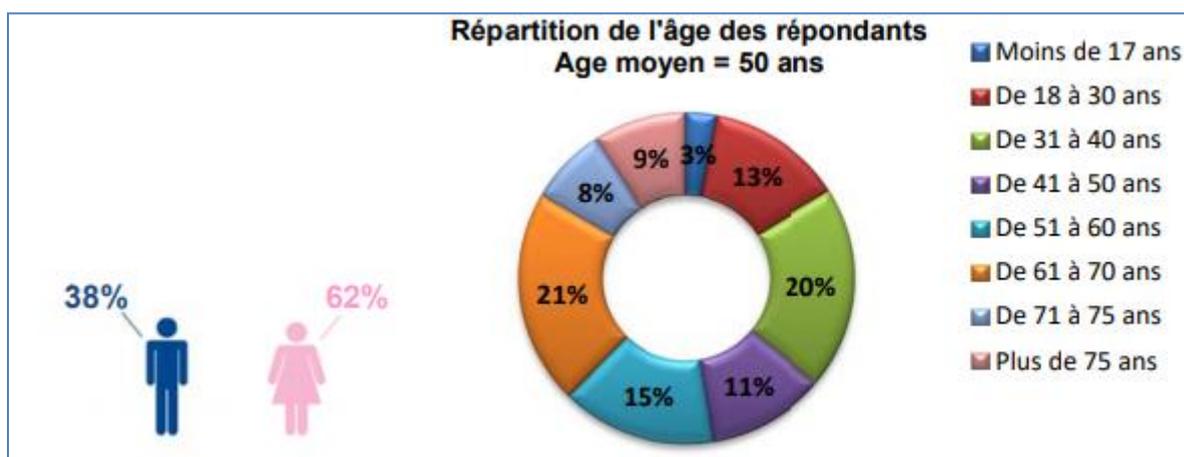
## Une participation des établissements en croissance régulière

On notera que :

- 1 113 établissements ont participé au dispositif,
- le nombre d'établissements non répondants a baissé. Il est de 4 % en 2018 contre 5,5 % en 2017 et 16 % en 2016,
- 740 998 patients ont déposé leur e-mail sur la plateforme nationale e-Satis lors de la campagne 2018, ce qui représente 15,4 % de la population cible, laquelle est chiffrée à à plus de 4,8 millions de patients ayant séjourné plus de 48h en établissement de santé MCO. Ce taux est en augmentation, car il était de 14,7 % en 2017, **mais il est important de le faire encore augmenter,**
- en moyenne, plus de 57 800 e-mails sont déposés par les établissements tous les mois sur la plateforme, environ 1 900 e-mails de patients par jour.

## Une participation des patients de plus en plus importante

- le taux de participation est de 25,8 %, en augmentation de 8,5 % par rapport à 2017,
- 190 470 patients ont intégralement rempli le questionnaire, soit une hausse de 65 000 par rapport à 2017,
- l'âge moyen des patients est de 50 ans, 21 % des répondants ont entre 60 et 70 ans, et 17 % plus de 70 ans,
- 62 % des répondants sont des femmes,
- la moitié des répondants était hospitalisé pour la première fois dans l'établissement qu'ils ont eu à évaluer et 13,8 % avaient été orientés dans l'établissement par un proche (famille, ami).



## Résultats de l'enquête nationale

Le questionnaire est composé de 63 questions, qui permettent au patient d'évaluer précisément son parcours : l'accueil dans l'établissement, la prise en charge par les professionnels, la chambre et le repas, l'organisation de sa sortie.

Le nombre de questions posées est important, 38 questions permettent d'évaluer la satisfaction et 15 questions détaillent l'expérience du patient. Cela permet d'identifier les points à améliorer et de dégager des pistes d'amélioration concrètes. L'évaluation de l'expérience du patient et de la satisfaction qui en découle n'est pas à négliger.

Le score national de satisfaction globale et d'expérience des patients est de 73,3/100, un résultat quasi comparable à 2017 (73,2/100).

Comme lors de la campagne 2017 :

- les résultats concernant l'organisation de la sortie sont les plus bas, 63,4/100,
- comme les résultats vis-à-vis de la qualité des repas (score à 58,1/100) et de la chambre, (score à 71,7/100).

### Scores nationaux de satisfaction et d'expérience en fonction des étapes du parcours du patient



## L'accueil du patient

**L'accueil du patient**, qui a un score de 73,4/100, présente des points forts, notamment l'accueil par les personnels administratifs et soignants, ainsi que leur identification et les horaires de visites.

Cependant, il présente des cotations qui montrent certaines faiblesses :

- un tiers des patients n'est pas satisfait de l'accessibilité à l'établissement (transport, parking, signalétique) et 11 % la juge faible à mauvaise,
- le livret d'accueil, jugé très clair par ceux qui en ont été bénéficiaires, n'a pas été remis à 37,7 % des patients,
- la majorité des patients n'est pas informée de la présence de représentants d'usagers dans l'établissement. Seuls 20 % ont cette information.

**La prise en charge médicale et paramédicale du patient**, qui a un score de 81,2/100, enregistre de très bonnes appréciations, notamment pour la clarté des réponses obtenues auprès des soignants (90 %), au niveau de leur soutien, de leur écoute et du respect qui leur a été témoigné (88 %). L'aide reçue pour les activités courantes est appréciée d'une façon générale, comme le respect de l'intimité, du secret professionnel, de la prise en charge de la douleur et des autres inconforts comme les nausées, vertiges, etc ...

Par contre, il reste des marges de progrès importantes au niveau :

- des **explications fournies par les soignants** ; 10 % des patients se plaignent de n'en avoir jamais ou rarement bénéficié,
- de **l'inquiétude et de l'anxiété** qu'a ressentie un tiers des patients lors du séjour hospitalier,
- du **soutien des professionnels** ; 25 % des patients estiment que ce dernier est moyen, voire mauvais,
- de **la relation patient/professionnel** ; 10 % des patients ont vécu une situation où un professionnel évoquait son cas médical comme s'il n'était pas là.
- en ce qui concerne **la décision médicale partagée**, la moitié des patients (49,5 %) ne souhaite pas participer aux décisions concernant leurs soins et leurs traitements. Par contre, deux patients sur cinq qui en ont exprimé le souhait ont pu toujours le faire (39,8 %),
- 33,6 % des patients, soit un tiers, qui ont eu un **besoin d'aide urgente**, pour une perfusion débranchée par exemple, estiment que **l'intervention en urgence est faible ou mauvaise**,

**Le confort de la chambre et la qualité du repas**, qui a un score global de 67,3/100, suscite d'importantes réserves, même si 84,5 % des patients s'estiment satisfaits ou très satisfaits de la propreté de la chambre. Il faut noter néanmoins que le quart des répondants étaient en chambre double. Le confort, la température et le calme sont cotés assez sévèrement, avec des appréciations qui vont de mauvaises, faibles à moyennes, pour un quart des usagers.

- **La qualité et la variété des repas** conviennent à 75 % des résidents. Pour ce qui est du **quart restant, ils la trouvent mauvaise, voire faible.**

**L'organisation de la sortie, qui obtient une cotation globale de 63,4/100, n'est pas optimale.** Un patient sur quatre la juge de moyenne à mauvaise.

- Pour autant, il faut souligner que toutes les **informations données sur le traitement médicamenteux post opératoire** sont appréciées par 8 patients sur 10. Dans 90 % des cas, le patient a reçu des informations sur son suivi médical, les différentes étapes et la date de son prochain rendez-vous.
- Par contre, **1 patient sur 3 n'a aucune information sur sa reprise d'activité, pas plus d'information sur les signes ou complications qui doivent le conduire à reprendre contact avec l'hôpital ou un médecin.**

### Classement des établissements

#### Nombre d'établissements de santé au niveau géographique par classe en fonction de leur type

Type d'établissement de santé	Classe A Score <sup>9</sup> ≥ à 77.3	Classe B Score ≥ à 74 et < à 77.3	Classe C Score ≥ à 70.7 et < à 74	Classe D Score < à 70.7	Total Classés	DI*
Centres Hospitaliers	8	34	101	70	213	206
Établissements appartenant aux Centres Hospitalo-Universitaires	2	12	46	34	94	23
Centres de Lutte Contre le Cancer	14	6	0	0	20	0
Etablissements de santé privés à but non lucratif	15	24	24	8	71	31
Etablissements de santé privés à but lucratif	61	149	107	38	355	100
<b>Total (%)</b>	<b>100 (13,3%)</b>	<b>225 (29,9%)</b>	<b>278 (36,9%)</b>	<b>150 (19,9%)</b>	<b>753</b>	<b>360</b>

On retiendra que :

- 753 établissements de santé, sur 1 113 qui ont participé à la campagne, sont intégrés au classement national, (ils étaient 623 en 2017 et 403 en 2016). Une progression de 130 de plus qu'en 2017,
- 43 % sont classés A ou B,
- Pour les 2/3 de ces établissements, la classe reste la même, en 2018 comme en 2017,
- 18 % ont gagné au moins une classe, et 14 % ont perdu au moins une classe.

## Le score ajusté de satisfaction globale et d'expérience par établissements de santé

Le classement des établissements par région. Ce tableau est fourni à titre informatif, il ne permet pas la comparaison entre les régions du fait du nombre d'établissements intégrés dans le classement, très variable d'une région à l'autre. Il permet de donner une vision d'ensemble de la répartition des établissements de santé par classe dans chaque région.

Répartition des établissements de santé par région et par classe en pourcentage									
Régions	A		B		C		D		Nbre établissements Total classés (FINESS Géographique)
	N	%	N	%	N	%	N	%	
Auvergne-Rhône-Alpes	12	14	25	29	36	41	14	16	87
Bourgogne-Franche-Comté	6	18	8	23	15	44	5	15	34
Bretagne	12	32	13	34	13	34	0	0	38
Centre-Val de Loire	0	0	10	40	11	44	4	16	25
Corse	0	0	0	0	2	50	2	50	4
Grand Est	11	16	14	21	27	40	15	22	67
Guadeloupe	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Guyane	0	0	0	0	1	50	1	50	2
Hauts de France	9	14	23	36	22	35	9	14	63
Ile de France	8	6	21	15	51	37	56	41	138
Martinique	0	0	1	25	0	0	3	75	4
Normandie	6	17	12	33	10	28	8	22	36
Nouvelle Aquitaine	12	17	34	48	21	30	4	6	71
Occitanie	9	14	17	27	26	41	11	17	63
Océan Indien	0	0	0	0	2	29	5	71	7
PACA	10	12	29	36	30	37	11	14	80
Pays de la Loire	5	14	18	50	11	31	2	6	36
<b>TOTAL</b>	<b>100</b>	<b>13</b>	<b>225</b>	<b>30</b>	<b>278</b>	<b>37</b>	<b>150</b>	<b>20</b>	<b>753</b>

## En conclusion

Quelques constats tout à fait encourageants :

- la troisième campagne e-Satis pour les patients hospitalisés plus de 48 heures dans un établissement de santé de Médecine - Chirurgie – Obstétrique s’adressait à 1 472 établissements,
- du côté des établissements, une participation en progression chaque année : 1 113 établissements en 2018, 1 101 en 2017 et 983 en 2016,
- du côté des patients, un intérêt croissant : 740 998 emails déposés, soit plus de 21 000 e-mails supplémentaires par rapport à l’année précédente. Un questionnaire envoyé à 15,4 % des patients hospitalisés,
- une augmentation de la participation des patients, avec un taux de réponse qui est passé de 17,3 % à 25,8 % en 2018,
- des enquêtes entièrement renseignées pour 190 470 patients, soit 65 000 de plus que pour l’enquête précédente de 2017,
- le classement des établissements permet de constater que les deux meilleures classes, A et B, rassemblent 43 % des structures hospitalières.
- on enregistre également que 68 % des établissements sanitaires ont stabilisé leurs résultats et 18 % les ont améliorés,
- enfin, 20 % sont classés en D. Ce qui doit les motiver à envisager des remédiations.

Les résultats obtenus, lors de cette troisième campagne, sont tout à fait encourageants et font la démonstration que l’évaluation en santé, lorsqu’on associe les usagers qui en sont les principaux bénéficiaires, permet de mettre en place un pilotage efficace par la qualité et la sécurité.

## RECOMMANDATIONS

La CRSA reconnaît le bien fondé et tout l'intérêt de la troisième campagne e-Satis, qui concernait 1 472 établissements et environ 4,8 millions de patients hospitalisés, sur la période de novembre 2017 à octobre 2018.

Elle enregistre avec satisfaction que, loin de s'essouffler, ce dispositif rassemble de plus en plus d'établissements et entraîne chez les patients un intérêt qui ne fait qu'augmenter.

Si le score national de 73,3/100 est très légèrement supérieur à celui de la dernière campagne 2017, il n'en reste pas moins que des actions d'amélioration s'imposent dans les domaines de l'organisation de la sortie, la qualité des repas et des chambres.

