



Conférence Régionale
de la Santé
et de l'Autonomie

Rapport annuel relatif au respect des droits des usagers du système de santé

2020

Données 2019

Rapport présenté en séance plénière de la CRSA
le 22 juin 2022



*Rapport réalisé avec le concours de l'Agence régionale de santé Grand Est
et de l'Observatoire régional de la santé Grand Est*

Sommaire

AVANT-PROPOS	5
Sources de données mobilisées	6
ORIENTATION 1 :	
PROMOUVOIR ET FAIRE RESPECTER LES DROITS DES USAGERS	9
Objectif 1. Former les professionnels de santé sur le respect des droits des usagers	9
Objectif 2. Rendre effectif le processus d'évaluation du respect des droits des usagers	11
Objectif 3. Droit au respect de la dignité de la personne – Promouvoir la bienveillance.....	21
Objectif 4. Droit au respect de la dignité de la personne – Prendre en charge la douleur.....	22
Objectif 5. Droit au respect de la dignité de la personne – Encourager les usagers à rédiger des directives anticipées relatives aux conditions de leur fin de vie	25
Objectif 6. Droit à l'information : permettre l'accès au dossier médical.....	27
Objectif 7. Assurer la scolarisation des enfants handicapés en milieu ordinaire ou adapté ..	30
Objectif 8. Droits des personnes détenues : assurer la confidentialité des données médicales et l'accès des personnes à leur dossier médical.....	32
Objectif 9. Santé mentale : veiller au bon fonctionnement des commissions départementales de soins psychiatriques (CDSP).....	33
ORIENTATION 2 :	
RENFORCER ET PRESERVER L'ACCES A LA SANTE POUR TOUS	35
Objectif 10. Assurer l'accès aux professionnels de santé libéraux	35
Objectif 11. Assurer financièrement l'accès aux soins	49
Objectif 12. Assurer l'accès aux structures de prévention.....	50
Objectif 13. Réduire les inégalités d'accès à la prévention, aux soins et à la prise en charge médico-sociale sur tous les territoires	58
ORIENTATION 3 :	
CONFORTER LA REPRESENTATION DES USAGERS DU SYSTEME DE SANTE	65
Objectif 14. Former les représentants des usagers siégeant dans les instances du système de santé.....	65
ORIENTATION 4 :	
RENFORCER LA DEMOCRATIE SANITAIRE	69
Objectif 15. Garantir la participation des représentants des usagers et des autres acteurs du système de santé dans les CRSA et les conférences de territoire	69
AVIS ET RECOMMANDATIONS	71
ANNEXES.....	78
État sur le recueil des données du cahier des charges	79
Glossaire	82



Avant-propos

Conformément aux dispositions qui lui sont applicables, la Conférence Régionale de la Santé et de l'Autonomie (CRSA) Grand Est a procédé, pour l'exercice 2019, à « l'évaluation, d'une part, des conditions dans lesquelles sont appliqués et respectés les droits des personnes malades et des usagers du système de santé et, d'autre part, de la qualité des prises en charge et des accompagnements » (article L. 1432-4 du code de la santé publique).

Ce rapport 2020 (portant sur les données 2019) – établi selon le cahier des charges fixé par arrêté du 5 avril 2012 – est **le quatrième¹ de la CRSA Grand Est**.

Portant sur **l'année 2019**, ou à défaut sur les dernières données disponibles², le présent rapport apporte une **5^{ème} année d'observation** des mesures concourant au respect des droits des usagers en Région Grand Est. Il couvre les champs ambulatoire, sanitaire et médico-social et se compose des quatre orientations suivantes :

1. Promouvoir et faire respecter les droits des usagers ;
2. Renforcer et préserver l'accès à la santé pour tous ;
3. Conforter la représentation des usagers du système de santé ;
4. Renforcer la démocratie sanitaire.

La sollicitation des différents services fournisseurs des données ici colligées a été réalisée en fin d'année 2020, année fortement marquée par la crise sanitaire liée à la Covid-19. Bien que le rapport ne porte pas sur l'observation de cette année particulière – qui sera à la charge du prochain rapport annuel et des suivants qui en pointeront assurément des modifications durables engendrées –, le recueil habituel des données s'en est trouvé généralement très retardé, voire mis à mal pour certains indicateurs.

Faute de disposer de ces indicateurs, il sera considéré une nouvelle fois cette année, à l'instar des années précédentes, qu'en l'absence d'éléments qui viendraient contredire ou compléter les tendances connues et suivies par les précédents rapports annuels sur lesquels il est toujours possible et recommandé de s'appuyer, l'année 2019 peut être considérée comme une année « habituelle ».

CRSA GRAND EST

Hubert ATTENONT,

Président de la Conférence Régionale de la Santé et de l'Autonomie (CRSA)

Dr Vincent ROYAUX

Président de la Commission Spécialisée « Organisation des soins » (CSOS)

Christian MINET

Président de la Commission Spécialisée « Offre médico-sociale » (CSMS)

Dr Jeanne MEYER

Présidente de la Commission Spécialisée « Prévention » (CSP)

Angèle RATZMANN

Présidente de la Commission Spécialisée « Droits des usagers » (CSDU)

¹ Les rapports annuels successifs sont diffusés sur la page dédiée aux activités de la CRSA sur le site internet de l'ARS : Rapport 2016 (*données 2015*), Rapport 2017 (*données 2016 et 2017*), Rapport 2019 (*données 2018*).

² L'information relative à l'année de production des données présentées est précisée de façon systématique.

Sources de données mobilisées

La réalisation du rapport annuel de la CRSA implique d'identifier différents partenaires référents pour recueillir l'ensemble des données ciblées par le cahier des charges national. Ce sont ainsi près de 35 personnes issues de services de différentes structures et institutions qui sont sollicitées pour collecter l'ensemble des données traitées.

■ Les informations relatives au secteur ambulatoire

Pour la première fois dans le cadre du Rapport 2019, des données relatives au processus de plaintes et réclamations dans le secteur ambulatoire sont disponibles dans le cadre du rapport annuel de la CRSA. Ces données sont issues de la Direction de la stratégie de l'ARS. Bien que ne couvrant pas l'ensemble du spectre, elles offrent un premier niveau d'information et d'observation dans notre région.

■ Les informations relatives au secteur médico-social

Lancée en 2018 dans le cadre du rapport annuel de la CRSA relatif aux droits des usagers du système de santé, une enquête auprès des établissements et services médico-sociaux (ESMS) dont l'ARS a la compétence exclusive ou conjointe a permis pour la première fois de dresser un portrait de la situation dans le secteur médico-social.

L'intérêt des données recueillies a conduit l'ARS à relancer cette enquête en 2019 pour disposer d'une observation annuelle, au même titre que pour le secteur sanitaire. En raison du contexte particulier lié à la crise sanitaire, cette enquête a été lancée au cours du deuxième trimestre 2021, à destination de plus de 1 500 établissements et services médico-sociaux, qui avaient jusque-là été fortement concernés par la gestion de crise. Au biais de cette enquête, ces établissements ont été invités à renseigner un questionnaire visant à décrire leur activité 2019 concernant le Conseil de vie social (CVS) et les autres dimensions relatives aux droits des usagers. Malgré la période estivale, les 511 réponses à cette enquête ainsi que la qualité des données recueillies permettent de décrire l'année 2019³.

■ Les données du secteur sanitaire

Les indicateurs relatifs aux établissements de santé sont issus de trois sources principales.

- La synthèse régionale 2020 des rapports des CDU

Au sein des établissements de santé publics, privés ainsi que des groupements de coopération sanitaire autorisés à assurer les missions d'un établissement de santé, la Commission des usagers (CDU)⁴ veille au respect des droits des usagers, contribue à l'amélioration de la qualité de l'accueil des personnes malades et de leurs proches et de la prise en charge et facilite leurs démarches.

Au 1^{er} janvier 2019, 196 établissements de santé étaient recensés en Grand Est.

Comme le prévoit l'article L1112-3 du code de la santé publique, une synthèse régionale de l'ensemble des rapports des CDU des établissements de santé est établie par l'ARS. Elle a pour objet de dégager les grandes tendances issues de l'analyse des rapports communiqués par les établissements de santé et constitue une base à partir de laquelle pourront être identifiées et initiées des pistes et actions d'amélioration.

Bien que l'enquête ait été lancée tardivement par rapport aux calendriers habituels (clôture en juillet 2021), la synthèse 2019 s'appuie sur les rapports d'activité 2019 transmis par 196 établissements de santé, soit un taux de réponse de 100 %.

- La certification de la Haute Autorité de Santé (HAS)

Procédure d'évaluation externe des établissements de santé publics et privés, la certification effectuée par des professionnels mandatés par la HAS porte sur le niveau de prestations et de soins délivrés aux patients ainsi que sur la dynamique d'amélioration de la qualité et de la sécurité des soins. La certification s'appuie

³ Outre les éléments présentés dans ce rapport, un document spécifique porte sur le respect des droits des usagers du secteur médico-social.

⁴ La loi du 26 janvier 2016 de modernisation de notre système de santé complétée par le décret n°2016-726 du 1^{er} juin 2016 a institué la Commission des usagers (CDU) dans les établissements de santé. Elle remplace la commission des relations avec les usagers et de la qualité de la prise en charge (CRUQ-PC).

sur l'analyse de plusieurs thématiques, dont certaines sont obligatoires et communes à l'ensemble des établissements.

- **Le questionnaire e-satis**

Dispositif national piloté par la HAS, e-satis mesure la satisfaction des patients hospitalisés plus de 24h dans une clinique ou un hôpital en médecine, chirurgie et obstétrique (MCO). Cette enquête a été complétée en 2018 par une enquête pour les patients pris en charge en chirurgie ambulatoire.

- **L'offre de formation**

Les éléments relatifs aux formations dispensées dans le secteur sanitaire sont transmis par les délégations de l'Association nationale pour la formation permanente du personnel hospitalier (ANFH) en région.

■ **Les autres données mobilisées**

- **Les populations spécifiques**

Les éléments portant sur la scolarisation des enfants handicapés (objectif 7) sont issus des données des trois Rectorats de la région académique Grand Est ainsi que du site Handidonnées Grand Est.

Des contacts avec les services de l'ARS (Référént soins aux détenus, Département des soins psychiatriques) ont permis d'obtenir des données chiffrées et de contexte relatives aux situations spécifiques des personnes détenues (objectif 8) et des soins psychiatriques (objectif 9).

- **L'offre de soins**

La direction des soins de proximité de l'ARS ainsi que la Gestion du Risque regroupant les CPAM des départements du Grand Est ont été contactées pour actualiser les éléments relatifs à l'offre de soins sur le territoire (objectifs 10, 11). Ces données ont été complétées par des données directement disponibles sur les sites des partenaires dans le cadre de l'information des professionnels et usagers, que sont :

- la plateforme ouverte des données publiques françaises (site : <http://data.gouv.fr/>),
- Cartosanté, accessible depuis la plateforme d'appui aux professionnels de santé (PAPS) Grand Est.

Les données relatives à l'offre médico-sociale, mobilisées dans le cadre de la loi de financement de la sécurité sociale (LFSS) et traitées par la Caisse nationale de solidarité pour l'autonomie (CNSA), sont disponibles en « open data » sur le portail de la Sécurité sociale.

