



**Projet de rapport 2020 de la CNS sur  
l'évaluation du respect des droits  
des usagers du système de santé en  
période de crise sanitaire de la  
Covid-19**

**Présentation des points peu ou pas évoqués par les contributions  
écrites dans le cadre du projet de rapport 2020**

### Commentaires généraux :

- Les points peu ou pas évoqués listés ci-dessous font références à des sujets peu détaillés ou absents des contributions des membres de la CNS ou d'autres instances.
- Certains points mentionnés peuvent avoir été évoqués depuis dans les nouveaux travaux de la CNS, notamment ceux de sa Commission permanente avec les deux points de vigilances adoptés et publiés sur les sujets de « tris des patients » et des « déprogrammations ».
- Certains points peuvent aussi se trouver dans les travaux du CCL-COVID19 ou bien les contributions des ERER, travaux qui sont mentionnés dans la méthodologie du projet de rapport mais dont les informations n'ont pas été introduite dans ce dernier à ce jour.

## Introduction

## Méthodologie

### I) Les droits des personnes malades et des usagers du système de santé

#### A) Constats et retours d'expériences

1. Des exemples de non-respect du secret médical pendant la crise sanitaire de la Covid-19
2. Droit à une information, juste, claire et compréhensible
  - a) *Un manque de transparence et de cohérence des discours*
  - b) *Un manque de lisibilité des mesures mises en place*
  - **Peu de contributions ont évoqué l'absence de médecin traitant, qui n'est pas nouvelle dans certains territoires et l'existence des « déserts » médicaux, pharmaceutiques, infirmiers et leurs conséquences en période de crise sanitaire.**
  - **Effets sur le court, moyen et long terme de la diffusion institutionnelle d'informations fluctuantes (accroissement possible de la perte de confiance dans la communication des « bonnes pratiques »).**
  - **Rien sur l'information sur le respect des droits (respect du secret médical/professionnel – COVID est-elle une maladie à déclaration obligatoire ? – sur les partages de diagnostic, avec définition des acteurs pouvant y avoir accès).**

c) *L'inclusion/fracture numérique*

- **Absence d'information sur les zones blanches ou grises où l'exercice de la télémédecine est compliqué ou impossible ainsi que sur les consultations proposées ou imposées en ligne des patients non équipés.**
- **Impacts sur « virage numérique » et « virage ambulatoire » et consentement des usagers-patients.**

## **B) Recommandations**

1. Droit à une information juste, claire et compréhensible

a) *Une information transparente pour rétablir la confiance des citoyens*

b) *Une information compréhensible, pédagogique et adaptée*

- **Aucune mention sur les efforts en matière de communication (utilisation généralisée des langues des signes et sous-titrage des discours, conférences de presse...), sur les traductions en multiples langues et sur la rédaction en « facile à lire et à comprendre.**

c) *Informez sur les différentes phases de crise :*

d) *Renforcer le rôle de communicant des associations et des représentants d'usagers*

### **→ AUTRES :**

- **Manque d'informations pour certaines populations (principalement en butte avec des inégalités sociales déjà connues et/ou amplifiées dont la visibilité s'est accrue) : migrants (dont les ROM) ou « apparentés », les mineurs étrangers isolés, femmes/enfants victimes de violences, femmes enceintes, personnes prostituées, personnes placées sous main de justice (en centre éducatif fermé, en centre de rétention administrative, en assignation à résidence...), sans « domicile fixe », personnes exerçant des métiers « informels » (non déclarés, non reconnus), seule source de revenus, personnes endeuillées.**
- **Absence de retours sur la question du télétravail et conditions de reconnaissances des maladies professionnelles.**

## **II) L'égalité d'accès aux services de santé**

### **A) Constats et retours d'expériences.**

1. Des barrières à la continuité des soins : manque d'équipements, de ressources humaines et de mesures adaptées

- **Manque d'information quant à l'accès au matériel pour les personnels intervenant à domicile.**

- Manque de retours d'expériences sur le fait que les consultations des dentistes ont été réduits aux seuls soins urgents et sur la question des distances géographiques à parcourir pour rejoindre les cabinets dentaires prenant en charge ces cas urgents.
- Evocation en réunion de la CP par Mme LEBEL de la question des transports sanitaires et du recours à des professionnels de « remplacement » ne disposant pas toujours des savoirs spécifiques pour les « prises en charge », point non soulevé par les contributions.
- Accès à l'eau dans certains territoires (ex: DOM-TOM, camps de réfugiés, personnes vivant à la rue)
- Directives anticipées – « personnes de confiance », respect du refus de soins (de la part des patients).

## 2. Les renoncements aux soins

- Beaucoup de retours sur le renoncement à des soins pour maladies chroniques mais peu en ce qui concerne des maladies transmissibles comme la dengue (et autres maladies à transmission par les moustiques) que ce soit aux Antilles ou à la Réunion.

## 3. Sélections, « tris » des patients

- Peu d'information sur les conditions de vie des malades en absence de soins (maladie respiratoire...) et des pertes de chances potentielles.

## 4. Déprogrammation de soins

## 5. Rupture d'accès aux dispositifs et médicaments

## 6. Rupture d'accès aux soins et premières nécessités pour des populations dites « précaires » et en situation de « vulnérabilité »

- Information peu développée dans les contributions sur la question des transports pour se rendre dans ces structures « généralistes » ou « spécialisées » et sur quels types de soins sont couverts par de tels dispositifs.
- Absence d'information sur le fonctionnement des permanence d'accès aux soins (PASS)
- Absence d'information sur la réduction des modalités de paiement (refus d'accepter les paiements en liquide/obligation de disposer d'une carte de crédit) ou bien sur les conséquences du confinement et de son impact sur la réduction du recours à « la manche » du fait de la raréfaction de la circulation de passants dans les rues.
- Difficultés pour l'ouverture des droits (Aide médicale d'Etat...), pour la fourniture de justificatifs (fermeture de préfectures...); difficultés de diffusion d'informations sur les prolongations des droits existants.