La CRSA demande :

- ✚ que la HAS encourage les établissements à encore accroître leur participation et incite les patients à répondre, en déployant une communication efficace sous forme d'affiches, de vidéos, etc ...
- ✚ qu'elle mobilise les établissements autour des points qu'il convient d'améliorer et les soutienne pour adopter les meilleures pratiques,
- ✚ qu'elle étende le dispositif national e-Satis à tous les domaines de prise en charge afin de permettre à tous les patients de s'exprimer, notamment les établissements SSR, l'hospitalisation à domicile et les EHPAD

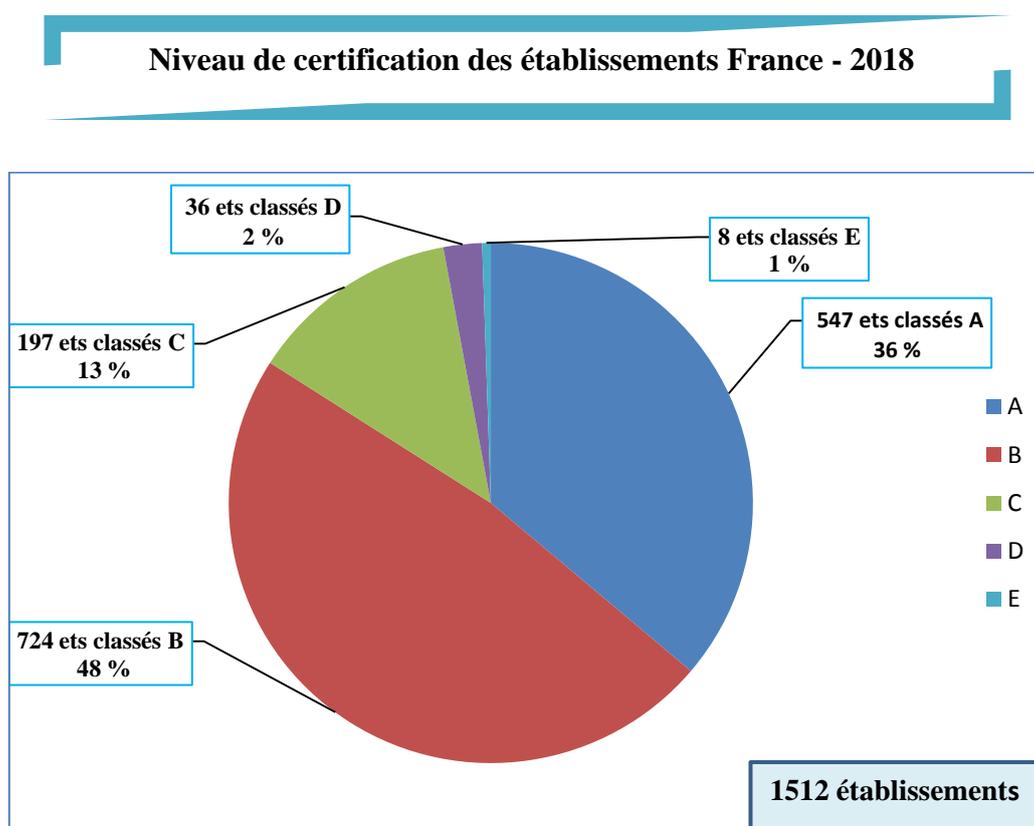
La CRSA approuve le dispositif d'Incitation Financière à la Qualité (IFAQ) qui évolue en 2019 et prend en compte les résultats des établissements.

### 3) Les niveaux de certification des établissements – HAS – 2018

Pour mémoire :

- La classification A correspond à la certification de la HAS
- La classification B correspond à la certification, avec des recommandations d'amélioration
- La classification C correspond à la certification avec des obligations d'amélioration,
- La classification D correspond à un sursis à statuer par la HAS
- La classification E correspond à la non-certification de la HAS.

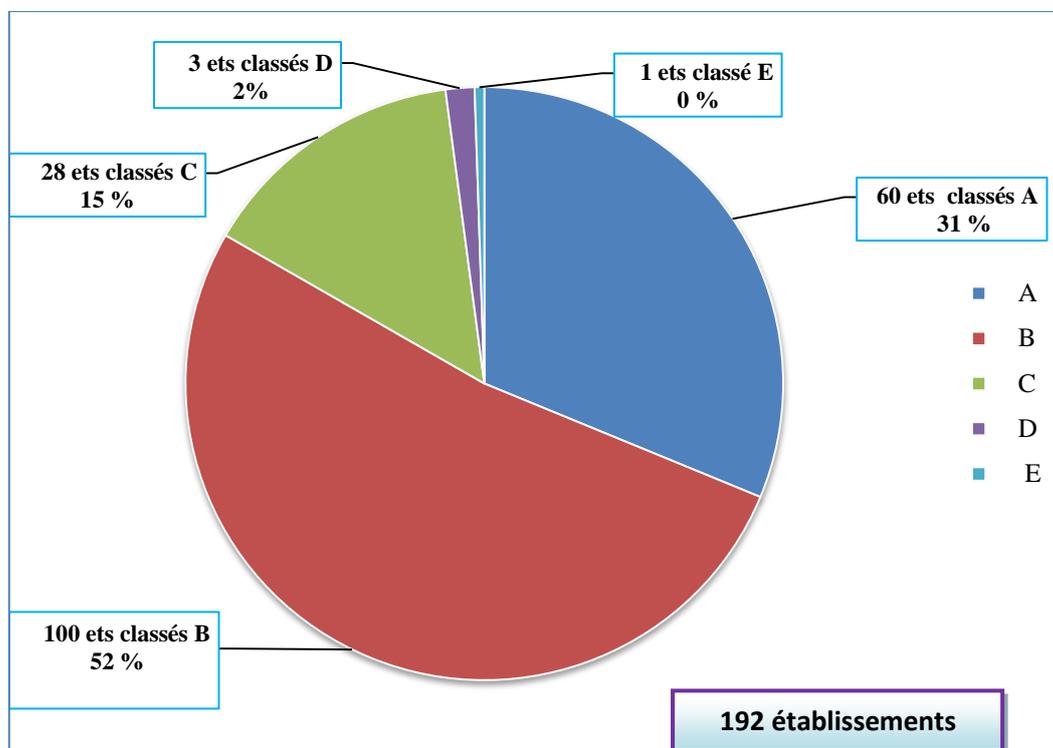
Un document de la HAS a permis de regrouper les établissements par niveau obtenu de certification, d'une part au niveau national, d'autre part au niveau régional.



Comme on peut le constater tout d'abord au niveau national :

- 36 % des établissements obtiennent le niveau A,
- 48 % le niveau B,
- 13 % le niveau C,
- 2 % le niveau D,
- 1 % le niveau E.

## Niveau de certification des établissements Auvergne-Rhône-Alpes - 2018



Au niveau de notre région, Auvergne-Rhône-Alpes :

- 31 % des établissements obtiennent le niveau A, (versus 36 % pour le national),
- 52 % le niveau B, (versus 48 % pour le national),
- 15 % le niveau C, (versus 13 % pour le national),
- 2 % le niveau D, (même score que le national),
- 0 % le niveau E (en fait un seul établissements a été non-certifié par la HAS).

A l'évidence, les niveaux de certification entre le national et la région présentent de fortes similitudes. Si un effort doit être accompli, c'est bien au niveau de la classification de niveau A qu'il doit l'être.

## **Chapitre 4 : Santé et environnement**

- 1) De l'environnement et de la santé
- 2) Les maladies respiratoires et la pollution de l'air
- 3) Les maladies respiratoires : Broncho-Pneumopathies Chroniques Obstructives (BPCO), allergie
- 4) Saturnisme infantile – Les logements insalubres

## Chapitre 4 : Santé et environnement

### 1) De l'environnement et de la santé

Le rapport annuel standardisé de la CNS recommande d'aborder, dans le quatrième volet du rapport annuel de la région, la question de la santé et de l'environnement. Pour répondre à cette sollicitation, la CSDU s'est référée au 3ème plan régional santé-environnement (PRSE3 – 2017/2021), approuvé, le 18 avril 2018, par le préfet de région et le directeur général de l'ARS. Elle a exploité également le document<sup>22</sup> réalisé conjointement par le Cerema<sup>23</sup> et les Observatoires Régionaux de la Santé, en lien avec l'ARS AuRA, la Direction Régionale de l'Environnement, de l'Aménagement et du Logement (DREAL) et le Conseil Régional.

Le PRS de la région Auvergne-Rhône-Alpes, qui s'inscrit dans la SNS (stratégie nationale de santé), arrêtée par le gouvernement en décembre 2017, prend en compte les orientations du troisième plan régional santé-environnement, PRSE3 2017/2021, développant et soutenant toutes les actions qui permettent de protéger, de prévenir et de promouvoir la santé des habitants, au plus près des territoires, par le biais des contrats locaux de santé. Bref, il s'agit de promouvoir un environnement favorable à la santé, en n'excluant aucun facteur de risque. Il est essentiel d'identifier et de comprendre tous les enjeux de santé-environnement dans les territoires, d'opérer les remédiations nécessaires et de développer en amont la prévention.

La santé des habitants d'une région est, pour partie, dépendante de la qualité de l'environnement. La politique de santé environnementale doit viser à : éviter toute détérioration du milieu de vie qui peut être à l'origine de pathologies parfois très lourdes, réduire les impacts liés aux conditions de vie.

Au préalable, le PRSE3 a effectué un bilan diagnostic de la santé environnementale en région, rassemblant toutes les données relatives à la qualité de l'environnement, à l'état de santé de la population, aux inégalités territoriales et aux déterminants socio-économiques. Cet état des lieux a été partagé par tous les acteurs concernés et il s'est traduit par l'élaboration de cartographies des enjeux thématiques environnementaux et sanitaires, reprenant les éléments statistiques essentiels, à l'échelle des bassins de vie ou des communes.

Le rapprochement environnement-santé impose d'être effectué avec certaines précautions : les liens de causes à effets entre santé et environnement sont parfois très complexes, du fait de multi et de co-expositions, du manque d'informations ou de connaissances scientifiques, ou de recul sur les interactions environnement-santé pour certaines thématiques. Il faut donc s'en tenir aux pathologies dont les liens avec l'environnement sont avérés, débattus ou uniquement suspectés : les cancers ; les maladies cardiovasculaires ; les maladies respiratoires dont l'asthme, les allergies ; le diabète ; les maladies neuro-dégénératives ; les troubles reproductifs et les perturbateurs du système endocrinien ; les pathologies directement liées aux milieux.

<sup>22</sup> Santé-Environnement, état des lieux, Auvergne-Rhône-Alpes de 2016

<sup>23</sup> Cerema - Centre d'études et d'Expertise sur les Risques, l'Environnement, la Mobilité et l'Aménagement,

## 2) Les maladies respiratoires et la pollution de l'air

Pour traiter objectivement la question de la pollution de l'air et des maladies respiratoires, il est nécessaire de se reporter aux données fournies par Santé publique France (SpF) et d'interroger le PRSE3 de la région. Les données mises à disposition par SpF confirment l'importance de poursuivre les efforts dans la mise en œuvre de politiques publiques en faveur de l'amélioration de la qualité de l'air.

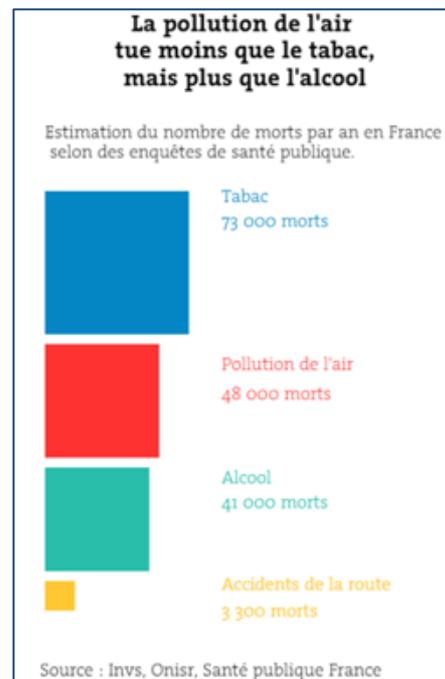
### Un sujet médiatique très sensible

Avec 48 000 morts par an en France, la pollution de l'air tue plus que l'alcool<sup>24</sup>.

#### Avec 48 000 morts par an en France, la pollution de l'air tue plus que l'alcool

La pollution atmosphérique constitue la deuxième cause de mortalité évitable en France, derrière le tabac (73 000 morts estimés, selon les données 2013).

Une enquête a montré que la mortalité liée à l'alcool a diminué, passant de 49 000 décès en 2009 à 41 000 par an, en 2015.