- **Les dispositifs de prévention**

Les indicateurs relatifs à l'accès aux structures et dispositifs de prévention (objectif 12) sont également disponibles à partir du site internet de Santé Publique France (SpF) pour les éléments relatifs à la participation aux campagnes de dépistage organisé des cancers, ainsi qu'à la couverture vaccinale des enfants.

Les éléments relatifs à la déclinaison des Contrats locaux de santé en Grand Est sont régulièrement mis à jour sur le site de l'ARS.

Enfin, le Département santé-environnement de la Direction de la promotion de la santé, de la prévention et de la santé environnementale de l'ARS fournit selon le calendrier de l'enquête nationale, le nombre de procédures d'insalubrité diligentées dans la région.

- **La formation et la participation des représentants des usagers**

France Assos Santé et le secrétariat de la CRSA ont été sollicités pour connaître respectivement les formations déployées à l'attention des représentants des usagers (RU) ainsi que pour déterminer le niveau de leur participation aux différentes instances de la démocratie en santé.



Orientation 1 : Promouvoir et faire respecter les droits des usagers

Objectif 1. Former les professionnels de santé sur le respect des droits des usagers

■ Secteur ambulatoire

Les sources de données actuellement mobilisées ne permettent pas de rendre compte de la situation dans le secteur ambulatoire.

■ Secteur sanitaire

Les trois antennes ante-régionales de l'Association nationale pour la formation permanente (ANFH) ont été sollicitées pour connaître les formations relatives aux droits des usagers dispensées en 2019. Il résulte de cette consultation que 327 personnels hospitaliers ont participé à des sessions de formation couvrant des thématiques diverses.

Récapitulatif des formations dispensées en 2019 en Grand Est

	Participants
Les directives anticipées : garantir les volontés du patient	37
Les droits des résidents	66
Droits et obligations du patient et de sa famille	24
Gestion des conflits avec les familles des patients / résidents	86
Prise en charge des soins palliatifs	114
	327

Des données plus récentes issues du site internet de l'ANFH font état de nouvelles thématiques de formation dispensées par l'organisme en lien avec le plan d'actions régional Grand Est 2020⁵.

⁵ <http://www.anfh.fr/alsace/services-aux-etablissements/plan-d-actions-regional-grand-est-2020>

■ Secteur médico-social

L'enquête sur le respect des droits des usagers du secteur médico-social (ESMS) permet d'avoir une connaissance sur les formations suivies par les professionnels de ces établissements sur les thématiques relatives aux droits des usagers.

Près de huit établissements et services médico-sociaux (ESMS) répondants sur dix déclarent que des personnels ont suivi au moins une formation relative aux droits des usagers en 2019.

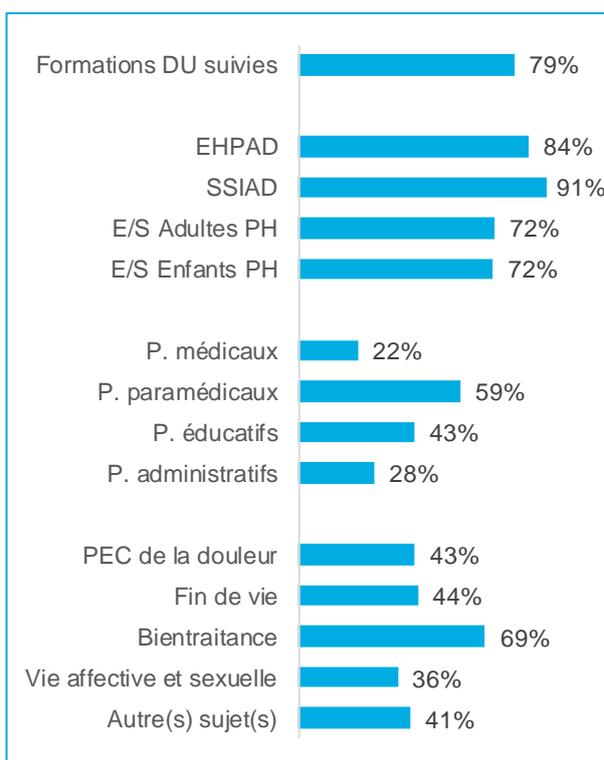
Il a été demandé aux répondants de l'enquête ESMS⁶ de préciser les formations relatives aux droits des usagers suivies par leurs professionnels au cours de l'année 2019.

Les personnels paramédicaux sont la catégorie de personnels ayant le plus souvent suivi une formation (59 %)⁷.

Le thème de formation le plus souvent abordé est celui de la bientraitance (69 % des ESMS et 87 % des ESMS pour lesquels des formations ont été suivies). Ce thème est transversal à l'ensemble des ESMS (entre 61 et 77 %), quel que soit le public accueilli.

Les autres sujets sont différemment abordés selon la catégorie d'établissement/service. Ainsi, les établissements prenant en charge des personnes âgées traitent largement de la fin de vie (71 % des SSIAD et 56 % des EHPAD) ainsi que de la prise en charge de la douleur (44 % des SSIAD et 61 % des EHPAD). La thématique de la vie affective et sexuelle est quant à elle plutôt abordée en formation auprès des professionnels des établissements et services pour personnes handicapées (56 % des établissements et services adultes, 44 % des établissements et services enfants).

Proportion d'ESMS pour lesquels des formations relatives aux droits des usagers ont été suivies en 2019



Source : ARS Grand Est, « Enquête sur le respect des droits des usagers du secteur médico-social (Année 2019) ». Exploitation : ORS Grand Est.

⁶ Se reporter à la section « les informations relatives au secteur médico-social » de l'avant-propos qui contextualise l'enquête.

⁷ Lors des précédents rapports, les réponses portaient sur les trois dernières années; l'évolution n'est donc pas directement observable.

■ Secteur ambulatoire

Le processus de traitement des réclamations et plaintes est structuré à l'échelle départementale des conseils de l'ordre des différentes professions de santé concernées. À ce niveau, aucune information n'a pu être obtenue pour permettre une observation chiffrée.

Toutefois, l'ARS est destinataire de certaines informations relatives aux plaintes et réclamations portées à l'encontre de professionnels de santé lui parvenant :

- soit directement, par le biais de courriers adressés par les plaignants à ses différents services (Direction inspection contrôle et évaluation (D.I.C.E), Délégations territoriales concernées...).
- soit indirectement, de la part de l'échelle régionale ou nationale des différents conseils de l'ordre qui adressent à l'ARS une copie des décisions qu'ils ont eu à rendre.

• Nombre et nature des contentieux

Au cours de l'année 2019, l'ARS Grand Est a été informée par la chambre disciplinaire de première instance de l'ordre des médecins du Grand Est de 54 décisions rendues suite à des dépôts de plaintes disciplinaires.

Sur les 54 plaintes déposées, une a fait l'objet d'un désistement de la part du plaignant.

Les procédures menées à leur terme ont abouti pour 29 d'entre elles à une décision de rejet de la plainte (dont 5 pour irrecevabilité). 24 procédures ont au contraire amené au prononcé d'une sanction disciplinaire allant de l'avertissement à l'interdiction d'exercer à l'encontre des médecins concernés.

Les sanctions disciplinaires intervenues reposent sur les fondements suivants :

- **Des fautes, fraudes ou abus de cotation** tous réprimés par des **interdictions temporaires ou définitives d'exercice** (6 procédures),
- **Des manquements à la qualité des soins** (soins délivrés non conformes aux règles de l'art, défaut d'information...) réprimés par **5 blâmes et 2 avertissements**, étant relevé que les procédures initiées pour un tel motif ont ainsi abouti au prononcé d'une sanction dans la moitié des cas,
- **Un comportement inadapté du médecin concerné** (non-respect de l'honneur, de la probité...) réprimé par **3 avertissements**,
- **Des manquements à la confraternité** réprimés par **3 blâmes et 1 avertissement**,
- **Des violations du secret professionnel** réprimées par **2 avertissements**,
- **Des manquements aux règles d'établissement des certificats médicaux** (certificat de complaisance, immixtion dans les affaires de familles) réprimés par **1 blâme et 1 interdiction temporaire d'exercice**.

Il est à noter que les plaintes de patients concernant les praticiens exerçant dans un établissement public de santé font l'objet d'une décision systématique de rejet en vertu de l'article L4124-2 du Code de la santé publique qui précise que « *Les médecins, les chirurgiens-dentistes ou les sages-femmes chargés d'un service public et inscrits au tableau de l'ordre ne peuvent être traduits devant la chambre disciplinaire de première instance, à l'occasion des actes de leur fonction publique, que par le ministre chargé de la santé, le représentant de l'État dans le département, le directeur général de l'agence régionale de santé, le procureur de la République, le Conseil national ou le conseil départemental au tableau duquel le praticien est inscrit* »

Mais, dans ce dernier cas, le Directeur général de l'ARS peut se substituer au patient pour porter plainte, afin que les récriminations du patient soient examinées.

Par ailleurs, en 2019, 4 procédures en état pathologique ont été initiées à l'encontre de praticiens inscrits à l'un des dix ordres départementaux des médecins de la région Grand Est dont 4 ont abouti au prononcé d'une suspension temporaire. Enfin, une procédure en insuffisance professionnelle a été lancée et a conclu à la nécessité, avant dire-droit, d'ordonner une expertise complémentaire sur l'évaluation des compétences professionnelles du praticien concerné.

Au cours de l'année 2019, l'ARS Grand Est a également été informée par la Chambre disciplinaire de première instance de l'ordre des infirmiers du Grand Est de 35 décisions rendues suite à des dépôts de plaintes disciplinaires. 26 de ces plaintes ont été formulées contre un infirmier par l'un de ses confrères pour des manquements divers (manquement à la confraternité, publicité illégale, difficultés liées à un remplacement...) dont 4 ont abouti à un avertissement, 3 à un blâme et 9 à des interdictions temporaires d'exercice. Au contraire, 10 plaintes ont été déposées par des patients ou leurs familles en lien avec la qualité des soins dispensés (soins non consciencieux, absence de continuité des soins...). Une plainte a fait l'objet d'un désistement du plaignant, 4 procédures se sont soldées par un rejet de la plainte et 5 par le prononcé d'une sanction disciplinaire (à savoir : 1 avertissement, 2 blâmes et 1 interdiction temporaire).

- **Délai de traitement**

Le rapport d'activité 2020 du Conseil national de l'ordre des médecins comporte très peu d'éléments d'analyse d'activité concernant les juridictions de première instance disciplinaires pour l'année 2019⁸. Il en est de même du rapport annuel d'activité de la juridiction ordinale 2019 de la Chambre disciplinaire nationale de l'ordre des médecins⁹.

En effet, la fusion opérée entre les chambres disciplinaires de première instance depuis le 23 mai 2019 en lien avec le nouveau découpage des régions a fortement impacté leur activité.

Ces deux rapports indiquent toutefois qu'en 2019 :

- le nombre de requêtes enregistrées (1 523) a connu une hausse moins importante que celle de l'année précédente puisque l'augmentation est de 1 % contre 7 % en 2018,
- le nombre d'affaires jugées a chuté de 22,5 % en lien avec la réorganisation évoquée.