- **Peu de références faites à la surpopulation rendant difficile le respect du confinement et rendant difficile, voire impossible, le respect des gestes « barrières » entre personnes cohabitantes.**
- 7. Engagements des professionnels de santé
- 8. Recours à la téléconsultation
- **Participation à l'application StopCovid et sa promotion. Puis TousAntiCovid.**

## B) Recommandations

1. Adopter une stratégie de dépistage accessible à toutes et tous
2. Assurer l'accès et la continuité des soins « hors covid »
- **Absence de recommandations pour la médecine ambulatoire dans des logements insalubres, logements surpeuplés, logements trop petits pour y ajouter un lit médicalisé et autre matériel de soins encombrants (potence à perfusion).**
3. Garantir un accès à toutes et tous et pour tous aux outils numériques
4. Prendre en compte les inégalités sanitaires, sociales, territoriales et environnementales dans l'élaboration des mesures de réponses à l'épidémie

## III) La qualité des prises en charge et des accompagnements

### A) Constats

1. Prise en charge et accompagnement des patients Covid-19
  - a) *Manque de ressources humaines et matérielles*
  - b) *Mise en place de dispositifs pour répondre à la crise sanitaire*
  - **Qualité des prises en charge des patients Covid-19, accès au dépistage, retours à domicile/travail**
2. Prise en charge et accompagnement des patients « hors Covid-19 »
  - a) *Arrêts et reports de soins longue durée et dits « non-urgents »*
  - **Peu d'information sur la reprise des soins après le 1<sup>er</sup> confinement, les nouveaux reports avec l'instauration d'un deuxième confinement.**
  - b) *Arrêts des dépistages et prises en charge des patients atteints de cancers*
  - c) *Des retours à domicile incités ou contraints*
  - d) *Un accompagnement des personnes en situation de handicap fragilisé*
  - e) *Arrêts des accompagnements des personnes souffrant de troubles psychiques*

f) *Accompagnement des personnes âgées dans les ESMS*

- **Maintenir le lien social dans les ESMS (visites, autorisations de sorties, ...).**

g) *Accompagnement des personnes en fin de vie*

- **Peu d'information sur les modalités de mises en œuvre des soins palliatifs pour les personnes malades.**
- **Peu d'information sur l'organisation des enterrements ; sur le respect des rituels religieux dont les conditions d'enterrements dans les cimetières : « carrés » musulmans, « carrés » juifs ; sur l'impossibilité du retour du défunt dans le pays d'origine, ce qui est une source de douleurs supplémentaires liées à l'impossibilité du respect des dernières volontés**

h) *Arrêts des prises en charge à domicile*

i) *Interruption des accompagnements des personnes souffrant d'addictions*

j) *De nouvelles manières d'offrir les soins*

- **« Parcours de soins » entre l'hôpital, le médico-social, la ville et le social.**

## **B) Recommandations**

1. Prise en charge des patients atteints de la Covid-19

2. Renforcer l'accompagnement des populations fragiles et dites « vulnérables » en période de crise sanitaire

- **Maintenir les interventions du personnel libéral et intervenants extérieurs;**
- **Maintenir les soins d'hygiène et de confort (coiffeur, pédicure, esthéticien, ...).**

3. Assurer la continuité des soins à domicile

- **Absence d'information sur la mise en place un étayage suffisant pour accompagner les personnes retournées (par choix ou contrainte) à domicile.**

4. Accompagnement des personnes atteintes de cancers

5. Mettre en place un accompagnement psychologique

6. Participation des médecins du travail

7. Mobilisation de tous les acteurs du territoire pour une prise en charge optimale

- **Manque d'information sur les personnes qui vivent seules.**

8. Analyser la gestion de la crise et capitaliser sur les retours d'expériences et initiatives

9. Autres

## **IV) Les instances la démocratie en santé**

**A) Constats et retours d'expériences.**

1. Relations CRSA-CTS-ARS durant la période pré- et du confinement
2. La voix des usagers du système de santé et de leurs représentants

- **Absence de sollicitation directe des personnes âgées pour recueillir leurs avis.**

3. Progressive mise en place de procédures et d'outils de démocratie en santé

## **B) Recommandations**

1. Dans le cadre d'une crise sanitaire
2. Des mesures pérennes

## **V) Gouvernance et pilotage des crises sanitaires**

### **A) Constats et retours d'expérience**

### **B) Recommandations**

1. Constitution de stocks stratégiques préventifs
2. Transformation du système de santé et revalorisation des rémunérations des personnels de santé et du médico-social
3. Décloisonnement et coordination entre les acteurs

## **→ AUTRES**

- **Mesures de santé publique assurées principalement par les forces de l'ordre - dont ce n'est pas le métier - avec menaces de coercition : verbalisation en cas de non-respect (forces de l'ordre qui, elles-mêmes, dans les 1ères semaines de confinement et sortie du confinement n'étaient pas dotées de masques et n'étaient pas en capacité de respecter les mesures de distance physique dans leurs véhicules et dans leurs locaux, y compris pour les personnes placées en garde à vue, en cellules).**
- **Précarité alimentaire pendant le confinement et après (limitations des capacités d'action des associations... - ruptures ou réductions des ressources issues de la mendicité, limitation ou impossibilité de pouvoir utiliser le paiement en espèces).**
- **Questions des discriminations des patients atteints de la Covid-19**

## **Conclusion**