### Quels sont les impacts de la pollution de l'air ?

La pollution de l'air serait responsable, selon Santé publique France<sup>25</sup>, de 48 000 décès chaque année en France. Tout le territoire français est concerné, vu que les sources de pollution sont multiples : les transports, le chauffage, l'industrie, l'agriculture... C'est un problème sanitaire accompagné d'un coût économique : les hospitalisations, les indemnités journalières, les pensions d'invalidité, l'absentéisme, la perte de productivité, etc. Le Sénat, pour sa part, en 2015, estimait que la pollution de l'air représentait une dépense de près de 100 milliards d'euros par an pour la collectivité, soit deux fois plus que le tabac (47 milliards d'euros).

<sup>24</sup> Article – Le Monde - [Anne-Aël Durand](#), publié le 27/02/2019

<sup>25</sup> Impacts sanitaires de la pollution de l'air en France : nouvelles données et perspectives – 21 juin 2016

Ceci dit, beaucoup de questions se posent sur le poids de la pollution de l'air dans la mortalité en France, les effets sur les grandes villes et sur les autres espaces, les gains pour la santé si la qualité de l'air était améliorée, les effets sur la santé des pics de pollution, etc ...

Dans ses nouveaux travaux portant sur l'impact de la pollution atmosphérique sur la santé en France métropolitaine, SpF confirme l'impact réel de la pollution atmosphérique. Cela correspond, pour une personne âgée de moins de 30 ans, à une perte d'espérance de vie pouvant dépasser 2 ans, dans les villes les plus exposées, les villes moyennes et petites et les milieux ruraux.

### **La mortalité liée à la pollution particulaire est importante**

SpF a réalisé une évaluation quantitative de l'impact sanitaire (EQIS) de la pollution atmosphérique liée aux particules fines PM<sub>2.5</sub><sup>26</sup>, afin d'actualiser la dernière estimation de l'étude européenne CAFE4, publiée en 2000, qui chiffrait l'impact à plus de 40 000 décès liés à la pollution en France. SpF a estimé l'impact à 48 000 décès par an, confirmant le même ordre de grandeur que l'étude européenne.

### **La pollution de l'air n'affecte pas que les grandes villes**

SpF rappelle que grandes villes, villes moyennes et petites, ainsi que les milieux ruraux sont aussi concernées :

1. dans les zones urbaines de + de 100 000 habitants, c'est une perte de 15 mois d'espérance de vie à 30 ans du fait des PM<sub>2.5</sub> ;
2. dans les zones entre 2000 et 100 000 habitants, une perte de 10 mois en moyenne ;
3. dans les zones rurales, une perte de 9 mois d'espérance vie.

### **Des gains en santé avérés si la qualité de l'air était améliorée**

Les travaux de Santé publique France mettent en exergue des bénéfices sanitaires potentiels importants associés à une amélioration de la qualité de l'air. Par exemple, si l'ensemble des communes réussissait à atteindre les niveaux de PM<sub>2.5</sub> observés dans les 5 % des communes les moins polluées de la même classe d'urbanisation, 34 000 décès pourraient être évités chaque année (gain moyen de 9 mois d'espérance de vie).

SpF rappelle que les effets des pics de pollution pèsent beaucoup moins sur la santé que l'exposition chronique. Une exposition à la pollution, quotidienne et dans la durée, a un impact plus nocif sur la santé.

La pollution atmosphérique a des conséquences importantes en termes de santé publique en France. Des actions visant à réduire durablement la pollution atmosphérique permettraient d'améliorer de façon considérable la santé et la qualité de vie de la population. C'est dans cet esprit que SpF a décidé d'élargir son programme de surveillance air et santé, à l'étude des maladies en lien avec la pollution, comme les pathologies cardio-vasculaires, le cancer et l'asthme, s'appuyant sur des constats d'améliorations de l'état de santé en termes de mortalité, d'espérance de vie, de prévalence et d'hospitalisations.

---

<sup>26</sup> La plupart des sources de pollution atmosphériques émettent des particules fines de diamètre inférieur à 2,5 micromètres (PM<sub>2.5</sub>): transports, résidentiel/tertiaire, agriculture, industrie.

## Qu'en est-il en Auvergne Rhône-Alpes ?

Le PRSE3 et le document<sup>27</sup> réalisé par le Centre d'études et d'Expertise sur les Risques, l'Environnement, la Mobilité et l'Aménagement (Cerema Centre Est) et les Observatoires Régionaux de la Santé (ORS) en Auvergne, donnent des indications sur les mesures envisagées pour faire face aux pollutions de l'air.

## Quels sont les constats réalisés par le Cerema et les ORS ?

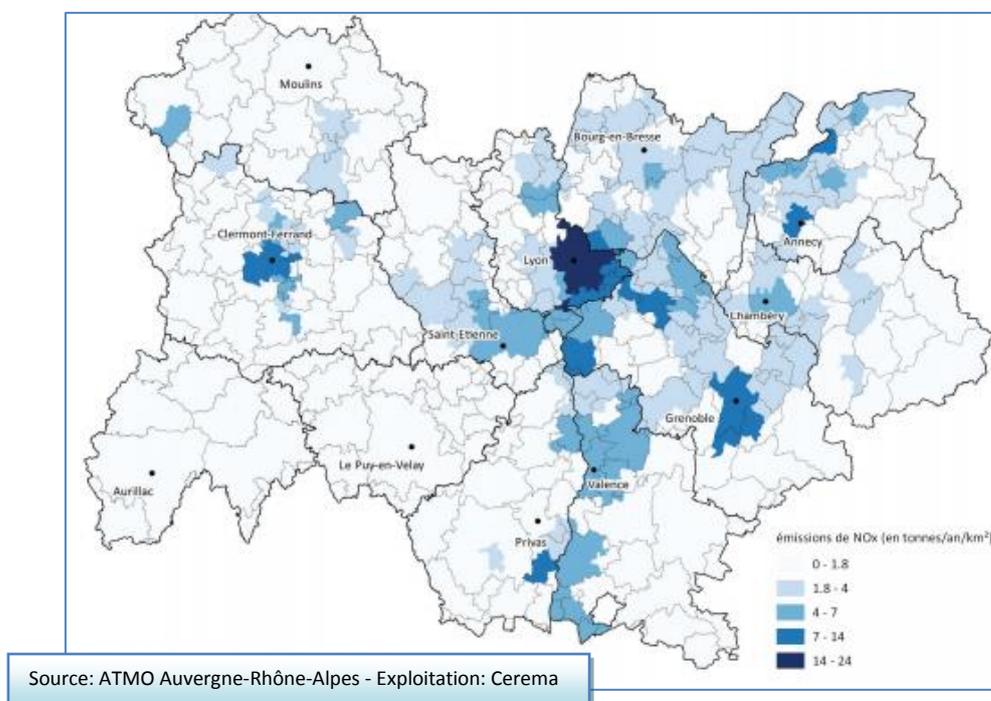
L'état des lieux "santé-environnement" expose de façon précise la situation de la région, par rapport à la qualité de son air extérieur. Les informations et précisions qu'il apporte concernent :

1. les émissions de polluants atmosphériques (oxydes d'azote et particules fines),
2. la concentration et l'exposition aux polluants atmosphériques (NO<sub>2</sub>, PM 10, PM 2,5, ozone),
3. la localisation des zones sensibles pour la qualité de l'air,
4. les plans de protection de l'atmosphère,
5. la question des pollens et des risques allergiques,
6. la problématique de la pollution atmosphérique et des impacts sanitaires.

Au niveau de la qualité de l'air, on retiendra que 14,5 % du territoire sont classés "Zones Sensibles pour la Qualité de l'Air".

## Quelques exemples de travaux réalisés sur les polluants atmosphériques

### Les émissions de polluants atmosphériques : les oxydes d'azote (NO et NO<sub>2</sub>) et les particules fines



<sup>27</sup> Santé-Environnement - état des lieux - Auvergne-Rhône-Alpes - 2016

Pour mémoire, Le terme «oxydes d'azote» désigne le monoxyde d'azote (NO) et le dioxyde d'azote (NO<sub>2</sub>). Ces composés sont formés par oxydation de l'azote atmosphérique (N<sub>2</sub>) lors des combustions (essentiellement à haute température) de carburants et de combustibles fossiles.

**La carte ci-dessus expose la répartition géographique et la concentration des émissions de polluants atmosphériques : les oxydes d'azote et les particules fines**

Le dioxyde d'azote, à forte concentration, est un gaz toxique et irritant pour les yeux et les voies respiratoires. Il est difficile de mettre en évidence les effets chroniques spécifiques de ce polluant, du fait des co-expositions, de la présence dans l'air d'autres polluants avec lesquels il est corrélé.

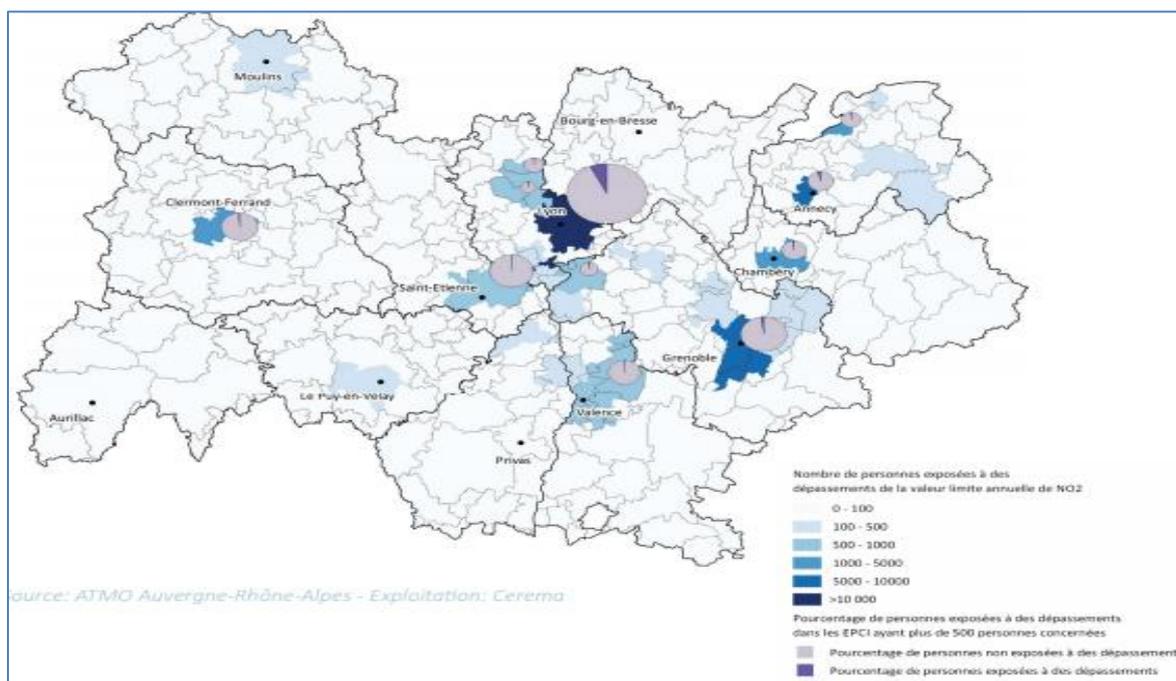
Toujours est-il que ce gaz est irritant pour les bronches. Chez les asthmatiques, il augmente la fréquence et la gravité des crises. Chez l'enfant, il favorise les infections pulmonaires. Cependant, on estime aujourd'hui qu'il n'y a pas de risque cancérigène lié à l'exposition au dioxyde d'azote

**Concentrations et exposition aux polluants atmosphériques: NO<sub>2</sub>**

La carte ci-dessous expose la répartition géographique des personnes exposées à des dépassements, en moyenne annuelle, de valeur limite de NO<sub>2</sub>.

La proportion de population exposée à des dépassements de la valeur limite du NO<sub>2</sub> (plus de 40 µg/m<sup>3</sup> en moyenne annuelle), en 2015, était la plus importante dans la Communauté Urbaine de Lyon (7 %), suivie par la Communauté d'Agglomérations d'Annecy (4 %). Grenoble, qui se trouve dans la même tranche qu'Annecy, comprend 1,6 fois plus de personnes exposées, mais cela ne représente que 2 % de la population totale. Sur l'ensemble de la région, le nombre de personnes concernées avoisine les 118 000, avec plus de 92 000 personnes dans la Métropole de Lyon, près de 10 000 pour la Métropole de Grenoble, 6 000 dans la Communauté d'Agglomérations d'Annecy et 3 000 à Clermont-Ferrand.