- **Appels**

En 2019, la Chambre disciplinaire nationale a jugé 347 affaires avec un délai moyen de jugement de 2 ans et 17 jours soit un délai augmentant de plus de 3 mois par rapport à l'année précédente. Or, il est à relever qu'en matière disciplinaire l'appel est suspensif et que le taux d'appel des médecins poursuivis et sanctionnés en première instance s'est élevé au cours de l'année considérée à 55 %.

Parmi les 347 affaires jugées, la Chambre disciplinaire nationale s'est prononcée en appel sur 256 décisions rendues en première instance en 234 décisions par le biais desquelles :

- 48 % des décisions ont été confirmées,
- 19 % ont été réformées, c'est-à-dire que la chambre disciplinaire nationale a confirmé l'analyse faite en première instance sur le manquement déontologique mais a infligé une sanction plus ou moins sévère aux médecins. Dans plus de 50 % des cas, c'est une sanction plus sévère qui a été prononcée,
- 32 % ont été annulées pour vice de forme ou sur le fond, les juges d'appel considérant que l'analyse faite en première instance sur manquement déontologique est erronée. Dans 39 % des cas, il a été estimé que les faits ne constituaient pas des manquements aux règles déontologiques. A l'inverse, dans 61 % des cas, il a été jugé que les faits soumis constituaient une ou des fautes

⁸ Conseil national de l'ordre des médecins, « Avec vous l'Ordre agit », 40 p.

⁹ Chambre disciplinaire de l'ordre des médecins, « Rapport d'activité de la juridiction ordinale -2019 »

déontologiques passibles de sanctions disciplinaires contrairement à ce qu'avaient estimé les premiers juges,

- 1 % ont été partiellement annulées, l'annulation partielle ayant consisté à annuler la décision de versement par le plaignant de dommages et intérêts pour dépôt de plaintes abusives.

■ Secteur sanitaire

Au 1^{er} janvier 2019, 196 établissements de santé étaient recensés en Grand Est.

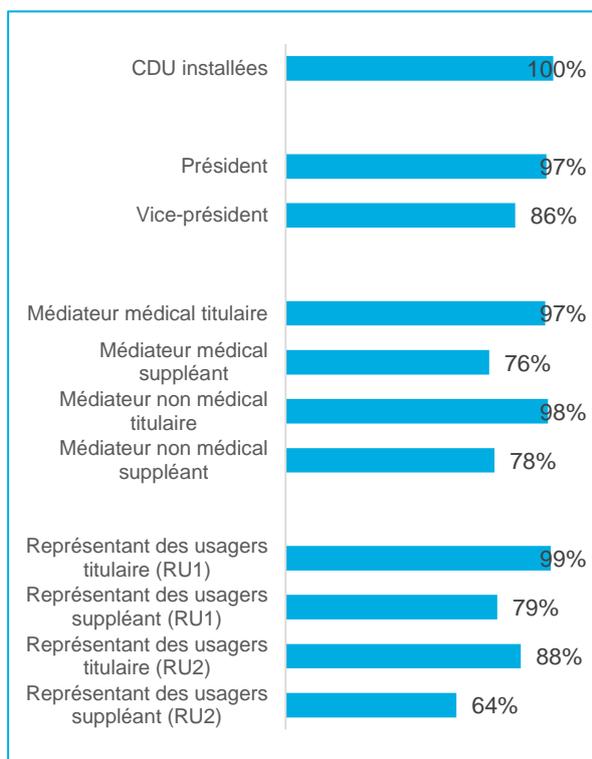
Tous les établissements concernés ont remis leur rapport de Commission des usagers (CDU) à l'ARS pour l'activité 2019 dans un calendrier compatible avec la réalisation de la synthèse régionale 2020 des rapports CDU, soit un taux de réponse de 100 %.

Les éléments relatifs à l'activité des CDU en Grand Est portent sur les 195 CDU installées. En effet, deux établissements ont une CDU commune.

• Composition

En 2019, presque toutes les CDU avaient leurs principaux postes pourvus, à savoir ceux de président, de médiateur médical et non-médical titulaires et de représentants des usagers titulaires.

Proportion d'établissements de santé pour lesquels les membres obligatoires sont désignés au sein des commissions installées



Source : ARS Grand Est, Synthèse régionale des rapports CDU, année 2019 (n=195).

Article R 1112-81 du code de la santé publique

« La commission se compose au minimum de :
(...)

deux médiateurs (un médecin et un non-médecin) et leurs suppléants désignés par le représentant légal de l'établissement,

et de deux représentants des usagers et leurs suppléants désignés par le directeur de l'ARS parmi les personnes proposées par les associations ayant une activité dans le domaine de la qualité de la santé et de la prise en charge des malades et disposant d'un agrément pour la représentation des usagers. »

Article R 1112-81-1 du code de la santé publique

« La présidence de la commission est assurée par un des membres mentionnés aux 1° à 3° du I de l'article R.1112-81. (...) »

« La commission des usagers élit (...) un vice-président parmi les membres figurant aux 1° à 3° du I de l'article R. 1112-81. Le vice-président est issu d'une autre de ces catégories de membres que celle du président. » (...) »

Art. R. 1112-84 du code de la santé publique

« Le représentant légal de l'établissement arrête la liste nominative des membres de la commission. Cette liste actualisée est affichée dans l'établissement et transmise au directeur de l'agence régionale de santé. Elle est remise à chaque patient avec le livret d'accueil, dans un document qui reproduit les dispositions des articles R 1112-91 à R 1112-94 et précise leurs modalités d'application au sein de l'établissement »

En revanche, il est à noter que six CDU sont installées sans médiateur médical titulaire et quatre sans médiateur non-médical titulaire.

Concernant les représentants des usagers :

- ceux-ci étaient au nombre de 647 au total,
- ils étaient présents dans toutes les CDU, à l'exception de l'une d'entre elles,
- les deux sièges de RU titulaires étaient pourvus dans 171 CDU.

La liste nominative des RU est établie dans les établissements de santé (à l'exception de trois d'entre eux), et dans trois quart des cas, un mode de contact est précisé.

Pour rappel, la présidence a été confiée à un représentant des usagers dans 17 % des cas en 2019 et la vice-présidence dans 51 %¹⁰.

- **Réunions**

En se réunissant 4 fois au moins au cours de l'année 2019, 66 % des CDU ont respecté la réglementation. Ce taux est légèrement en baisse par rapport aux années antérieures (de 71 % en 2018 et de 74 % en 2017).

Article R 1112-88 du code de la santé publique

La commission « se réunit sur convocation de son président au moins une fois par trimestre et aussi souvent que nécessaire pour procéder à l'examen des plaintes et réclamations qui lui sont transmises (...). »

Au cours de l'année, 70 % des CDU ont formulé au moins une recommandation, pour lesquelles un suivi et/ou bilan est systématiquement réalisé.

- **Formation des membres**

Parmi l'ensemble des représentants des usagers siégeant dans les CDU en 2019, 71 % ont bénéficié de la formation de base obligatoire.

A l'inverse, dans 26 CDU, aucun des représentants des usagers n'a encore bénéficié de la formation.

Lorsque tous les membres n'ont pas bénéficié de la formation, les répondants pouvaient en préciser les raisons : 16 établissements indiquent des difficultés d'accès à la formation. 40 établissements invoquent d'autres raisons telles que le manque d'intérêt pour cette formation des RU expérimentés et ayant pu par ailleurs bénéficier de formations spécifiques par leur association de rattachement, ou encore le report de formations qui avaient été programmées.

Au-delà de la formation obligatoire, 57 % des CDU ont indiqué que leurs RU avaient participé en dehors de la formation obligatoire de base à des formations ou journées relatives aux droits des usagers.

Par ailleurs, 29 % des établissements précisent que des formations ou sensibilisations sont directement proposées à leurs RU. Celles-ci portent principalement sur les thèmes suivants : l'accès au dossier médical, la promotion de la bientraitance ou la rédaction des directives anticipées.

¹⁰ Il est à préciser que le vice-président a été désigné dans 86 % des CDU.

- **Certification de la Haute Autorité de Santé (HAS)**

Au cours de l'année 2019, les établissements de santé étaient engagés dans la procédure V2014 de certification de la HAS¹¹. Dans cette version de la certification, la HAS procède selon une analyse par thématiques et non plus par critères.

Chaque thématique évaluée fait l'objet d'une analyse globale aboutissant à un score, exprimé de la manière suivante :

- Exigence atteinte,
- Recommandation d'amélioration,
- Obligation d'amélioration,
- Réserve.

Thématiques du tronc commun

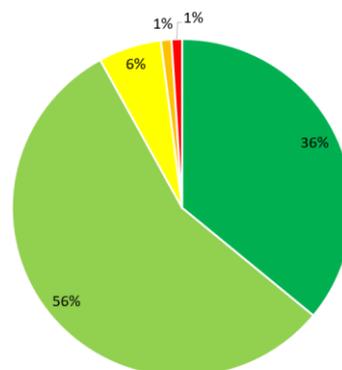
- Management de la qualité et des risques
- Parcours du patient
- Dossier patient
- Droits des patients
- Management de la prise en charge médicamenteuse du patient

La HAS publie régulièrement les résultats de la certification V2014, sous la forme d'un baromètre de la certification¹² ; les résultats du niveau de certification sont présentés aux niveaux national et régional.

Au 31 décembre 2020, sur les 181 établissements inscrits dans la démarche, tous ont eu un résultat de certification (soit 100 % des établissements de santé de la région).

Fin 2020, 36 % des établissements étaient certifiés A et 56 % étaient certifiés B.

Répartition des établissements de santé selon le résultat de la certification V2014



- A - Certification
- B - Certification avec recommandation(s) d'amélioration
- C - Certification avec obligation(s) d'amélioration
- D - Sursis à statuer
- E - Non certification

Source : Certification HAS V2014, décembre 2020.

¹¹ A noter que la HAS déploie à compter de novembre 2020 une nouvelle procédure V2020 de certification.

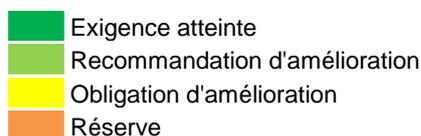
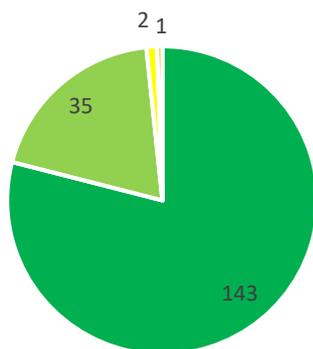
¹² Source : https://www.has-sante.fr/portail/jcms/c_2820321/fr/barometre-de-la-certification-v2014 [page consultée le 22/03/2021, dernière mise à jour le 19/09/2019]

Les résultats régionaux relatifs à la thématique « Droits des usagers » ont été fournis par l'ARS Grand Est.

La thématique « Droits des usagers » est une thématique obligatoire de la certification.

Sur les 181 établissements ayant reçu leur décision suite à la certification, 79 % répondent favorablement aux exigences de la HAS sur cette thématique, 19 % ont eu une recommandation d'amélioration et 1 % une obligation d'amélioration (soit 2 établissements)¹³.

Répartition des établissements selon le résultat de certification V2014 sur la thématique « Droits des usagers »



Critères de la thématique « Droits des patients » (V2014)

- 1d Politique des droits des patients
- 10a Prévention de la maltraitance et promotion de la bientraitance
- 10b Respect de la dignité et de l'intimité du patient
- 10c Respect de la confidentialité des informations relatives au patient
- 10d Accueil et accompagnement de l'entourage
- 10e Respect des libertés individuelles et gestion des mesures de restriction de liberté
- 11a Information du patient sur son état de santé et les soins proposés
- 11b Consentement et participation du patient
- 19d Hospitalisation sans consentement
- 11c Information du patient en cas de dommage lié aux soins

Source : Certification HAS V2014, décembre 2020.

¹³ Au niveau national, 2 417 établissements de santé sont certifiés (au 12/03/2019) : 81 % ont reçu la mention « Exigence atteinte », 18 % « Recommandation d'amélioration », 1 % « Obligation d'amélioration » et moins de 1% « Réserve » (5 établissements).

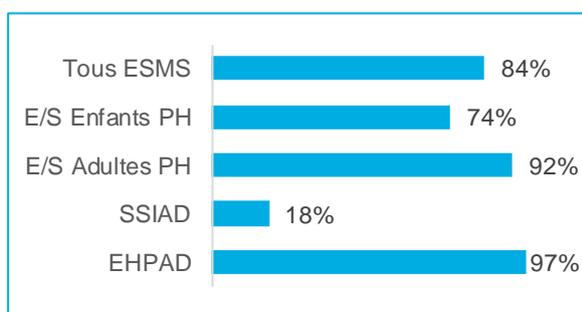
■ Secteur médico-social

Parmi les établissements et services médico-sociaux ayant répondu à l'enquête conduite par l'ARS, 84 % déclarent l'institution d'un conseil de la vie sociale (CVS) en 2019.

• Installation des Conseils de la vie sociale (CVS)

L'existence d'un CVS est très variable¹⁴ selon le type de publics accompagnés. Cette instance est instituée dans presque tous les EHPAD (97 %) et une majorité des établissements et services adultes pour personnes handicapées (92 %). Trois quarts (74 %) des établissements et services pour enfants ont un CVS. Cette instance est moins fréquente dans les SSIAD (18 %).

Proportion d'ESMS ayant un CVS institué



Source : ARS Grand Est, « Enquête sur le respect des droits des usagers du secteur médico-social (Année 2019) ». Exploitation : ORS Grand Est.

Art. D. 311-3 du Code de l'action sociale et des familles

« Le conseil de la vie sociale est mis en place lorsque l'établissement ou le service assure un hébergement ou un accueil de jour continu ou une activité d'aide par le travail au sens du premier alinéa de l'article L. 344-2. Il n'est pas obligatoire lorsque l'établissement ou service accueille majoritairement des mineurs de moins de onze ans, des personnes relevant (Décr. n°2005-1367 du 2 nov. 2005) «majoritairement» du dernier alinéa de l'article D. 311-9 (Décr. n°2005-1367 du 2 nov. 2005) «ainsi que dans les lieux de vie et d'accueil relevant du III» de l'article L. 312-1.

Lorsque le conseil de la vie sociale n'est pas mis en place, il est institué un groupe d'expression ou toute autre forme de participation.

Lorsque plusieurs établissements ou services sociaux ou médico-sociaux (Décr. n°2015-1447 du 6 nov. 2015, art. 1^{er}-1^o, en vigueur le 1^{er} mai 2016) « ou établissements ou services mentionnés au deuxième alinéa de l'article L. 311-6 » sont gérés par une même personne publique ou privée, une instance commune de participation peut être instituée pour une même catégorie d'établissements ou de services, au sens de l'article L. 312-1. — [Décr. n°2004-287 du 25 mars 2004, art. 1^{er}, relatif au conseil de la vie sociale et aux autres formes de participation institués par l'art. L. 311-6 du code de l'action sociale et des familles.]

(Décr. n° 2005-1367 du 2 nov. 2005) «Dans les établissements et services relevant des (Décr. n°2007-1300 du 31 août 2007) «8^o, 9^o et 13^o» de l'article L. 312-1 (Décr. n°2015-1447 du 6 nov. 2015, art. 1^{er}-2^o, en vigueur le 1^{er} mai 2016) « et dans ceux mentionnés au deuxième alinéa de l'article L. 311-6 », lorsque les durées de la prise en charge sont inférieures à la durée minimum du mandat telle que prévue à l'article D. 311-8, il peut être procédé à la mise en œuvre de l'une des autres formes de participation prévues aux articles D. 311-21 et suivants. Il peut également être procédé à la mise en œuvre de ces autres formes de participation lorsque ces établissements et services accueillent majoritairement des personnes pouvant recourir à l'organisme mentionné à l'article D. 311-32.»

¹⁴ Voir en partie « Avant-propos » sur la nature de l'enquête.

- **Composition des CVS**

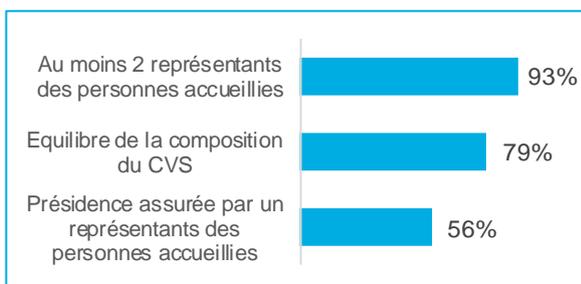
Les CVS étaient composés (au 1^{er} janvier 2020) en moyenne de 11 membres, dont 4 représentants de personnes accueillies.

Composition des CVS par catégorie de représentants

	Nombre de CVS	%	Moyenne
représentants des personnes accueillies ou prises en charge	407	95%	4
représentants des familles ou représentants légaux	411	96%	3
représentants du personnel	421	98%	2
représentants de l'organisme gestionnaire	416	97%	2
autres membres	157	37%	2
ESMS dotés d'un CVS	429	100%	11

Source : ARS Grand Est, « Enquête sur le respect des droits des usagers du secteur médico-social (Année 2019) ». Exploitation : ORS Grand Est.

- Plus de neuf CVS sur dix respectent le critère d'au moins deux représentants des personnes accueillies ou prises en charge dans leur composition ;
- Près de huit CVS sur dix respectent l'équilibre de la composition en comprenant un nombre de représentants des personnes accueillies et des familles ou des représentants légaux supérieur à la moitié du nombre total des membres du conseil.



Source : ARS Grand Est, « Enquête sur le respect des droits des usagers du secteur médico-social (Année 2019) ». Exploitation : ORS Grand Est.

Article D 311-5 du code de l'action sociale et des familles

« Le conseil de la vie sociale comprend au moins :

- 1° Deux représentants des personnes accueillies ou prises en charge ;
- 2° S'il y a lieu, un représentant des familles ou des représentants légaux ;
- 3° Un représentant du personnel ;
- 4° Un représentant de l'organisme gestionnaire.

Le nombre des représentants des personnes accueillies, d'une part, et de leur famille ou de leurs représentants légaux, d'autre part, doit être supérieur à la moitié du nombre total des membres du conseil. »

Article D 311-9 du code de l'action sociale et des familles

« Le président du conseil est élu au scrutin secret et à la majorité des votants par et parmi les membres représentant les personnes accueillies ou en cas d'impossibilité ou d'empêchement, par et parmi les familles ou les représentants légaux. En cas de partage égal des voix, le candidat le plus âgé est déclaré élu (...) »

La présidence du CVS est assurée dans la majorité des cas par un représentant des personnes accueillies (56 %) et dans 36 % des cas par un représentant des familles ou des représentants légaux.

- **Réunions**

Au cours de l'année 2019, 22 % des CVS se sont réunis moins de trois fois, 64 % à trois occasions et 14 % plus de trois fois.

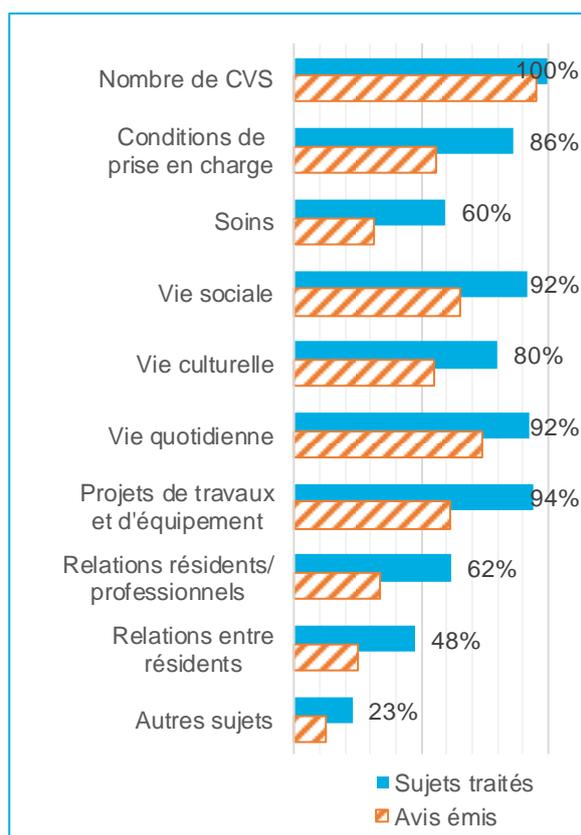
Ainsi, près de huit CVS sur dix se sont conformés à la réglementation en se réunissant au moins à trois reprises au cours de l'année, ce qui représente une proportion légèrement supérieure à celle des trois années précédentes.

Les réunions des différents CVS font l'objet d'un compte-rendu de séance. Dans 93 % des cas, les comptes rendus sont communiqués aux usagers et leurs familles.

Les projets de travaux et d'équipement sont traités dans presque tous les CVS¹⁵ (94 %). Des sujets relevant de la vie quotidienne, de la vie sociale et des conditions de prise en charge sont également évoqués au sein de neuf CVS sur dix.

96 % des CVS émettent des avis ou suggestions sur les différents sujets traités, entendus comme « *tout propos / suggestion exprimé en réunion sans nécessairement de formalisme particulier* ». Les sujets relevant de la vie quotidienne au sein des établissements et services sont ceux qui suscitent le plus d'avis (74 % de l'ensemble des CVS).

Principaux sujets traités en CVS



Source : ARS Grand Est, « Enquête sur le respect des droits des usagers du secteur médico-social (Année 2019) ». Exploitation : ORS Grand Est.

Article D 311-15 du code de l'action sociale et des familles

« Le conseil donne son avis et peut faire des propositions sur toute question intéressant le fonctionnement de l'établissement ou du service notamment sur l'organisation intérieure et la vie quotidienne, les activités, l'animation socio-culturelle et les services thérapeutiques, les projets de travaux et d'équipements, la nature et le prix des services rendus, l'affectation des locaux collectifs, l'entretien des locaux, les relogements prévus en cas de travaux ou de fermeture, l'animation de la vie institutionnelle et les mesures prises pour favoriser les relations entre ces participants ainsi que les modifications substantielles touchant aux conditions de prises en charge. (...) »

Article D 311-16 du code de l'action sociale et des familles

« Le conseil se réunit au moins trois fois par an sur convocation du président ou, dans les établissements mentionnés au dernier alinéa de l'article D. 311-9, du directeur, qui fixent l'ordre du jour des séances. (...) En outre, sauf dans les établissements mentionnés au dernier alinéa de l'article D. 311-9, le conseil est réuni de plein droit à la demande, selon le cas, des deux tiers de ses membres ou de la personne gestionnaire. »

¹⁵ Deux établissements n'ont pas répondu à cette question.