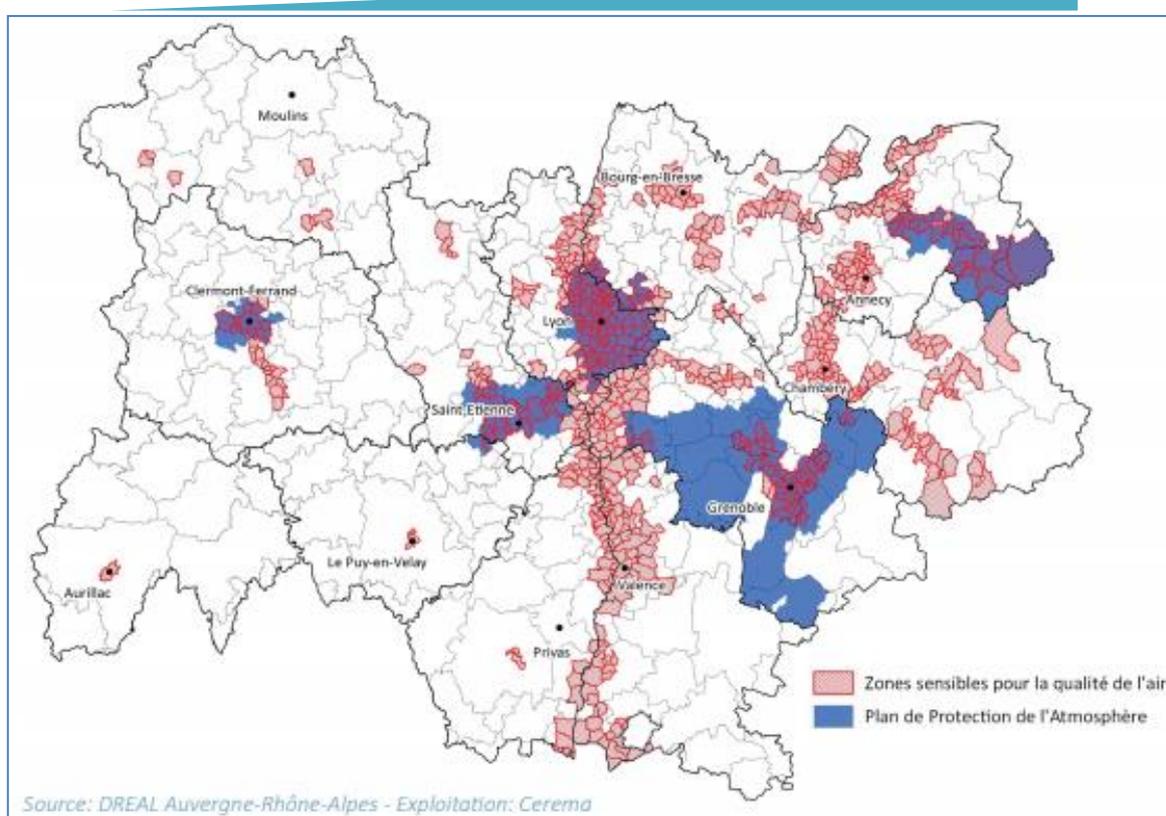
**Nombre de personnes exposées à des dépassements de valeur limite de NO<sub>2</sub> (air avec plus de 40 µg/m<sup>3</sup> de NO<sub>2</sub> en moyenne annuelle), par EPCI, en 2015**



## Zones Sensibles pour la Qualité de l’Air et Plans de Protection de l’Atmosphère

La carte ci-dessous représente les Zones Sensibles pour la Qualité de l’Air (ZSQA). Définies dans les Schémas Climat air énergie, elles tiennent compte des dépassements observés ou potentiels des valeurs limites réglementaires, et de critères liés à la sensibilité propre des territoires, et plus précisément, à la présence de population ou de zones naturelles protégées (LCSQA, 2012). Ils recouvrent une partie des PPA et s’étendent le long des axes autoroutiers autour desquels la densité de population est élevée (comme la Vallée du Rhône ou le nord du sillon alpin avec le Genevois français, Annecy, Chambéry)

### Zones sensibles pour la qualité de l’air et communes couvertes par un PPA



Les Plans de Protection de l’Atmosphère (PPA) définissent les mesures réglementaires ou portées par les acteurs locaux, permettant de ramener les concentrations en polluants atmosphériques à un niveau inférieur aux limites réglementaires. Ils sont obligatoires dans les villes de plus de 250 000 habitants et dans les zones «où les valeurs de qualité de l’air sont dépassées ou risquent de l’être». Il en existe 5 en Auvergne-Rhône-Alpes : Lyon, Grenoble, Saint-Étienne, Clermont-Ferrand et la Vallée de l’Arve. En mai 2016, dans une démarche volontariste comme le prévoit le code de l’environnement, l’agglomération chambérienne a approuvé un Plan Local d’amélioration de la Qualité de l’Air (PLQA).

## **Pollution atmosphérique et impacts sanitaires**

Les impacts de la pollution de l'air sur la santé sont de deux types : à court terme, ils provoquent des irritations oculaires ou des voies respiratoires, des crises d'asthme, l'exacerbation de troubles cardiovasculaires et respiratoires pouvant conduire à une hospitalisation et, dans les cas les plus graves, au décès. A long terme : le développement de maladies chroniques graves, respiratoire et cardiovasculaire, pouvant conduire à des décès. Mais la pollution agit également sur des troubles de la reproduction et du développement de l'enfant, des maladies endocriniennes ou encore neurologiques.

En 2016, Santé publique France a estimé l'impact de l'exposition chronique aux particules fines (PM2,5) sur la mortalité, sur tout le territoire français. L'arrêt de cette pollution pourrait éviter plus de 48 000 décès chaque année en France, dont près de 4 400 en Auvergne-Rhône-Alpes. Elle se traduirait aussi par une amélioration de la santé et de la qualité de vie.

## **Quel programme au niveau du PRSE3 ?**

Le PRSE3 a développé, dans son axe 1, une action n° 5 qui vise à favoriser et accompagner la mise en œuvre d'actions locales à la santé et à l'environnement et une action n° 11, qui a pour ambition de soutenir l'action locale en faveur de la qualité de l'air extérieur.

Pour développer sa programmation, il s'appuie sur des états des lieux de la santé et de l'environnement, déjà réalisés par l'ORS et le CEREMA. Il dresse la liste des secteurs géographiques les plus affectés, en lien avec la densité de population et les grands axes de communication.

Il relève que des plans spécialisés existent déjà, comme le plan de protection de l'atmosphère (PPA) et des plans locaux pour la qualité de l'air (PLQA).

Il alerte sur le fait que l'incidence des altérations dues à la pollution dans la région est évaluée à plus de 4 400 décès annuels (surmortalité par rapport aux zones les moins polluées en particules fines).

Le PRSE3 enregistre la mobilisation des politiques d'aménagement et cite l'exemple de l'engagement des collectivités locales, comme l'agglomération de Valence-Romans-Sud Rhône-Alpes. Pour le PRSE3, l'accent doit être mis sur la communication et la vulgarisation, afin que l'angle sanitaire éclaire les choix du quotidien, pour les inscrire dans une recherche continue de réduction des émissions.

## **Un plan qui reste au stade des intentions**

Un constat est évident : ce plan en est, au stade de la construction d'un programme, à l'étape des propositions. Certainement pas à celui d'une programmation d'actions concrètes et financées.

Ce plan a certes des ambitions, mais il se limite à émettre des propositions. Par exemple : mettre en place une structure de pilotage avec les collectivités intéressées, pour construire avec elles les outils d'accompagnement dont elles estiment avoir besoin, définir un cahier des charges listant les incidences de la vie courante en matière d'émission de particules, lister les solutions possibles d'évitement des populations les plus sensibles, effectuer un inventaire des actions remarquables, dresser un plan de communication, enregistrer les retours d'expériences, etc ...

Le plan, qui n'est pas accompagné d'un volet de financement, en reste au stade du souhait. La mesure 2 du PRSE3 se résume à rechercher des financeurs et mobiliser les collectivités locales. La mesure 3 envisage de lancer un appel d'offres et à en définir le cadre juridique.

La mesure 4 prévoit d'encourager les nouvelles expérimentations. La mesure 5 fait le choix d'inciter prioritairement les territoires situés en zone sensibles pour leur qualité de l'air, qui n'ont pas de PPA ou de PLQA.

Le PRSE3 s'inscrit après deux autres plans. Après avoir constaté l'impact sur la santé des atteintes à la qualité de l'environnement, on peut s'interroger à juste titre sur les limites d'un plan qui, certes, a bien pris la mesure des impacts, mais semble bien démunie sur la concrétisation des mesures qu'il préconise.

## RECOMMANDATIONS

La CRSA souhaite que l'ARS soit un partenaire et un acteur dynamique dans le PRSE3.

Elle demande que les promoteurs de ce programme régional rendent compte annuellement des actions programmées par le plan et assurent une communication régulière des résultats intermédiaires des principaux indicateurs touchant à la qualité de l'air.

Elle partage les constats de Santé publique France sur les impacts de la pollution de l'air, sur l'état de santé des populations et ne reste pas indifférente au fait que 48 000 décès pourraient être évités chaque année en France, dont près de 4 400 en Auvergne-Rhône-Alpes.

En termes de santé publique, la baisse de la mortalité en France pourrait être de 9 % et de 7,4 % dans la région. L'espérance de vie des personnes de 30 ans pourrait gagner 9 mois.

La CRSA incite l'ARS à soutenir toutes les actions qui permettront d'améliorer la qualité de l'air en Auvergne-Rhône-Alpes, qui se traduira, à terme, par une baisse de la mortalité, mais aussi par une amélioration significative de la santé et de la qualité de vie dans la région.

Elle encourage l'ARS à développer toutes les actions de prévention qui inciteront les usagers à faire des choix qui agiront sur les sources de pollution de fond et s'inscriront nécessairement dans la durée.

### 3) Les maladies respiratoires : Broncho-Pneumopathie Chronique Obstructive (BPCO) - Asthme et allergies

Les maladies respiratoires, qui touchent les voies aériennes, y compris les voies nasales, les bronches et les poumons, sont en lien avec la qualité de l'environnement. C'est pour cette raison qu'elles ont été retenues dans le cadre de ce rapport. Nombre des informations reprises ici ont été puisées dans le bilan régional santé - environnement<sup>28</sup>.

La manifestation de ces maladies peut se faire sous forme d'infections aiguës (la pneumonie et la bronchite), sous forme d'affections chroniques (l'asthme et la broncho-pneumopathie chronique obstructive).

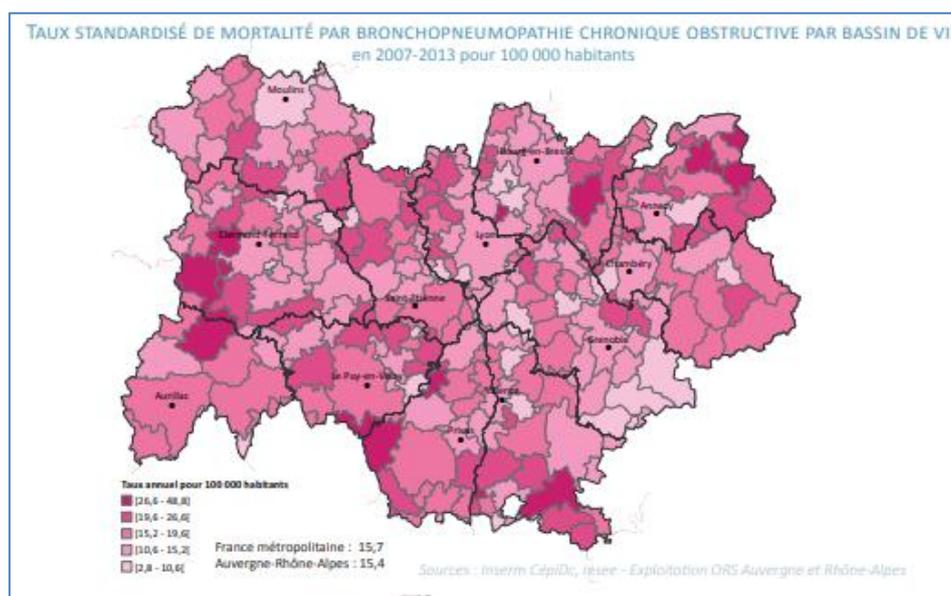
On notera que les maladies respiratoires touchent des millions de personnes en France et que leur incidence augmente.

A côté de l'asthme et la broncho-pneumopathie chronique obstructive, d'autres affections existent, comme les affections respiratoires chroniques : la rhinite allergique, par exemple, appelée aussi rhume des foins, le syndrome d'apnées obstructives du sommeil, etc ...

Le lien entre la santé respiratoire et les expositions environnementales (pollution atmosphérique, conditions météorologiques, radon) fait aussi l'objet de surveillance spécifique. Seront abordés successivement :

1. la broncho-pneumopathie chronique obstructive, avec les chiffres de mortalité concernant la région,
2. les patients sous traitements antiasthmiques, en zones urbaines et périurbaines de la région,
3. les patients sous traitements antiallergiques, dans les bassins de vie autour de Privas, Lyon, Saint-Etienne et Clermont-Ferrand.