- **Formations des membres du CVS**

Un établissement/service sur dix (11 %) déclare que des formations ont été proposées aux membres des CVS.

Celles-ci portent sur le fonctionnement du CVS et le rôle du représentant des usagers, les droits des usagers abordés de manière générale ou sur un thème spécifique notamment en lien avec la spécificité du public accueilli ou pris en charge.

- **Autres formes de participation des usagers**

Les établissements et services médico-sociaux déclarent d'autres possibilités de consultation et de participation des usagers : c'est le cas de 79 % des 429 ESMS ayant un CVS et de 95 % des 82 ESMS sans CVS.

Ces autres formes de participation prennent des formes très diverses : il peut s'agir d'enquêtes de satisfaction, de réunions ou commissions thématiques, de groupes de paroles, d'animations...

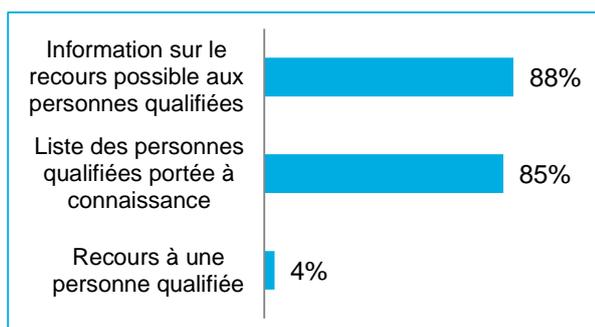
Ainsi, seuls quatre ESMS précisent ne disposer en leur sein d'aucune forme de participation des usagers accueillis ou pris en charge.

- **Les personnes qualifiées**

85 % des établissements ou services répondants précisent que les personnes accueillies sont informées de leur droit de faire appel à une personne qualifiée.

Cette information est transmise par plusieurs canaux (livret d'accueil, affichage, information délivrée au moment de l'admission ou dans le contrat d'accueil, sous d'autres formes).

Personnes qualifiées



Source : ARS Grand Est, « Enquête sur le respect des droits des usagers du secteur médico-social (Année 2019) ». Exploitation : ORS Grand Est.

Article L311-5 du code de l'action sociale et des familles

« Toute personne prise en charge par un établissement ou un service social ou médico-social ou son représentant légal s'il s'agit d'un mineur peut faire appel, en vue de l'aider à faire valoir ses droits, à une personne qualifiée qu'elle choisit sur une liste établie conjointement par le représentant de l'Etat dans le département, le directeur général de l'agence régionale de santé et le président du conseil départemental. Si la personne prise en charge est un majeur faisant l'objet d'une mesure de protection juridique avec représentation et qu'elle n'a pas fait appel à une personne qualifiée, cette décision peut être prise par la personne chargée de la mesure de protection. La personne qualifiée rend compte de ses interventions aux autorités chargées du contrôle des établissements ou services concernés, à l'intéressé, à son représentant légal ou à la personne chargée de la mesure de protection juridique dans des conditions fixées par décret en Conseil d'Etat. »

La liste des personnes qualifiées est portée à la connaissance des usagers par voie d'affichage ou dans le livret d'accueil pour 83 % des ESMS.

Concernant l'année 2019, 28 établissements ou services, soit 5 % des répondants, déclarent que des usagers ont eu recours à une personne qualifiée.

■ Secteur ambulatoire

Les sources de données actuellement mobilisées ne permettent pas de rendre compte de la situation dans le secteur ambulatoire.

■ Secteur sanitaire

Des actions spécifiques visant à promouvoir la bientraitance ont été mises en place dans 89 % des établissements de santé en 2019. La tendance est donc légèrement inférieure à 2018 où un taux de 93 % était constaté.

Ces actions font l'objet d'une évaluation dans 66 % des cas et celle-ci est présentée auprès de 41 % des CDU (soit sept établissements sur dix pour lesquels une évaluation est réalisée).

■ Secteur médico-social

Près de neuf établissements et services médico-sociaux sur dix (88 %) ont mis en place des actions de promotion de la bientraitance. Pour ce secteur, il s'agit également d'une proportion inférieure à celle présentée l'année précédente qui était de 95 %

Les répondants ont pu préciser le type d'actions mises en place. Tout d'abord, de nombreuses formations ont été suivies par les professionnels. Des réunions d'équipe se tiennent également régulièrement sur le thème de la bientraitance incluant notamment des temps d'analyse de pratiques. Enfin, des chartes et procédures sont élaborées pour structurer le fonctionnement des équipes.

Par ailleurs, 85 % des établissements répondants déclarent disposer de procédures de prise en charge des situations de maltraitance (proportion stable).

La bientraitance est une démarche globale de prise en charge du patient ou de l'utilisateur et d'accueil de l'entourage visant à promouvoir le respect de leurs droits et libertés, leur écoute et la prise en compte de leurs besoins, tout en prévenant la maltraitance.

La promotion de la bientraitance est un enjeu majeur pour le système de santé aujourd'hui.

Elle favorise :

- l'implication des usagers dans leurs soins, dimension centrale de la qualité, de la sécurité des soins ;
- la qualité de vie au travail, en se centrant sur le sens du travail ;
- le développement de la démocratie sanitaire.

Source : HAS, https://www.has-sante.fr/portail/jcms/c_915130/fr/promotion-de-la-bientraitance [Page consultée le 21/06/2018]

■ Secteur ambulatoire

Les sources de données actuellement mobilisées ne permettent pas de rendre compte de la situation dans le secteur ambulatoire.

Article L 1110-5-3 du Code de la santé publique

« [...] Toute personne a le droit de recevoir des soins visant à soulager sa douleur. Celle-ci doit être en toute circonstance prévenue, évaluée, prise en compte et traitée. »

■ Secteur sanitaire**• Prise en charge de la douleur**

En 2019, l'ensemble des établissements de santé déclare une procédure systématique d'évaluation et de prise en charge de la douleur au sein des services (l'information n'est pas disponible pour un établissement).

Par ailleurs, une procédure d'information des usagers est mise en place dans 97 % des établissements. Celle-ci se fait majoritairement par affichage ou dans le livret d'accueil.

• Taux de satisfaction des usagers**Questionnaire de satisfaction mis en place par les établissements de santé**

92 % des établissements déclarent remettre un questionnaire de satisfaction à leurs patients autre que le questionnaire e-Satis +48h (voir ci-après).

Ce questionnaire est remis à l'entrée en hospitalisation (46%) ou au moment de la sortie (31 %). Dans près de deux établissements sur dix, il est mis à disposition à l'accueil ou librement dans les services (18 %). Enfin, 15 % précisent d'autres modalités (souvent combinaison des modalités de réponses énoncées).

Article L1112-2 du code de la santé publique

« La qualité de la prise en charge des patients est un objectif essentiel pour tout établissement de santé. Celui-ci doit procéder à une évaluation régulière de leur satisfaction, portant notamment sur les conditions d'accueil et de séjour. Les résultats de ces évaluations sont pris en compte dans la certification définie aux articles L. 6113-3 et L. 6113-4. (...) »

Une aide au remplissage est proposée par 82 % des établissements (taux comparable aux années précédentes). Néanmoins, lorsque celle-ci n'est pas proposée, les commentaires précisent unanimement que celle-ci est proposée à l'oral, mais non formalisée par écrit sur le document remis.

Plusieurs modalités sont mises en place pour faciliter le retour des questionnaires : ainsi, ces questionnaires peuvent être remis au moment de la sortie (87 %), par voie postale (70 %), dans une boîte aux lettres dédiée (61 %) ou lors d'un entretien spécifique avec le personnel (42 %)..

Ce sont plus de 208 481 questionnaires qui ont été retournés auprès de 174 établissements de santé (soit une moyenne de 1 200 questionnaires par établissement), la part de questionnaires retournés est estimée à 29 %.

Par ailleurs, huit établissements sur dix déclarent d'autres pratiques de recueil de la satisfaction des patients, de manière ponctuelle ou continue (qualité de la restauration, prise en charge de la douleur...).

Questionnaires e-satis

Piloté par la HAS, le dispositif national e-Satis se décline depuis 2019 en deux enquêtes complémentaires visant à recueillir la satisfaction des patients pris en charge par les établissements de santé, d'une part, **l'enquête « e-satis +48h MCO »** et, d'autre part, **l'enquête « e-Satis MCO CA »**.

Dans le cadre de ces deux enquêtes, le recueil de la satisfaction est réalisé en continu et les résultats sont publiés annuellement.

Les résultats de la campagne 2020 (novembre 2019 à septembre 2020) se trouvent ci-après exposés.

Ils ont toutefois été impactés par la crise sanitaire. En effet, cette campagne a connu une baisse du taux de réponses des établissements et des patients (score de satisfaction et d'expérience patient), en sorte que la comparaison avec les années précédentes n'est pas pertinente.

→ L'enquête « e-satis +48h MCO »

Chaque patient hospitalisé plus de 48 heures dans une clinique ou un hôpital MCO (Médecine-chirurgie-obstétrique) peut donner son avis sur son hospitalisation à l'aide d'un questionnaire sécurisé en ligne.

Le questionnaire comprend 63 questions de mesure de la satisfaction et de l'expérience qui permettent de détailler les différentes étapes du parcours du patient :

- Accueil du patient (1),
- Prise en charge du patient par les médecins (2) et les paramédicaux (3),
- Chambre (4) et repas (5),
- Organisation de la sortie (6).

Source : https://www.has-sante.fr/jcms/c_2728770/fr/mesure-de-la-satisfaction-et-de-l-experience-des-patients-hospitalises-48h-en-mco-e-satis-48h-mco [page consultée le 09/03/2021]

En 2020, le score national est de 73,6/100.

Sur les 73 établissements de santé du Grand Est concernés par l'enquête e-Satis, 12 se situent parmi les meilleurs établissements classés (classe A, note supérieure ou égale à 77,3/100), 19 sont classés B et 36 établissements sont classés C (classe incluant la moyenne nationale de 73,6/100). Enfin, 6 établissements de santé sont classés D (note inférieure à 70,7).

→ L'enquête « e-Satis MCO CA »

Chaque patient ayant eu une chirurgie en ambulatoire dans une clinique ou un hôpital peut donner son avis sur son hospitalisation à l'aide d'un questionnaire sécurisé en ligne.

Le questionnaire comprend 62 questions de mesure de la satisfaction et de l'expérience explorant les étapes suivantes du parcours du patient :

- Organisation avant hospitalisation,
- Accueil du patient,
- Prise en charge médicale et paramédicale du patient,
- Chambre et collation,
- Organisation de la sortie et retour à domicile.

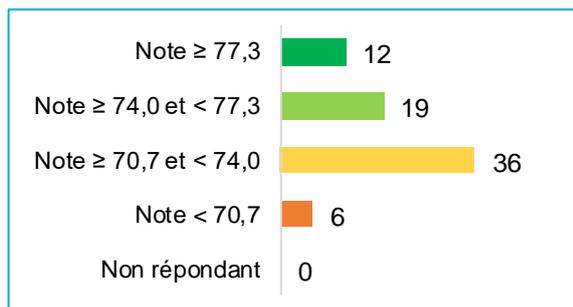
Source : https://www.has-sante.fr/jcms/c_2887407/fr/mesure-de-la-satisfaction-et-de-l-experience-des-patients-hospitalises-pour-une-chirurgie-ambulatoire-e-satis-mco-ca [page consultée le 09/03/2021]

En 2020, le score national de satisfaction globale des patients admis pour une chirurgie ambulatoire est de 77,4/100.

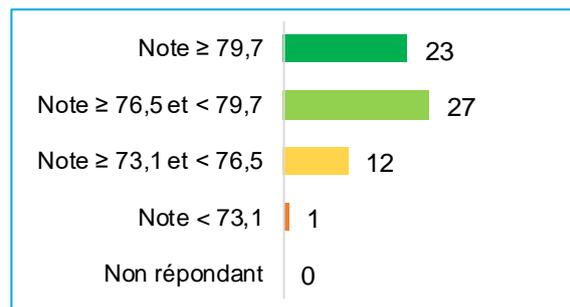
Les étapes du parcours qui obtiennent les moins bons scores sont les résultats relatifs à l'organisation de la sortie et au retour à domicile (69,7/100), suivis de ceux afférents à la qualité de la chambre et de la collation (73,6/100).

Sur les 63 établissements de santé du Grand Est concernés par l'enquête e-Satis dédiée à la chirurgie ambulatoire, 23 se situent parmi les meilleurs établissements classés (classe A, note supérieure ou égale à 79,7/100), 27 sont classés B (score incluant la moyenne nationale) et 12 établissements sont classés C. Enfin, 1 établissement de santé est classé D (note inférieure à 73,1).

Répartition par niveau de satisfaction des patients hospitalisés dans des établissements de santé du Grand Est (campagne 2020)



Répartition par niveau de satisfaction des patients admis pour une chirurgie ambulatoire dans des établissements de santé du Grand Est (campagne 2020)



Source : Scope santé, <https://www.scopesante.fr/?selected=region#/>
[site consulté le 09/03/2021]

En Grand Est, 42 % des établissements de santé sont classés A ou B, soit une proportion inférieure à la moyenne nationale (47 %).

En Grand Est, 75 % des établissements de santé sont classés A ou B, soit une proportion supérieure à la moyenne nationale (67 %).

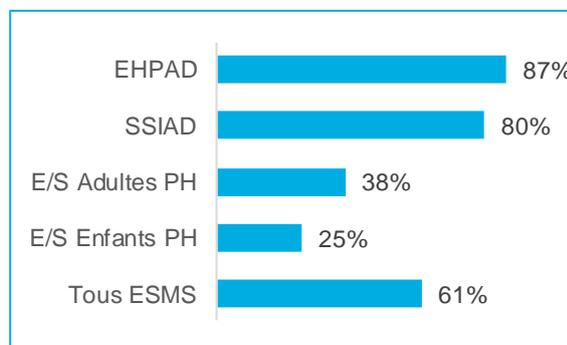
■ Secteur médico-social

Un peu plus de six ESMS sur dix (61 %) déclarent l'existence d'une procédure systématique d'évaluation de la douleur dans leurs services.

Ce taux est en hausse par rapport à l'année précédente (53 %). Toutefois, la situation reste très différente d'un établissement à l'autre suivant le public accueilli.

Une procédure systématique d'évaluation de la douleur est mise en place dans 87 % des EHPAD et 80 % des SSIAD. Au sein du secteur personnes handicapées, l'existence d'une telle procédure systématique est plus marginale.

Existence d'une procédure systématique d'évaluation de la douleur



Source : ARS Grand Est, « Enquête sur le respect des droits des usagers du secteur médico-social (Année 2019) ». Exploitation : ORS Grand Est.

Lorsqu'une procédure d'évaluation existe, une procédure d'information des usagers existe dans 38 % des cas (contre 50 % en 2018) et se décline en plusieurs modalités (plusieurs réponses possibles par établissement). Elle consiste à donner l'information par voie d'affichage ou dans le livret d'accueil, à la communiquer lors de la procédure d'accueil ou encore lors d'une permanence spécifique d'information.

Satisfaction des usagers

Trois quarts des établissements et services (74 %) déclarent la mise en œuvre d'un questionnaire de satisfaction de leurs usagers (contre 81 % en 2018).

Objectif 5.

Droit au respect de la dignité de la personne – Encourager les usagers à rédiger des directives anticipées relatives aux conditions de leur fin de vie

■ Secteur ambulatoire

Les sources de données actuellement mobilisées ne permettent pas de rendre compte de la situation dans le secteur ambulatoire.

■ Secteur sanitaire

A une exception près, tous les établissements du Grand Est déclarent avoir mis en place un formulaire spécifique de désignation de la personne de confiance.

Par ailleurs, 96 % des établissements répondants déclarent que les usagers sont informés de la possibilité de rédiger des directives anticipées. Cette information est réalisée par plusieurs canaux (à l'entrée en hospitalisation, dans le livret d'accueil, par les personnels lors des consultations...).

Un peu plus de huit établissements sur dix (83 %) ont mis en place un formulaire d'aide à la rédaction des directives anticipées. Le formulaire est remis de façon automatique dans la majorité des cas (en amont de l'hospitalisation, lors de l'admission, avec le livret d'accueil).

Si environ un quart des établissements déclare que son personnel est formé à la rédaction des directives anticipées, une moitié indique que c'est plutôt le cas « en partie » et le quart restant précise que ce n'est pas le cas.

Des associations spécialisées dans l'accompagnement à la fin de vie interviennent au sein de 58 % des établissements de la région.

■ Secteur médico-social

Quatre ESMS sur dix (41 % en 2019 contre 34 % en 2018) déclarent l'organisation d'une procédure d'accompagnement des usagers à la rédaction des directives anticipées relatives à leurs conditions de fin de vie, 29 % n'ont pas de procédure d'accompagnement en place et 30 % se déclarent non concernés (contre 36 % en 2018).

Si l'organisation d'une telle procédure concerne presque les deux tiers des EHPAD (65 %), le taux est au contraire inférieur à la moyenne pour les autres catégories d'ESMS.

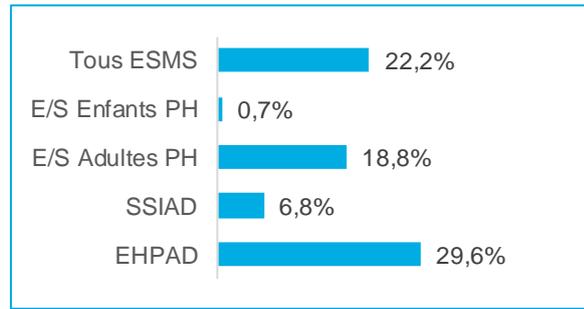
Il est toutefois à noter que ce taux est en hausse depuis le premier rapport de 10 points dans les SSIAD qui affichent désormais un taux de 44 %, et de 9 points dans les services d'accueil d'adultes handicapés pour atteindre 29 %. En revanche, les services d'accueil d'enfants et adolescents handicapés ne sont toujours que 2 % à avoir procédé à une telle mise en place.

Il a été demandé aux ESMS de compléter cette information par la part d'usagers ayant rédigé des directives anticipées. Tous établissements confondus, six établissements sur dix ont pu apporter une réponse à cette question.

Toutes catégories d'ESMS confondues, la part des usagers ayant rédigé des directives anticipées est de 22 %. Cette proportion est légèrement supérieure dans les EHPAD, où en moyenne près de 30 % des personnes accueillies ont rédigé des directives anticipées.

Ces tendances, bien que faibles, sont en hausse par rapport à 2018.

Proportion de personnes accueillies ayant rédigé des directives anticipées



Source : ARS Grand Est, « Enquête sur le respect des droits des usagers du secteur médico-social (Année 2019) ». Exploitation : ORS Grand Est.

■ Secteur ambulatoire

Les sources de données actuellement mobilisées ne permettent pas de rendre compte de la situation dans le secteur ambulatoire.

■ Secteur sanitaire**• Les demandes d'accès au dossier patient**

Tous les établissements, sauf un, ont déclaré disposer d'une procédure d'accès au dossier patient. L'information sur cette procédure est communiquée au patient par voie d'affichage ou dans le livret d'accueil (97 %), diffusée sur le site internet (32 %) ou encore disponible à l'accueil de l'établissement (12 %). Dans moins d'un cas sur dix, une permanence spécifique est proposée.

Un formulaire est disponible dans 81 % des établissements de santé.

En 2019, ce sont 19 076 demandes d'accès au dossier patient qui ont été déposées auprès de 171 établissements de santé régionaux. La tendance est ainsi stable par rapport aux années précédentes. Dans sept cas sur dix (69 %), la demande est déposée par le patient lui-même ; elle peut également émaner des ayants-droits (13 %), de tiers habilités (14 %). Enfin, 4 % des demandes sont irrecevables.

L'accès au dossier est possible sur place dans 93 % des établissements. Dans les établissements habilités à recevoir des hospitalisations sans consentement, une organisation est également prévue pour permettre l'accès au dossier.

Le délai moyen d'accès est de 7,4 jours pour un dossier médical de moins de 5 ans, délai passant à 15,7 jours pour un dossier médical de plus de 5 ans.

Toutefois, il est à noter que pour 38 établissements (19 %), le délai moyen indiqué pour l'accès aux dossiers médicaux de moins de 5 ans est supérieur au délai réglementaire de 8 jours.

En revanche, tous les établissements respectent le délai réglementaire fixé à 2 mois pour les dossiers médicaux datant de plus de 5 ans.

• Les plaintes et réclamations

A une exception près, l'ensemble des établissements de santé du Grand Est confirme la mise en place en leur sein d'une procédure de recensement des réclamations. Dans 96 % des cas, un protocole de gestion des réclamations est par ailleurs organisé.

Ces procédures sont quasi systématiquement portées à la connaissance des membres de la CDU.

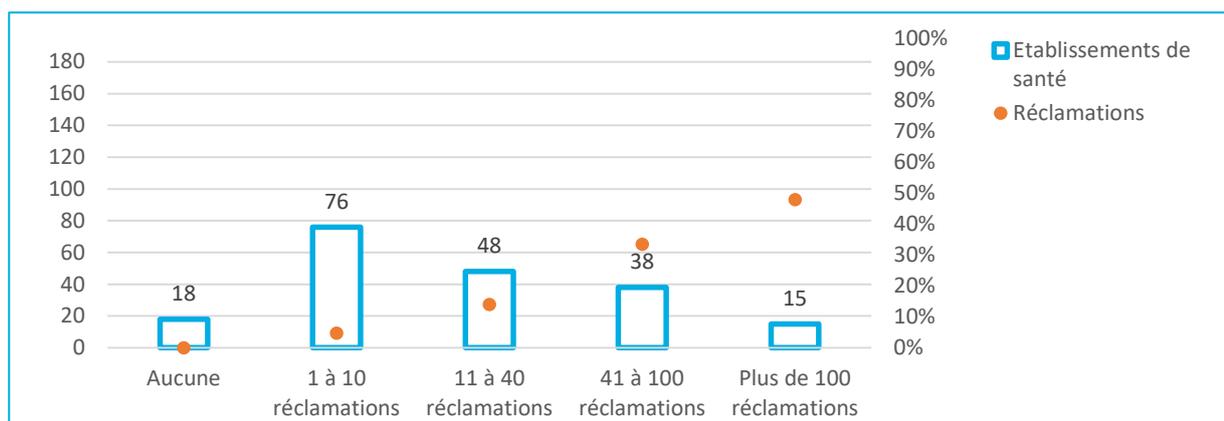
Réclamations

Au total, 7 095 réclamations ont été recensées au cours de l'année 2019 par 177 établissements, soit une moyenne de 40 réclamations par établissement. Les établissements déclarent un taux de réponse de 96 % aux réclamations émises.