#### **Broncho-pneumopathie chronique obstructive (BPCO) - Mortalité**



<sup>28</sup> Santé-Environnement - état des lieux - Auvergne-Rhône-Alpes - 2016

La BPCO est une maladie chronique inflammatoire des bronches, caractérisée par un rétrécissement progressif et une obstruction permanente des voies aériennes et des poumons, entraînant une gêne respiratoire.

### **Quelques chiffres pour la France**

- en 2013, entre 95 000 et 145 000 hospitalisations liées à la maladie
- environ 16 000 décès par an, en moyenne, sur la période 2000-2011.

#### ***Les causes :***

- le tabagisme (actif ou passif), principal facteur de risque, dans 80 % des cas,
- la pollution de l'air intérieur et extérieur,
- les expositions, professionnelles ou domestiques, à des poussières et des substances chimiques (silice, poussières de charbon, poussières végétales, moisissures).

Comme dans toute maladie multifactorielle, une composante génétique existe également (Inserm, 2015).

#### ***Les chiffres pour la région :***

- Entre 2007 et 2013, 1 234 personnes sont décédées de broncho-pneumopathie chronique obstructive, en moyenne chaque année, en région Auvergne-Rhône-Alpes.
- Le taux standardisé correspondant est de 15,4 décès/100 000 habitants, proche de celui observé en France métropolitaine (15,7 décès pour 100 000 habitants).

#### ***Une affection qui touche plus les hommes que les femmes :***

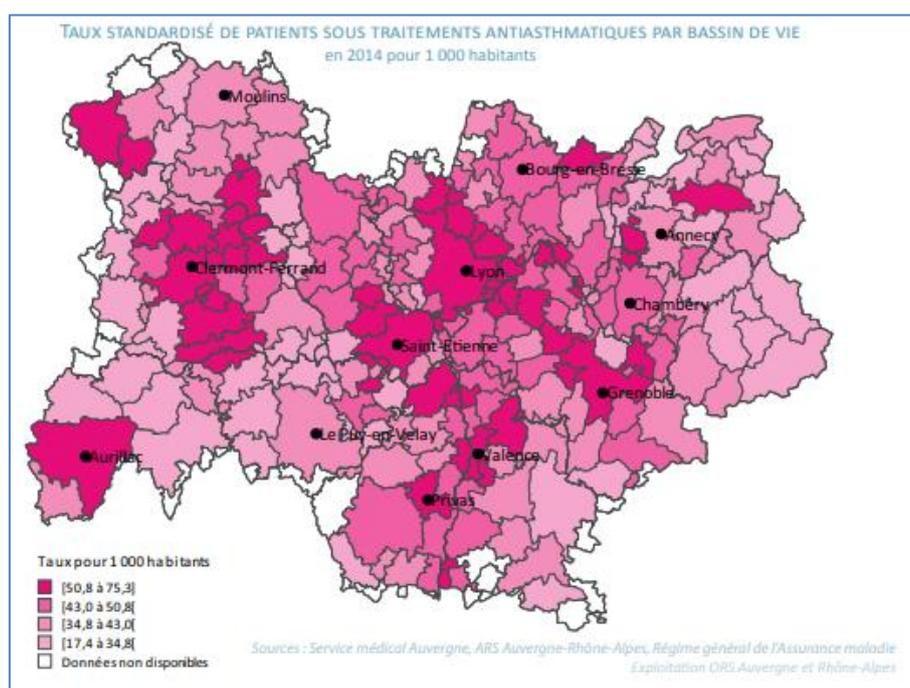
- Les BPCO affectent trois fois plus les hommes que les femmes, avec un taux annuel régional de 26,5 pour 100 000 hommes contre 9,0 pour 100 000 femmes.
- Ce constat est le même pour la France métropolitaine (26,3 pour 100 000 hommes et 9,5 pour 100 000 femmes).

#### ***Quelques disparités géographiques :***

- Trois bassins de vie sur quatre ont un taux standardisé de décès par BPCO inférieur à 20,1 pour 100 000 habitants.
- Les écarts entre les taux sont importants. Ils varient de 2,8 décès pour 100 000 habitants dans le bassin de vie de Crolles (Isère) à 48,8 dans le bassin de vie de Taninges (Haute Savoie).
- Les bassins de vie concernés par les plus forts taux de décès par BPCO sont situés en Haute-Savoie (Abondance, Samoëns, Viuz-en-Sallaz), ainsi que dans la Drôme (Donzère, Nyons), le Cantal (Riom-es-Montagnes) et le Puy-de-Dôme (La Bourboule, Pontgibaud)

- Les disparités territoriales se retrouvent chez les femmes comme chez les hommes. Les taux de décès varient d'aucun décès pour 100 000 femmes dans les bassins de vie de Crolles (Isère) et Bozel (Savoie) à 49,8 dans le bassin de vie d'Abondance (Haute-Savoie) et d'aucun décès pour 100 000 hommes dans le bassin de vie d'Abondance (Haute-Savoie) à 122,3 dans le bassin de vie de Taninges (Haute-Savoie).

### Plus de patients sous traitements antiasthmatiques en zones urbaines et périurbaines



#### *L'asthme :*

C'est une affection inflammatoire bronchique chronique. Les symptômes se manifestent sous forme de crises de toux sèche, de sifflements, de difficultés respiratoires et d'essoufflement, qui surviennent lors d'une exacerbation transitoire du processus inflammatoire entraînant une obstruction bronchique.

#### *Les chiffres pour la France :*

- plus de 4 millions de personnes souffrent de cette maladie en France.

#### *Les causes :*

Elles sont multiples. L'asthme, qui survient souvent dès l'enfance, résulte à la fois de prédispositions génétiques et à la fois de facteurs environnementaux, comme les allergènes présents à l'intérieur des habitations (acariens, moisissures, squames), les allergènes extérieurs (pollens et moisissures), la fumée du tabac, les produits chimiques irritants sur le lieu du travail, la pollution de l'air, en particulier les particules fines (Inserm, 2015).

#### *Les chiffres pour la région :*

- Le régime général de l'assurance maladie dénombrait, en 2014, 351 502 personnes qui recevaient un traitement régulier pour l'asthme.

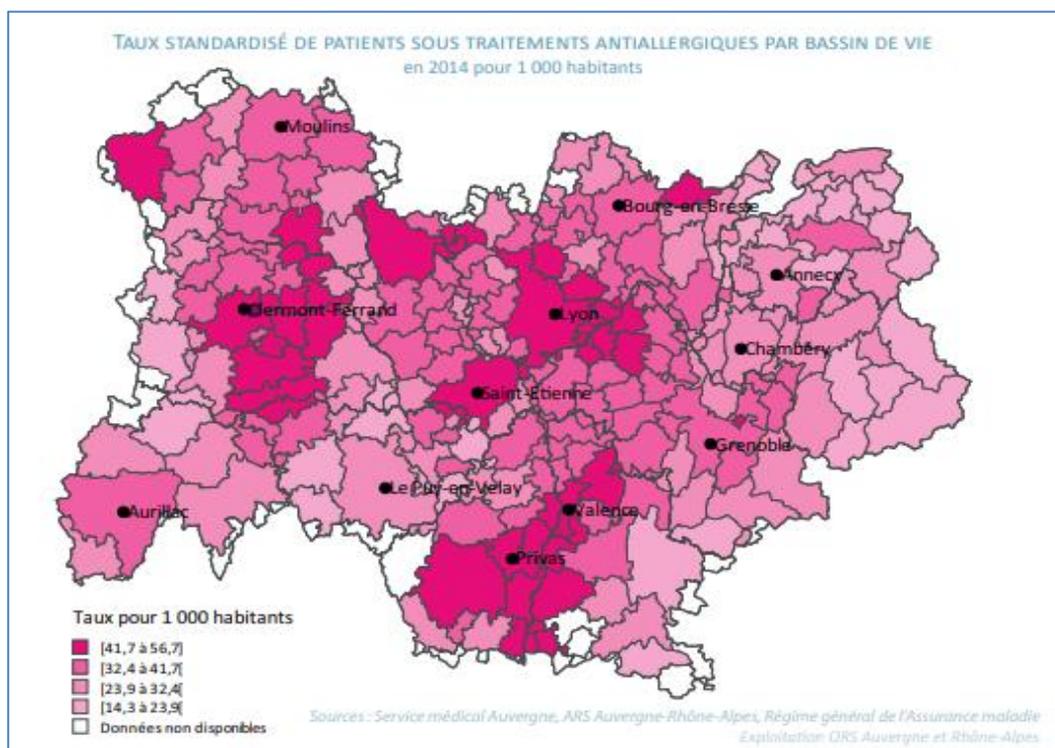
- Une prévalence de l'asthme de 5 % de l'ensemble de la population, mais qui est sous-estimée, du fait que ne sont pas pris en compte ni les assurés du régime agricole, ni l'automédication, ni l'asthme non traité et non diagnostiqué.

### *Des disparités locorégionales*

#### *Les zones sont diversement concernées par l'asthme :*

- Une importante variation dans les taux standardisés. La prévalence de l'asthme peut aller de 17,4 patients sous traitements antiasthmatiques pour 1 000 habitants dans le bassin de vie de Bozel (Savoie) à 75,3 dans le bassin de vie de Maringues (Puy-de-Dôme).
- Des pics dans certains bassins de vie, principalement dans les zones urbaines et périurbaines : Aurillac (51,0), Grenoble (52,7), Clermont-Ferrand (53,8), Valence (57), Saint-Étienne (58,4) et Lyon (59). Les autres se situent dans l'Isère (Villefontaine, Charvieu-Chavagneux) ainsi que dans le Rhône (Saint-Laurent-de-Mure), l'Allier (Montluçon) et l'Ain (Oyonnax).

### **Plus de patients sous traitements anti-allergiques dans les bassins de vie autour de Privas, Lyon, Saint-Etienne et Clermont-Ferrand**



### ***L'allergie :***

C'est un dérèglement du système immunitaire entraînant une perte de la tolérance vis-à-vis de substances a priori inoffensives : les allergènes. Les principales manifestations sont : cutanées (urticaire, dermatite), respiratoires (rhinite, asthme) ou généralisées (anaphylaxie).

La prévalence des allergies a considérablement augmenté dans les pays industrialisés, au cours des 20-30 dernières années.

Cette maladie a une forte composante génétique, mais d'autres facteurs sont suspectés. Les modifications de climat allongent la période de pollinisation et augmentent la quantité de pollens dans l'air, majorant le contenu allergénique des pollens. On rajoute l'implantation ornementale d'espèces très allergisantes, comme le cyprès et le bouleau. On mentionne également la pollution de l'air intérieure et la pollution de l'air extérieure, notamment l'ozone et les particules diesel, qui auraient aussi un rôle dans l'augmentation de la fréquence des allergies aux pollens (Inserm, 2016).

### **Les chiffres pour la France**

Une prévalence qui a considérablement augmenté, estimée aujourd'hui à quelque 25 à 30 % de la population.

#### ***Les chiffres pour la région :***

- En 2014, le régime général de l'assurance maladie mentionnait que 154 184 personnes, en Auvergne-Rhône-Alpes, recevaient un traitement régulier pour allergie, soit 2 % de l'ensemble de la population. Des chiffres certainement sous-estimés pour les mêmes raisons que l'asthme.

#### ***Des disparités géographiques :***

- Une importante variation dans les taux standardisés de prévalence, qui peuvent aller de 14,3 patients sous traitements antiallergiques pour 1 000 habitants dans le bassin de vie de Douvaine (Haute-Savoie), à 56,7 dans le bassin de vie de Privas (Ardèche).
- Des pics dans certains bassins de vie, autour de Lyon (48,9), de Saint-Etienne (45,4) et de Clermont-Ferrand (41,9), ainsi que dans le Rhône (Thizy-les-Bourgs, Saint-Laurent-de-Mure), dans l'Isère (Villefontaine, Charvieu-Chavagneux), dans la Drôme (Valence), l'Allier (Montluçon) et dans l'Ain (Oyonnax).

## 4) Le saturnisme infantile – les logements insalubres

Les deux sujets ont été rapprochés. D'une part les enfants, âgés de moins de 6 ans, constituent une population vulnérable, étant les plus exposés aux risques d'ingestion de poussières ou de débris de peinture contaminés, notamment celles qui proviennent de l'habitat ancien. Les effets toxiques du plomb chez l'enfant sont plus importants et plus sévères que chez l'adulte, en raison du processus de développement cérébral

### Le saturnisme infantile

Le plomb est toxique pour les enfants, les femmes enceintes et les adultes, même à de faibles concentrations. Les signes cliniques de l'intoxication au plomb sont peu spécifiques : troubles digestifs vagues, troubles du comportement, troubles de l'attention et du sommeil, mauvais développement psychomoteur, pâleur en rapport avec une anémie. Le diagnostic de l'intoxication au plomb est établi par un dosage de la concentration en plomb, qui, depuis le 8 juin 2015, a été abaissée de 100 à 50 microgrammes par litre, définissant ainsi le saturnisme chez l'enfant. Les cas de saturnisme infantiles doivent faire l'objet d'une déclaration obligatoire et déclenchent une procédure d'urgence, visant à supprimer l'exposition au plomb de l'enfant concerné.