Le nombre de réclamation est très variable selon les établissements. 18 établissements n'ont enregistré aucune réclamation. Environ deux tiers des établissements (64 %) recensent un nombre de réclamations inférieure à la moyenne de 40 réclamations et 19 % des établissements en recensent entre 41 et 100. Enfin, 8 % en recensent plus de 100.

Ce dernier groupe composé de 15 établissements de santé concentre près de la moitié des réclamations recensées.

Répartition des établissements de santé suivant le nombre de réclamations recensées en 2019



Source : ARS Grand Est, Synthèse régionale des rapports CDU, année 2019.

Note de lecture : 15 établissements de santé sont concernés par plus de 100 réclamations ; ces établissements concentrent près de 50 % des réclamations.

Les motifs de réclamations se répartissent de la même manière que les années précédentes, avec 35 % des réclamations relatives à la prise en charge médicale, 23% à la vie quotidienne et l'environnement, 22% à la prise en charge paramédicale, et enfin 20% à l'accueil et l'administration.

Plaintes

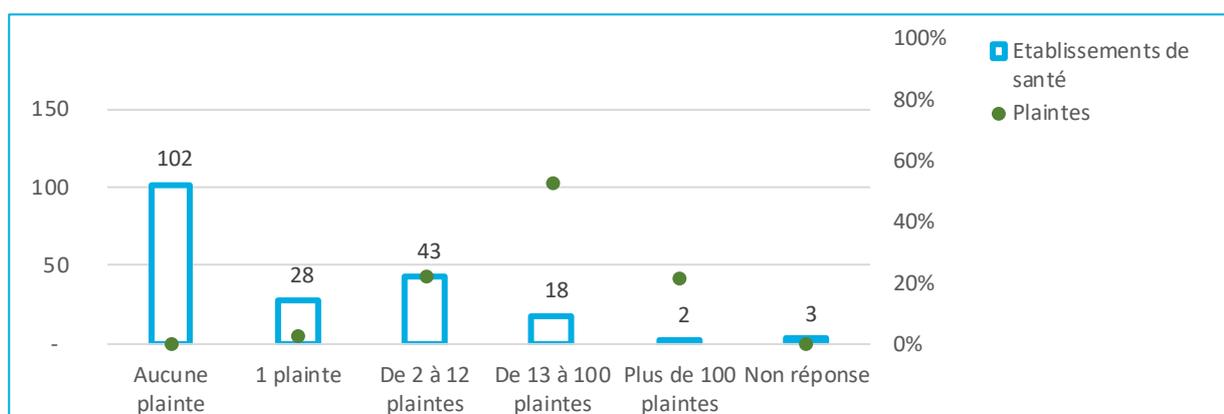
En 2019, 91 établissements de santé ont été concernés par des plaintes, soit 13 établissements de plus que l'année précédente.

Ces plaintes ont été au nombre total de 1 096. Elles ont ainsi été en nombre supérieur aux 897 plaintes enregistrées en 2018, mais environ à un niveau équivalent à celles enregistrées en 2017, qui s'élevait selon les déclarations des établissements répondants à 1088.

Parmi ces plaintes :

- 224 ont été précédées d'une procédure amiable (20 % des plaintes) ;
- 308 ont été enregistrées par la Commission de Conciliation et d'Indemnisation (CCI) (soit 28 %).

Répartition des établissements de santé suivant le nombre de plaintes enregistrées en 2019



Source : ARS Grand Est, Synthèse régionale des rapports CDU, année 2019.

Note de lecture : 2 établissements de santé sont concernés par le dépôt de plus de 100 plaintes ; ces établissements concentrent près de 20 % des plaintes.

Médiation

Au cours de l'année 2019, 841 plaintes ou réclamations ont été proposées à la médiation dans 99 établissements de santé.

Parmi celles-ci, 602 ont été proposées à la médiation médicale (soit 72 %) et 408 à la médiation non médicale (soit 49 %), une réclamation pouvant être proposée aux deux dispositifs de médiation. De plus, 66 médiations ont été réalisées en présence d'un représentant des usagers.

Le nombre de médiations réalisées en 2019 est supérieur à l'activité de médiation réalisée en 2018 (à savoir 734 médiations) mais inférieur à celle qui avait pu être constatée en 2017 avec 912 médiations.

■ Secteur médico-social

Un peu moins de trois quarts des établissements et services médico-sociaux sur dix (74 %) déclarent l'existence d'une procédure d'accès au dossier médical (70 % en 2018).

Au cours de l'année 2019, 20 établissements (soit 4 %) ont enregistré au total 55 demandes d'accès au dossier, plaintes ou réclamations. Ces demandes ont concerné presque exclusivement des EHPAD (53 demandes). Le nombre de plaintes par établissement varie de 1 à 32, soit une moyenne de 3 plaintes par établissement.

Objectif 7.

Assurer la scolarisation des enfants handicapés en milieu ordinaire ou adapté

Selon le cahier des charges, l'indicateur à recueillir est le ratio « nombre de prises en charge / nombre de demandes de scolarisation en milieu ordinaire » afin de connaître le taux de couverture des besoins de scolarisation des enfants handicapés.

Cet indicateur vise à rendre compte de l'effectivité du principe de scolarisation en milieu ordinaire des enfants en situation de handicap, au plus proche de leur lieu de vie, tel que prévu par la loi n°2005-102 du 11 février 2005 pour l'égalité des droits et des chances, la participation et la citoyenneté des personnes handicapées qui est l'une des principales lois sur les droits des personnes handicapées, depuis celle de 1975¹⁶.

Article L. 112-1 du Code de l'éducation [extrait]

« Tout enfant, tout adolescent présentant un handicap ou un trouble invalidant de la santé est inscrit dans l'école ou dans l'un des établissements mentionnés à l'article L. 351-1, le plus proche de son domicile, qui constitue son établissement de référence.

« Dans le cadre de son projet personnalisé, si ses besoins nécessitent qu'il reçoive sa formation au sein de dispositifs adaptés, il peut être inscrit dans une autre école ou un autre établissement mentionné à l'article L. 351-1 par l'autorité administrative compétente, sur proposition de son établissement de référence et avec l'accord de ses parents ou de son représentant légal. (...) »

Le site **Handidonnées Grand Est**, co-construit par l'ARS Grand Est et le CREAI Grand Est, a pour objectif de mettre à disposition un ensemble d'indicateurs constituant un socle de connaissances sur les publics en situation de handicap et l'offre d'accompagnement territoriale.

En 2017/2018, 25 028 élèves porteurs d'un handicap étaient scolarisés en milieu ordinaire dans les Académies du Grand Est, soit une augmentation de 6 % par rapport à l'année scolaire précédente.

Depuis 2014, il est ainsi possible de constater l'augmentation régulière du nombre d'enfants en situation de handicap scolarisés en milieu ordinaire. Par ailleurs, en 2017/2018, quatre élèves sur dix bénéficient de l'aide d'un accompagnant d'élèves en situation de handicap (AESH), sous la forme d'une aide individuelle (22 %) ou d'une aide mutualisée (19 %) (tableau de droite en page suivante).

Enfants en situation de handicap scolarisés en milieu ordinaire et en milieu spécialisé dans les départements du Grand Est en 2017/2018

	Milieu ordinaire	Milieu spécialisé
08 - Ardennes	1 362	567
10 - Aube	1 374	358
51 - Marne	2 879	784
52 - Haute-Marne	1 058	488
54 - Meurthe-et-Moselle	3 678	735
55 - Meuse	967	369
57 - Moselle	4 336	1 145
67 - Bas-Rhin	4 036	1 485
68 - Haut-Rhin	3 291	1 237
88 - Vosges	2 047	518
Grand Est	25 028	7 686

Nombre d'élèves en situation de handicap scolarisés en Grand Est selon l'année scolaire

Année scolaire	Milieu ordinaire	Milieu spécialisé
2017/2018	25 028	7 686
2016/2017	23 528	8 460
2015/2016	21 859	8 143
2014/2015	20 808	7 946

¹⁶ Loi n°75-534 du 30 juin 1975 d'orientation en faveur des personnes handicapées.

Précisions sur les types de troubles, le type d'aide humaine et l'accompagnement thérapeutique et médico-social des enfants en milieu ordinaire (élèves en inclusion)

Répartition selon le type de troubles	
	Grand Est
Troubles intellectuels ou cognitifs	42%
Troubles du psychisme	20%
Troubles du langage ou de la parole	13%
Troubles auditifs	2%
Troubles visuels	2%
Troubles viscéraux	2%
Troubles moteurs	8%
Plusieurs troubles associés	7%
Autres troubles	3%
Polyhandicap	0%
Total	100%
dont troubles autistiques	12%

Sources : MENJ-DEPP

Type d'aide humaine en classe pour les élèves en situation de handicap	
	Grand Est
Aide individuelle par AESH	22%
Aide mutualisée par AESH	19%
Pas d'aide humaine	59%
Total	100%

Pas d'aide humaine : sont inclus dans cette rubrique des élèves scolarisés en ULIS et bénéficiant donc de la présence d'un AESH-co.
Sources : MENJ-DEPP

Accompagnement thérapeutique ou médico-éducatif pour les élèves en situation de handicap scolarisés en milieu ordinaire	
	Grand Est
Principalement par intervenant(s) rattaché(s) à un établissement ou un service de soins	19%
Principalement par intervenant(s) rattaché(s) à un établissement médico-social (y compris CMPP)	11%
Principalement par intervenant(s) libéral(aux)	27%
Principalement par intervenant(s) rattaché(s) à un SESSAD	16%
Pas d'accompagnement	28%
Total	100%
Dont PEJS	0%

Sources : MENJ-DEPP

Source : Handidonnées Grand Est, https://grand-est.handidonnees.fr/scolarise/elevés_mo [Page consultée le 08/04/2021]

Actuellement, la scolarisation des enfants en situation de handicap s'inscrit sur plusieurs années dans le cadre d'une feuille de route nationale qui se déploie jusqu'en 2022 « Ensemble pour une école inclusive », lancée conjointement par le Ministère de l'Éducation Nationale et le Secrétariat d'Etat chargé des personnes handicapées. Les objectifs visés sont d'améliorer la continuité de la scolarisation, l'accompagnement et la coordination des différents acteurs afin de répondre au mieux aux besoins éducatifs des élèves.

Ce projet a permis lors de sa première phase (2017-2019) une augmentation du nombre d'élèves en situation de handicap scolarisés en milieu ordinaire ainsi que la création de postes d'accompagnants supplémentaires¹⁷. La deuxième phase (2019-2022) se concentre sur la création d'un grand service public pour une meilleure prise en charge des élèves, avec notamment la mise en place des PIAL (Pôles inclusifs d'accompagnement localisé) dans chaque académie dont l'objectif sera d'améliorer l'accompagnement des élèves en situation de handicap¹⁸ ainsi que la formation et les conditions de travail de leurs accompagnants.