### Les principales sources d'exposition

Les habitats anciens, antérieurs à 1949, les sites industriels émettant du plomb, les sols pollués par le plomb, l'eau du robinet en cas de canalisations et branchements en plomb, certains aliments, s'ils ont été en contact avec des céramiques artisanales ou s'ils ont été cultivés sur des sols pollués, etc ...

### Les chiffres pour la région :

DÉPISTAGE DU SATURNISME ET CAS PAR DÉPARTEMENT, 2011-2015			
	Plombémie de primodépistage Effectif cumulé	Cas de saturnisme au primodépistage Effectif cumulé	Taux de primodépistage moyen annuel (pour 100 000 enfants de 0 à 17 ans )
Ain	67	7	8,9
Allier	35	3	10,7
Ardèche	55	8	16,4
Cantal	11	2	8,5
Drôme	72	11	12,9
Isère	120	13	8,4
Loire	182	24	22,0
Haute-Loire	28	0	11,6
Puy-de-Dôme	107	12	17,2
Rhône	384	52	19,3
Savoie	43	6	9,4
Haute-Savoie	41	4	4,7
Domicile inconnu	38	4	-
<b>Auvergne-Rhône-Alpes</b>	<b>1 183</b>	<b>146</b>	<b>13,8</b>

Sources : Santé publique France, CASIV LYON, Insee RP 2012

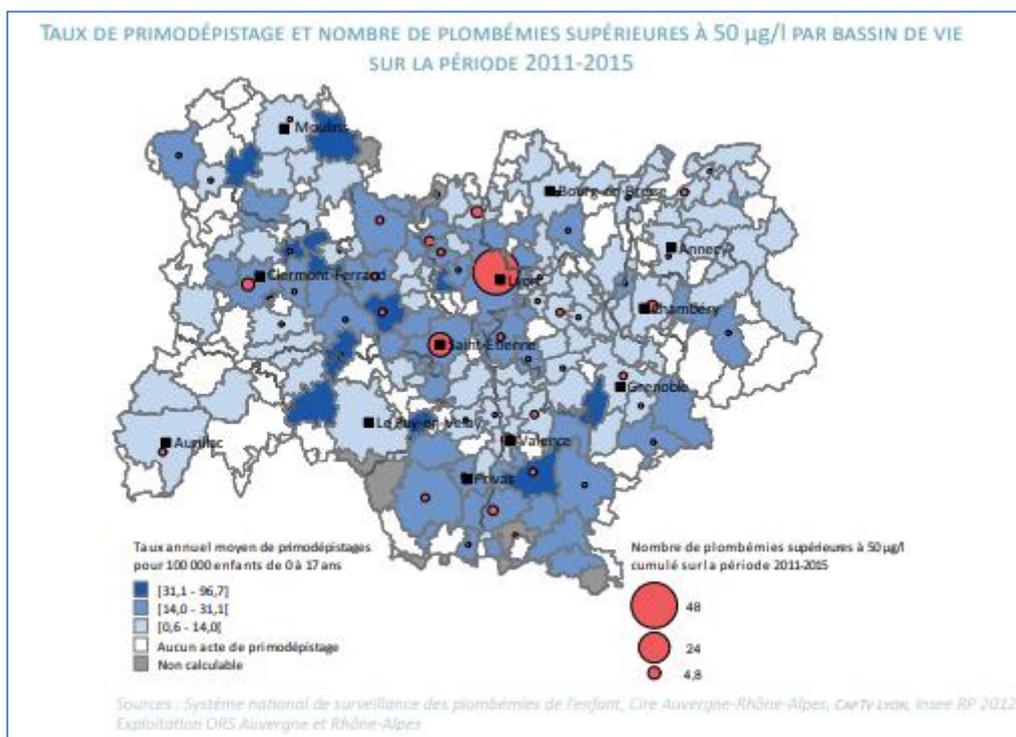
De 2011 à 2015, en Auvergne-Rhône-Alpes, 1 183 plombémies de primo-dépistages ont été réalisées. Parmi elles, 227 ont été faites dans le cadre d'une adoption internationale. Elles ont ainsi permis la détection de 146 cas de saturnisme.

## Les chiffres de la région

L'état des lieux effectué par Santé-Environnement - Auvergne-Rhône-Alpes fait état des dépistages effectués au nombre de 1 145 dosages qui ont abouti à la reconnaissance de 142 cas de saturnisme.

### Une répartition très hétérogène des contaminations

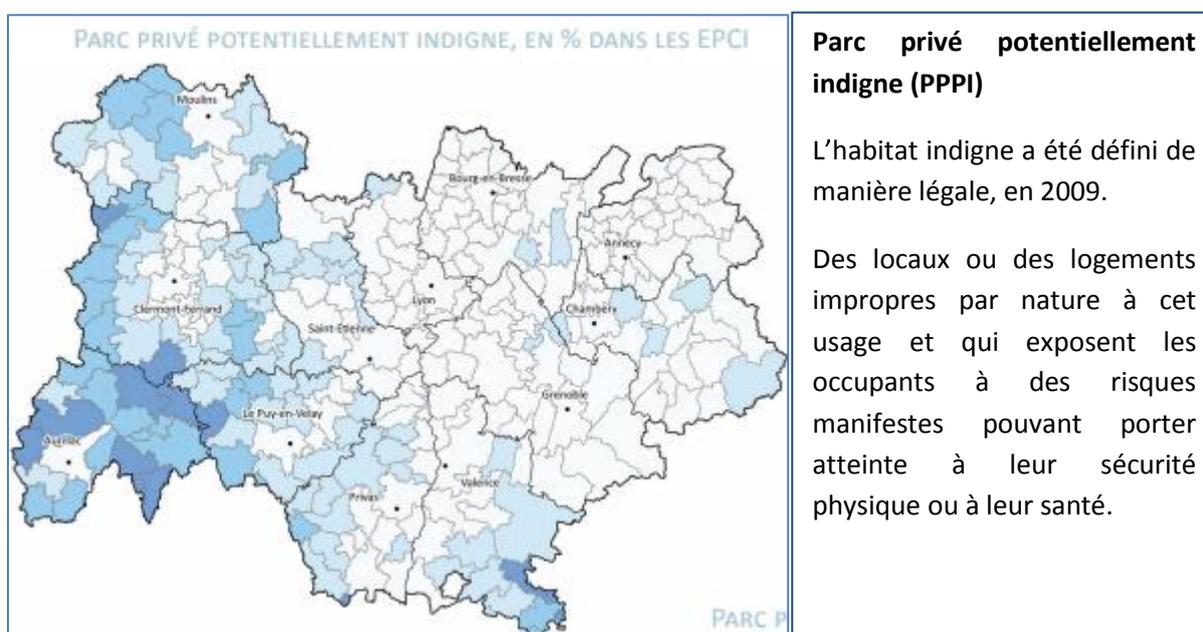
- Le taux de dépistage moyen annuel le plus élevé est de 96,6 pour 100 000 enfants de moins de 18 ans dans le bassin de vie d'Arlanc (Puy-de-Dôme).
- 85 bassins de vie (36 %) ne présentent aucune plombémie à la suite des dépistages.
- Le taux de dépistage moyen annuel est inférieur à 12 pour 100 000 enfants, pour la moitié des bassins de vie où le dépistage a été présent.
- L'activité de dépistage s'est exercée dans les bassins de vie de la Loire, du Rhône, de la Drôme, de l'Ardèche et de l'Isère.



## Les logements insalubres

Les thématiques du saturnisme et des logements insalubres ont été volontairement associées. En tout premier lieu, nous passons beaucoup de temps dans nos logements, de l'ordre de 60 à 70 %. Leur qualité sanitaire est donc un élément essentiel à prendre en compte pour qualifier l'exposition des populations.

Presque 30 % des logements sont des logements construits après 1991. Ce sont les bassins de vie situés dans la grande périphérie Est et Sud-est de Lyon, les territoires frontaliers de la Suisse et de l'Italie (bassin genevois, Maurienne), et dans l'extrême Sud de la région. Par contre, dans d'autres territoires, majoritairement ruraux, plus de la moitié voire les trois quarts des logements ont été construits avant 1946. Une date à rapprocher avec la possible subsistance de peintures au plomb dans les bâtiments construits avant 1949, et avec des risques associés, notamment pour les enfants, si ces peintures leurs sont rendues accessibles.



Les résidences principales du parc privé potentiellement indigne sont localisées dans les plus grandes agglomérations de la région :

- un peu plus de 12 000 logements sur la Métropole de Lyon,
- entre 3 000 et 4 000 sur Grenoble Alpes Métropole, Saint-Etienne Métropole, Valence Romans et Clermont Communauté,
- 15 % dans les territoires ruraux de l'Auvergne, certains territoires du sud de la Drôme et de l'Ardèche sont aussi concernés.

L'Agence nationale pour l'amélioration de l'habitat (Anah) participe au financement de réhabilitation pour lutter contre l'habitat indigne. Ainsi, depuis 10 ans, sur la région, environ 200 opérations par an sont financées. L'Anah finance également des opérations d'adaptation des logements à la perte d'autonomie et au handicap.

## Recommandations pour améliorer la santé environnementale

La CRSA, consciente qu'aujourd'hui, de plus en plus d'habitants de la région Auvergne-Rhône-Alpes sont inquiets des conséquences de l'environnement sur leur santé, demande à l'ARS de s'engager fermement dans le PRSE3 afin de préserver leur environnement et leur santé.

La CRSA souhaite que l'ARS s'implique fortement dans la communauté d'acteurs, qui a vocation à apporter des réponses concrètes aux préoccupations des habitants de la région sur les conséquences sanitaires à court et moyen termes de l'exposition à certaines pollutions de leur environnement. L'amélioration de la qualité de l'air extérieur est certainement une des plus connues.

La CRSA a conscience que l'ARS, pour relever de tels défis, doit contribuer à mobiliser tous les acteurs, et notamment les collectivités territoriales. Elle avance aussi l'idée que ce troisième plan régional santé-environnement offre l'opportunité de donner une nouvelle impulsion à l'action commune, dans un domaine où les enjeux de santé publique sont essentiels et font consensus.

Jean-Yves-Grall, Directeur Général de l'ARS Auvergne-Rhône-Alpes, en préface du PRSE3 :

*" Se donner les moyens de connaître les enjeux de santé-environnement dans les territoires (comprendre), de corriger ce qui doit l'être (réagir) et d'anticiper pour ne plus avoir à le faire (prévenir), nous appelle à unir nos efforts pour que l'environnement soit un allié de notre santé. Le PRSE3 Auvergne-Rhône-Alpes 2017-2021 ouvre des perspectives auxquelles les habitants de notre belle région ne seront pas insensibles. L'Agence régionale de santé s'investira pleinement dans sa mise en œuvre, y compris dans les territoires à travers les contrats locaux de santé."*

## **Chapitre 5 : Le fonctionnement des commissions d'usagers dans les établissements de la région**

- 1) Quelques rappels sur le contexte législatif
- 2) Fonctionnement de la CDU, zoom sur la présidence de la CDU et les représentants d'usagers
- 3) Informations relatives aux événements indésirables graves (EIGS) associés aux soins et à la gestion des réclamations (hors plaintes relevant du contentieux)
- 4) Le questionnaire de sortie et la mesure de la satisfaction des usagers et les documents d'informations à destination des usagers
- 5) La formation des personnels
- 6) La politique liée à la qualité de la prise en charge et de l'accueil des personnes
- 7) Place accordée à la CDI dans la politique liée à la prise en charge

## Chapitre 5 : Le fonctionnement des commissions d'usagers dans les établissements de la région

### 1) Quelques rappels sur le contexte législatif

Il est utile de rappeler que chaque année, la "division stratégies et des parcours" de l'ARS produit un rapport, à la suite de l'envoi d'un questionnaire adressé à tous les établissements de la région, publics et privés, afin de rendre compte du fonctionnement des CDU (commissions des usagers), qui, depuis fin 2016<sup>29</sup>, ont remplacé les anciennes CRUQPC (commission des relations avec les usagers et de la qualité de la prise en charge).

Pertinent, également de mentionner, que les CDU continuent de veiller au respect des droits des usagers, notamment dans les domaines de la facilitation de leurs démarches et de l'amélioration de la qualité de l'accueil et des prises en charge au sein de l'établissement, tout en disposant de nouvelles compétences, au niveau :

- de l'organisation des parcours de soins ;
- de la politique de qualité et de sécurité élaborée par la commission ou la conférence médicale d'établissement (CME), leur permettant de faire des propositions et d'être informées des suites données ;
- des événements indésirables graves (EIG) et des actions menées par l'établissement pour y remédier ;
- du recueil des observations des associations de bénévoles dans l'établissement ;
- de l'élaboration d'un projet des usagers exprimant leurs attentes et leurs propositions, après consultation des représentants des usagers et des associations de bénévoles.

Enfin, il est fait obligation au conseil de surveillance des établissements publics de santé, 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.

### Données d'information générales

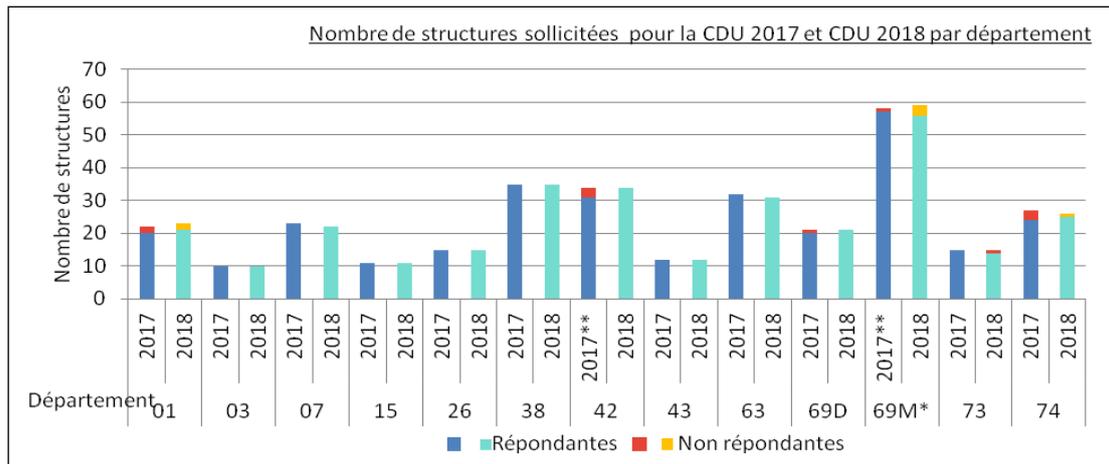
L'unité statistique du rapport est la structure qui peut être un établissement, une entité juridique ou un regroupement de plusieurs établissements géographiques. Pour le rapport CDU-2018, sur l'activité 2018, on relève que 307 structures ont répondu (305 en 2017).

Le questionnaire a été adressé aux établissements le 25 janvier 2019. Il a été mis en ligne le 5 février 2019. La collecte initiale a été arrêtée au 1er juin 2019.

Le taux de réponse est en progression constante. 98 %, en 2018, 97 % en 2017 et 96 % en 2016.

---

<sup>29</sup> Décret du 1<sup>er</sup> juin 2016 -



## 2) Fonctionnement de la CDU, zoom sur la présidence de la CDU et les représentants d'usagers

### Fonctionnement de la CDU

Pour rappel, les membres qui composent obligatoirement 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.

Parmi ces membres, on notera que 9,4 % ont suivi une formation en 2018 sur le rôle et les missions des CDU et 12,1 % une formation sur les droits des usagers.

Une part importante des CDU (35 %) n'a pas organisé les 4 séances plénières annuelles prévues par le texte, au minimum. En 2017, cette part était de 32 %.

### 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". Pour la campagne 2018, on constate que 76 % des CDU ont leur présidence assurée par le représentant légal de l'établissement. Seuls 45 représentants d'usagers assurent une présidence de CDU, soit dans 15 % des cas.

En ce qui concerne les vice-présidences de CDU, 116 représentants d'usagers assurent une vice-présidence, soit 38 % des cas.

### Zoom sur les représentants des usagers

Lors de la campagne précédente, le constat avait été dressé que, sur l'ensemble des postes de RU (2 titulaires et deux suppléants par établissement), **seuls 76 % des postes étaient pourvus**, soit un déficit de 24 %. Cette année, la situation reste stable puisque 76 % des postes sont occupés.

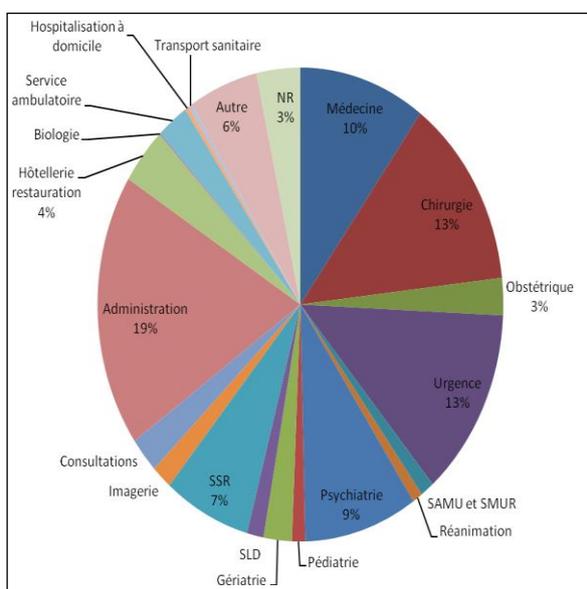
Par ailleurs, il faut rappeler que la CDU peut se saisir de tout sujet se rapportant à la politique de qualité et de sécurité élaborée par la commission ou la conférence médicale d'établissement. Elle est en

capacité de faire des propositions et elle est informée des suites qui leur sont données. Le bilan pour l'année 2018 est de :

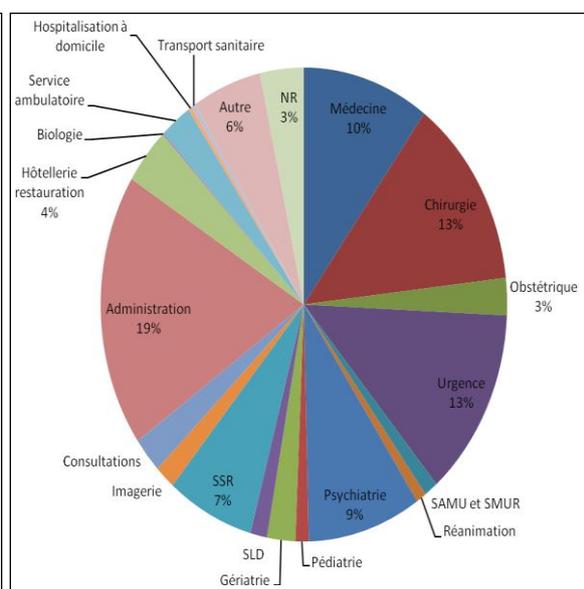
- 37 auto-saisines, concernant 7 % des structures, contre 46 en 2017 concernant 5 % des structures,
- 17 % des CDU ont proposé un projet des usagers qui a été, dans 71 % des cas, utilisé pour la définition ou l'actualisation du projet de l'établissement. Les projets des usagers expriment leurs attentes et propositions au regard de la politique d'accueil, de la qualité, de la sécurité de la prise en charge et du respect des droits des usagers. Ces projets sont adressés au directeur de la structure en vue de l'élaboration du projet d'établissement, de la politique médicale ou du projet institutionnel,
- 58 % des structures ont signé une convention avec une association de bénévoles,
- 24 % ont reçu des observations formulées par ces associations

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 maximum de désignation des RU, soit de 100 %. A minima, elle souhaite que puisse être désigné au moins 1 RU dans les établissements qui n'en ont pas actuellement.

### 3) Informations relatives aux événements indésirables graves (EIGS) associés aux soins et à la gestion des réclamations (hors plaintes relevant du contentieux)



**Evénements indésirables graves**



**Gestion des réclamations**

**Au niveau des événements indésirables graves, on relève :**

- **1 474 EIG** enregistrés dans 163 structures,
- un nombre d'EIG qui peut varier par structure de 0 à 274,
- un pourcentage d'EIG de 1 % en gériatrie, de 3 % en hôtellerie restauration, de 3 % dans les urgences, 4 % en pédiatrie, de 7 % en médecine, de 13 % en chirurgie, de 13 % en soins de suite et réadaptation (SSR), de 29 % en psychiatrie

**Au niveau de la gestion des réclamations :**

- **11 019 réclamations** recensées en 2018, dans 307 structures, **10 952** réclamations en 2017.
- un pourcentage de réclamations enregistrées de 3 % en obstétrique, 4 % pour l'hôtellerie et la restauration, 7 % en SSR, 9 % en psychiatrie, 10 % en médecine, 13 % en urgence et en chirurgie et de 19 % pour l'administration.

### **La répartition des motifs de réclamation montre :**

- Au niveau de la prise en charge paramédicale, des motifs d'insatisfaction surtout au niveau de la relation avec le personnel, la qualité des soins, des informations données lors des sorties et des transferts.
- Au niveau de la prise en charge médicale, des motifs d'insatisfaction surtout au niveau de la qualité des soins, de la relation avec les médecins, du diagnostic médical, l'information du malade et de la famille, des divergences sur les actes médicaux et de la coordination des soins.
- Au niveau de la vie quotidienne et de l'environnement, des motifs de mécontentement surtout au niveau des pertes, des vols, des prestations hôtelières, de l'alimentation et de la diététique.
- Au niveau de l'accueil et de l'administration, des motifs d'insatisfaction au niveau surtout de la facturation, notamment de la chambre particulière, des dépassements d'honoraires et des délais et attentes.

## **4) Le questionnaire de sortie et la mesure de la satisfaction des usagers et les documents d'information à destination des usagers**

### **Le questionnaire de sortie et la mesure de la satisfaction des usagers**

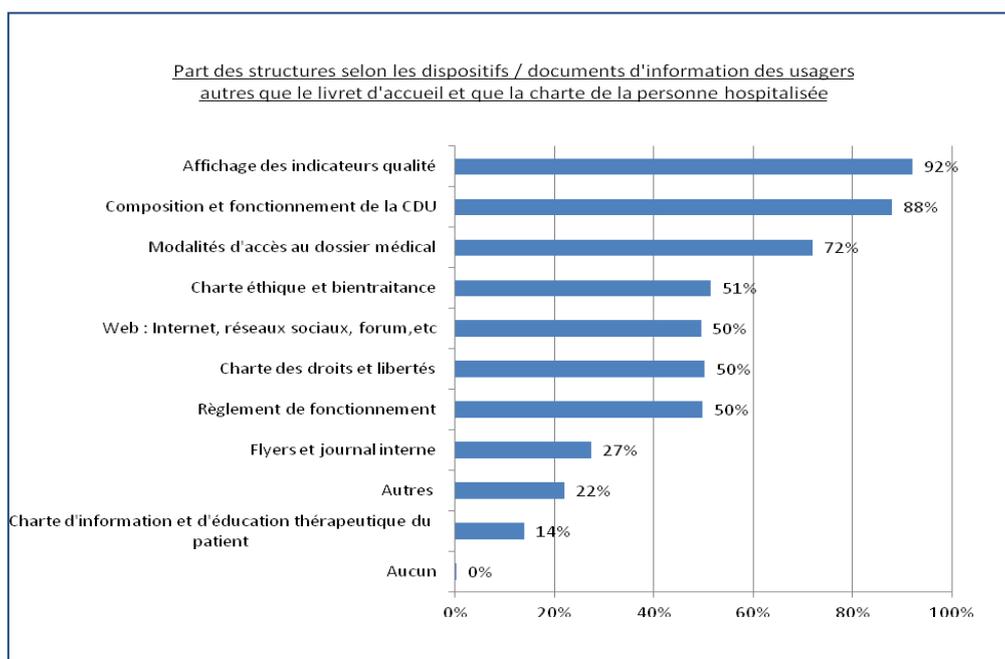
La quasi-totalité des structures répondantes de la région Auvergne-Rhône-Alpes (**94 %**) dispose d'un questionnaire de sortie. Le taux de retour médian est de 28 %.

**64 %** des questionnaires sont distribués à l'entrée de l'hospitalisation.

L'évaluation de la satisfaction des patients s'effectue pour **73 % des établissements MCO par le biais de l'enquête E-SATIS**. Par ailleurs, 54 % des établissements utilisent des enquêtes (hors E-SATIS et questionnaire de sortie), sous des formes diverses : entretiens individuels, méthode du patient traceur, appels du lendemain, etc ...

## Documents d'information à destination des usagers

Les usagers ont par ailleurs accès à d'autres types de dispositifs et/ou documents d'informations. C'est le cas pour le livret d'accueil, la charte de la personne hospitalisée, l'affichage des indicateurs de qualité, le fonctionnement de la CDU, les modalités d'accès au dossier médical, la charte d'éthique et de bientraitance, la charte des droits et libertés, etc ...



### Il existe également des dispositifs relatifs aux droits des usagers pour :

- l'évaluation du respect de l'accès au dossier médical, dans 99,7 % des cas en 2018 (versus 98 % en 2017),
- la prise en charge de la douleur, dans 99,3 % des cas (versus 99,7 % en 2017),
- la possibilité de désigner une personne de confiance, dans 98 % des cas (versus 97 %)
- la prise en charge du décès, dans 96 % des cas (versus 95 %),
- le recueil du consentement médical, dans 94 % des cas (versus 95 %),
- la rédaction des directives anticipées relatives à la fin de vie, dans 91 % des structures (versus 89 %),
- la promotion de la bientraitance dans 88 % des cas (versus 91 %),
- le respect des croyances et convictions dans 84 % des cas (versus 83 %),
- la préparation de la sortie du patient dans 83 % des cas (versus 83 %),

- l'évaluation des pratiques professionnelles dans 56 % des cas (versus 64 %).

## **5) La formation des personnels**

Les établissements engagent des actions pour garantir le respect des droits des usagers. Soit dans différents domaines : la formation du personnel aux droits des usagers (DDU), les évaluations des pratiques professionnelles, pour tout ce qui touche à l'accompagnement des personnes, au recueil du consentement, à la prise en charge du décès. Globalement, on constate une implication des établissements en faveur d'une promotion de la formation dans la plupart des structures.

En 2018 :

- 8 328 personnes ont été formées au respect de la personne soignée, versus 9 444 en 2017
- 4 137 personnes ont été formées au droit à l'information et à la protection du patient, versus 4 137,
- 2 259 personnes ont été formées au droit pour le patient à participer à la décision médicale, versus 2 356,
- 1 141 personnes ont été formées à l'organisation de la démocratie sanitaire, versus 1 142.

## **6) Politique liée à la qualité de la prise en charge et de l'accueil des personnes**

Une évaluation des dispositifs d'accueil, adaptés aux publics spécifiques, a été engagée en 2018. C'est ainsi qu'il est possible de constater :

- 99 % des structures sont accessibles aux personnes à mobilité réduite,
- 159 structures privées et 108 publiques ont un dispositif adapté pour les personnes ayant un régime alimentaire,
- 65 % des structures publiques et privées ont un dispositif adapté aux personnes non francophones, versus 62 % en 2017,
- 38 % aux personnes non et mal voyantes, versus 37 % en 2017,
- 32 % aux personnes sourdes, versus 30 % en 2017,
- 28 % aux personnes illettrées/analphabètes, versus 26 % en 2017.

## **7) Place accordée à la CDU dans la politique liée à la prise en charge**

Globalement, les CDU, lorsqu'elles sont interrogées pour savoir si leurs avis sont réellement pris en compte au niveau de la politique de prise en charge des patients, répondent qu'elles en sont "satisfaites", voire "très satisfaites". Les "peu satisfaits" et les "pas satisfaits" restent marginaux. En 2018, 97 % des structures répondantes sont très satisfaites (34 %) ou satisfaites (63 %) du fonctionnement global de la commission. On enregistre une progression, puisqu'en 2017, les scores étaient respectivement de 35 % et 60 %, soit un score global de 95 %.

### **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 événements indésirables survenus dans leurs établissements respectifs. Bref, on enregistre des marges de progrès

indéniables, tant au niveau du respect des droits des usagers qu'au niveau de la progression de la qualité et de la sécurité dans les structures d'établissement.

## Recommandations

La CRSA reconduit les recommandations des années précédentes à l'attention des établissements de santé qui ne répondent pas entièrement à la réglementation.

### **Retour des questionnaires relatifs 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 imposées par les textes.
- Poursuivre les actions de formation relatives aux rôles 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 de remédiation.
- Informer la CDU du nombre et des motifs des plaintes relevant du contentieux, bien que cette dernière n'ait pas à les traiter

### **Informations relatives à la mesure de la satisfaction des usagers**

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

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

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

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

- Echanger systématiquement en CDU sur les actions prévues ou engagées dans le domaine de la qualité de prise en charge.

## Propos conclusifs

Au terme du rapport 2019 de la CRSA, relatif aux Droits des usagers, il paraît important de souligner la vitalité de la démocratie en santé qui s'exerce au niveau de ses commissions. Ce constat s'établit aussi à tous les échelons, que ce soit dans les services et établissements de soins ou que ce soit au niveau même des territoires de santé, où les acteurs des conseils territoriaux de santé ont en responsabilité d'évaluer les besoins spécifiques des populations sur les bassins de vie et d'adresser aux tutelles des ajustements sur les réponses apportées.

C'est bien dans la proximité géographique la plus fine que les CTS, véritable instance d'observation et d'orientation, doivent exercer leur mission d'équilibre entre les besoins multiples et différenciés des populations et l'offre existante dans les territoires.

Par ailleurs, il est nécessaire de redire que le système de protection que constitue l'Assurance Maladie, système universel, solidaire et redistributif, quelques soixante-dix ans après sa création, rend toujours possible l'accès de toutes et tous à des prises en charge médicales, dont la qualité et la sécurité connaissent des progrès remarquables.

Tout comme il est utile de redire que la représentation des usagers, dont la mission est officiellement reconnue dans le code de la santé publique via la loi du 26 janvier 2016, leur permet d'exprimer leurs analyses sur les problématiques de santé qui les concernent directement.

Enfin, il est important de souligner que la création des agences régionales de santé a permis, depuis une dizaine d'années, d'inscrire dans la réalité régionale le pilotage de la politique de santé publique, comme d'instaurer une régulation de l'offre en proximité avec les disparités et inégalités régionales.

Les usagers, qui ont participé aux programmes régionaux de santé, dans un esprit de co-construction, sont attentifs aux nombreux dossiers que traite l'agence : la régulation de l'offre de santé en région, qui porte sur les secteurs ambulatoire (médecine de ville), médico-social (aide et accompagnement des personnes âgées et handicapées) et hospitalier, mais aussi dans bien d'autres domaines comme la veille et la sécurité sanitaires, la définition, le financement et l'évaluation des actions de prévention et de promotion de la santé.

## Définition des sigles et acronymes utilisés dans le rapport

<b>ALD</b>	Affection de longue Durée
<b>AME</b>	Aide médicale d'Etat
<b>ANAP</b>	Agence nationale d'appui à la performance
<b>ANESM</b>	Agence nationale de l'évaluation et de la qualité des établissements et services sociaux et médico-sociaux
<b>APL</b>	Accessibilité potentielle localisée
<b>ARS</b>	Agence régionale de santé
<b>ATIH</b>	Agence technique de l'information sur l'hospitalisation
<b>CAIM</b>	Contrat d'aide à l'installation médecin
<b>CARSAT</b>	Caisse d'assurance retraite et de la santé au travail
<b>CAS</b>	Contrat d'accès aux soins
<b>CCAS</b>	Centre communal d'action sociale
<b>CDPI</b>	Chambre disciplinaire de première instance
<b>CDU</b>	Commission des usagers
<b>CE</b>	Conseil d'Etat
<b>CESP</b>	Contrat d'engagement de service public
<b>CG</b>	Conseil général
<b>CLAN</b>	Comité de liaison alimentation et nutrition
<b>CLIC</b>	Centre local d'Information et de coordination
<b>CLIN</b>	Centre de coordination de la lutte contre les infections nosocomiales
<b>CLIS</b>	Classe pour l'inclusion scolaire
<b>CLS</b>	Contrat local de santé
<b>CME</b>	Commission médicale d'établissement
<b>CMU</b>	Couverture maladie universelle
<b>CNAM</b>	Caisse nationale d'assurance maladie
<b>CNO</b>	Conseil national de l'ordre
<b>CNOM</b>	Conseil national de l'ordre des médecins
<b>CNS</b>	Conférence nationale de santé
<b>CNSA</b>	Caisse nationale de solidarité pour l'autonomie des personnes âgées et des personnes handicapées
<b>COSCOM</b>	Contrat de stabilisation et de coordination pour les médecins
<b>COTRAM</b>	Contrat de transition pour les médecins

<b>CPAM</b>	Caisse primaire d'assurance maladie
<b>CPOM</b>	Contrat d'objectifs et de moyens
<b>CPTMG</b>	Contrat de praticien territorial de médecine générale
<b>CPU</b>	Commission pluridisciplinaire unique
<b>CRA</b>	Commission de recours amiable
<b>CREAI</b>	Centre régional d'études et d'actions sur les handicaps et les inadaptations
<b>CROM</b>	Conseil régional de l'ordre des médecins
<b>CRSA</b>	Conférence régionale de la santé et de l'autonomie
<b>CRUQ PC</b>	Commission des relations avec les usagers et de la qualité de prise en charge
<b>CSDU</b>	Commission spécialisée droits des usagers
<b>CSP</b>	Code de la santé publique
<b>CSTM</b>	Contrat de solidarité territoriale
<b>CTS</b>	Conseil territorial de santé
<b>CVS</b>	Conseil de vie sociale
<b>DA</b>	Directives anticipées
<b>DCC</b>	Dossier communiquant en cancérologie
<b>DD</b>	Délégation départementale
<b>DDU</b>	Droits des usagers
<b>DGOS</b>	Direction générale de l'offre de soins (ministère)
<b>DMP</b>	Dossier médical personnel
<b>DOM</b>	Département d'outre-mer
<b>DREES</b>	Direction de la recherche, des études, de l'évaluation et des statistiques
<b>DRSM</b>	Direction régionale du service médical
<b>DUEQ</b>	Délégation usagers-qualité
<b>EAEPEP</b>	Elèves à besoins éducatifs particuliers
<b>EHPA</b>	Etablissement d'hébergement pour personnes âgées
<b>EHPAD</b>	Etablissements d'hébergement pour personnes âgées dépendantes
<b>EPP</b>	Evaluation des pratiques professionnelles
<b>ERP</b>	Etablissement recevant du public
<b>ESAT</b>	Etablissement et service d'aide par le travail
<b>E-SATIS</b>	Indicateur de la satisfaction des patients hospitalisés.
<b>ESMS</b>	Etablissement social et médico-social
<b>ESSMS</b>	Etablissements et services sociaux et médico-sociaux
<b>ETS</b>	Etablissement de santé
<b>FAM</b>	Foyer d'accueil médicalisé

<b>FAS</b>	France Assos Santé
<b>FIR</b>	Fonds d'intervention régional
<b>FSOEU</b>	Formations spécifiques organisant l'expression des usagers
<b>GHT</b>	Groupement hospitalier de territoire
<b>HAD</b>	Hospitalisation à domicile
<b>HAS</b>	Haute autorité de santé
<b>IGAS</b>	Inspection générale des affaires sociales
<b>IGF</b>	Inspection générale des finances
<b>IME</b>	Institut médico éducatif
<b>INDS</b>	Institut national des données de santé
<b>INSEE</b>	Institut national de la statistique et des études économiques
<b>IRDS</b>	Institut de recherche et documentation en économie de la santé
<b>I-SATIS</b>	Indicateur de mesure de la SATISfaction des patients hospitalisés
<b>ITEP</b>	Institut thérapeutique éducatif pédagogique
<b>LISP</b>	Lits identifiés en soins palliatifs
<b>MAS</b>	Maisons d'accueil spécialisé
<b>MCO</b>	Médecine chirurgie obstétrique
<b>MSP</b>	Maison de santé multi-professionnelle
<b>PACA</b>	Provence-Alpes-Côte d'Azur
<b>PAPS</b>	Plate-forme d'appui aux professionnels de santé
<b>PASCALINE</b>	Parcours de santé coordonné et accès à l'innovation numérique
<b>PP</b>	Projet personnalisé
<b>PRAPS</b>	Programme régional d'accès
<b>PRIAC</b>	Programme interdépartemental d'accompagnement
<b>PRS</b>	Projet régional de santé
<b>PS</b>	Professionnels de santé
<b>QSM</b>	Quartier de semi-liberté
<b>RU</b>	Représentant des usagers
<b>SAE</b>	Statistique annuelle des établissements de santé
<b>SDIS</b>	Service départemental d'incendie et de secours
<b>SDRE</b>	Soins sur décision du représentant de l'Etat (préfet ou maire)
<b>SDT</b>	Soins sur demande d'un tiers
<b>SESSAD</b>	Service d'éducation spéciale et d'accompagnement à domicile
<b>SIG</b>	Système d'information géographique
<b>SROS</b>	Schéma régional d'organisation sanitaire

<b>SRP</b>	Schéma régional de prévention
<b>SSIAD</b>	Services de soins infirmiers à domicile
<b>SSR</b>	Soins de suite et de réadaptation
<b>STATISS</b>	STATistiques et indicateurs de la santé et du social
<b>TIC</b>	Technologie de l'information et de la communication
<b>TNS</b>	Territoire de soins numérique
<b>UCSA</b>	Unité de consultation et de soins ambulatoires
<b>UFC-Que Choisir</b>	Union fédérale des consommateurs - Que choisir
<b>UMD</b>	Unité pour malades difficiles
<b>URPS</b>	Union régionale des professionnels de santé