Au niveau de la région Grand Est, ce projet pour une école inclusive s'appuie sur un travail conjoint entre l'ARS et l'Éducation Nationale, avec la mise en place d'actions communes¹⁹. L'objectif est de favoriser le maintien et/ou le développement de l'accès des élèves en situation de handicap à la scolarisation en milieu ordinaire et de pouvoir proposer un parcours scolaire adapté aux besoins de chaque élève.

¹⁷ <https://www.education.gouv.fr/la-scolarisation-des-elevés-en-situation-de-handicap-1022>

¹⁸ Les missions s'articulent autour de l'évaluation des besoins éducatifs particuliers, la diversité de l'offre de formation, la différenciation pédagogique, l'organisation de l'aide humaine, le projet d'établissement.

¹⁹ <https://www.grand-est.ars.sante.fr/scolarisation-des-enfants-et-adolescents-handicapés-une-priorité-pour-lars>

Objectif 8.

Droits des personnes détenues : assurer la confidentialité des données médicales et l'accès des personnes à leur dossier médical

Le cahier des charges relatif au présent rapport prévoit de rechercher « la proportion de dossiers médicaux à la seule disposition des personnels soignants (dans des armoires fermées à clef) ».

En effet, ce point a précédemment posé problème. Tel n'est plus le cas désormais.

Dans toutes les Unités sanitaires en milieu pénitentiaire (USMP) des établissements pénitentiaires du Grand Est, les dossiers médicaux des personnes détenues sont à la seule disposition des professionnels médicaux.

Par ailleurs le secret professionnel est respecté par le fait que les personnels pénitentiaires n'entrent pas dans les bureaux de consultation de l'unité de soins ; ils restent à l'entrée pour gérer les flux dans la ou les salles d'attente. Ils peuvent néanmoins intervenir ponctuellement en cas de problème de sécurité.

■ Les extractions médicales de personnes détenues

Pour l'année 2017 et 2018, une enquête ponctuelle avait été réalisée par les services de l'ARS. Elle avait permis d'établir que 74% des extractions médicales étaient honorées (97% lorsqu'elles concernaient une prise en charge psychiatrique).

Pour l'année 2019, la difficulté d'accès aux données ne permet pas de rendre compte de l'indicateur. Néanmoins les données des années précédentes restent toujours pertinentes.

■ La population détenue en Grand Est

Au 1^{er} janvier 2020, 5 685 personnes étaient détenues dans un des centres pénitentiaires du Grand Est.

Parmi elles, 1 404 étaient des personnes prévenues et 4 281 des personnes condamnées.

Trois maisons d'arrêt accueillent moins de détenus que leur capacité opérationnelle. À l'opposé, sept des 11 maisons d'arrêt et 2 quartiers de maisons d'arrêt du Grand Est font état d'une surpopulation, à savoir qu'ils affichent une densité carcérale supérieure ou égale à 120 % de leur capacité opérationnelle.

Répartition des personnes détenues au sein des établissements pénitentiaires rattachés à la Direction Interrégionale des Services Pénitentiaires de Strasbourg (01/01/2020)

Type	Densité (%)
Maisons d'arrêt et quartiers MA	123,30%
Capacités opérationnelle	2 841
Personnes écrouées détenues	3 502
Etablissements pour peine	79%
Capacité opérationnelle	2 763
Personnes écrouées détenues	2 183
Etablissements en Grand Est	101,40%
Capacité opérationnelle	5 604
Personnes écrouées détenues	5 685

Source : Direction de l'Administration pénitentiaire, Bureau des statistiques et des études (SDME – Me5), « Statistique mensuelle des personnes écrouées et détenues en France », Situation au 1^{er} janvier 2020.

Objectif 9.

Santé mentale : veiller au bon fonctionnement des commissions départementales de soins psychiatriques (CDSP)

Par principe, les soins psychiatriques doivent être dispensés avec l'accord du patient ou de son représentant légal.

Néanmoins, lorsque le recueil de consentement n'est pas possible, le code de la santé publique organise les modalités d'admission en soins psychiatriques sans consentement. Elles sont prévues aux articles L3211-1 à L3223-3 et R3211-1 à R 3223-11. Celle-ci peut se faire :

- sur décision du directeur d'établissement de santé
- sur décision du représentant de l'état, lorsque la sûreté des personnes est compromise ou en cas d'atteinte grave à l'ordre public.

Au sein de chaque département, les commissions départementales de soins psychiatriques (CDSP) sont chargées d'examiner la situation des personnes admises en soins psychiatriques sans consentement au regard du respect de leurs libertés individuelles et de leur dignité.

Le cahier des charges relatif au présent rapport invite à identifier la proportion de CDSP au sein de la région ainsi que celles fournissant un rapport d'activité à l'ARS.

L'ensemble du Grand Est est pourvu en Commissions départementales de soins psychiatriques (CDSP). Ces CDSP sont donc au nombre de 10.

Au surplus, l'ARS Grand Est, via les délégations territoriales (DT), dispose des rapports d'activités des CDSP de l'ensemble de son territoire.

Il ressort de ces rapports que 1 095 dossiers ont été examinés au cours de l'année 2019 par 8 des 10 CDSP du Grand Est, l'activité étant toutefois très variable selon les CDSP concernées.

Il est à noter que deux CDSP n'ont pu examiner aucun dossier pour l'année 2019 compte tenu de leur renouvellement tardif lié à des difficultés à nommer des personnes souhaitant y siéger en particulier des médecins, difficultés en partie liées à la démographie médicale de leur département d'implantation.

Le nombre médian de réunions par CDSP s'établit à 2. Par ailleurs, les CDSP de la Région Grand Est ont eu à connaître de 37 plaintes et réclamations. Enfin, elles ont réalisé 23 visites au sein des 20 établissements ayant une autorisation de prise en charge en soins psychiatriques sans consentement.

Synthèse de l'activité des CDSP par département du Grand Est (2019)

Département	Réunions	Visites d'établissements	Dossiers examinés ¹	Plaintes et réclamations
08 – Ardennes	<i>n.d</i>	<i>n.d</i>	<i>n.d</i>	0
10 – Aube	2	0	50 SDDE+19 SDRE	0
51 – Marne	4	4	438 SDDE+154 SDRE	3
52 – Haute-Marne	2	1	13 SDDE + 7 SDRE	0
54 – Meurthe et Moselle	1	2	71 SDDE + 19 SDRE	0
55 – Meuse	<i>n.d</i>	<i>n.d</i>	<i>n.d</i>	3
57 - Moselle	8	4	188 SDDE + 42 SDRE	13
67 – Bas Rhin	4	6	37 SDDE + 7 SDRE	7
68 – Haut Rhin	2	2	28 SDDE + 3 SDRE	5
88 - Vosges	4	4	13 SDDE + 6 SDRE	6

Source : ARS Grand Est, Direction Déléguée Affaires Juridiques – Département Soins psychiatriques. Activité 2019. Nd. Correspond à une absence de données pour l'année de référence.

¹ : Il est possible de distinguer les dossiers selon le type de mesures (SDDE ou SDRE), ce qui n'était pas forcément le cas les années précédentes pour tous les départements.



Orientation 2 :

Renforcer et préserver l'accès à la santé pour tous

Objectif 10. Assurer l'accès aux professionnels de santé libéraux

Le cahier des charges afférent au présent rapport identifie trois indicateurs devant permettre de juger de l'accès aux professionnels de santé libéraux :

- le pourcentage d'offre en tarifs opposables par spécialité (secteur 1 + secteur 2) et par territoire de santé
- la part de la population vivant dans un bassin de vie dont la densité médicale de médecins généralistes est inférieure à 30 % de la moyenne nationale
- le taux de satisfaction des usagers de la permanence des soins.

Depuis la parution de ce cahier des charges, certains indicateurs habituellement utilisés pour apprécier l'accès aux professionnels de santé libéraux ont évolué. Ainsi, le guide d'application du cahier des charges²⁰ du 5 avril 2012 a fait évoluer les indicateurs ciblés de la manière suivante :

- Abandon de la demande relative au taux de satisfaction des usagers de la permanence des soins dès lors qu'il n'est plus suivi dans le cadre du CPOM Etat – ARS.
- Invitation au recueil du nombre de structures d'exercice collectif en milieu ambulatoire.

²⁰ Ministère des affaires sociales et de la santé, « Guide d'application du cahier des charges du 5 avril 2012 pour l'élaboration du rapport de la conférence régionale de la santé et de l'autonomie sur les droits des usagers du système de santé », 11 janvier 2013, 7 p.

■ Le pourcentage d'offre en tarifs opposables par spécialité (secteur 1 + secteur 2) et par territoire de santé

La répartition des médecins libéraux entre secteur 1 (respect des tarifs conventionnels) et secteur 2 (honoraires fixés librement²¹) permet d'approcher de façon globale l'accès à une offre de soins aux tarifs opposables. Les données suivantes sont issues de l'annuaire santé, mis à disposition par l'Assurance Maladie sur la plateforme ouverte des données publiques françaises (site : <http://data.gouv.fr/>).

En 2020, la région Grand Est compte 9 093 médecins libéraux en exercice. Parmi eux :

- 96 % des médecins généralistes exercent en secteur 1.
- 53 % des médecins spécialistes (hors médecine générale) exercent en secteur 1.

Bien que l'exercice en secteur 1 soit la norme pour les **médecins généralistes**, les données présentées dans un rapport précédent²² rappelaient les différences existantes entre les départements de la région Grand Est. Ainsi, la proportion de médecins généralistes exerçant en secteur 2 varie au plus bas de 1 % en Meuse et à 6 % dans le Bas-Rhin.

Concernant les **médecins spécialistes hors médecine générale**, si un peu plus de la moitié d'entre eux exerce en secteur 1, cette proportion varie selon les départements de 42 % (Bas-Rhin) à 76 % (Haute-Marne).

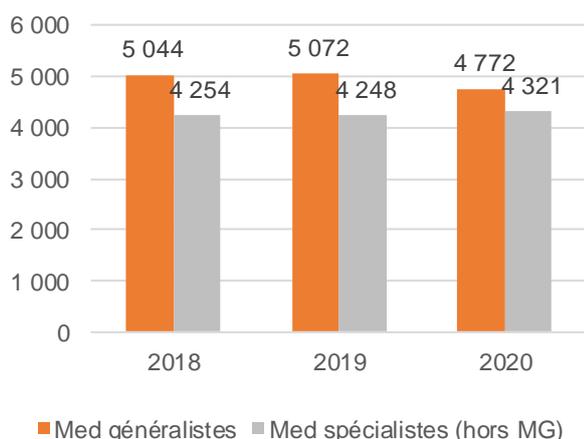
L'observation de cette dimension de l'accès aux soins dans le cadre des différents rapports annuels montre que si la tendance reste stable pour la médecine générale, force est de constater que la proportion de médecins spécialistes en secteur 1 diminue au fur et à mesure des années, à effectif globalement constant pour ces derniers.

Effectifs de médecins libéraux et proportion en secteur 1 en Grand Est

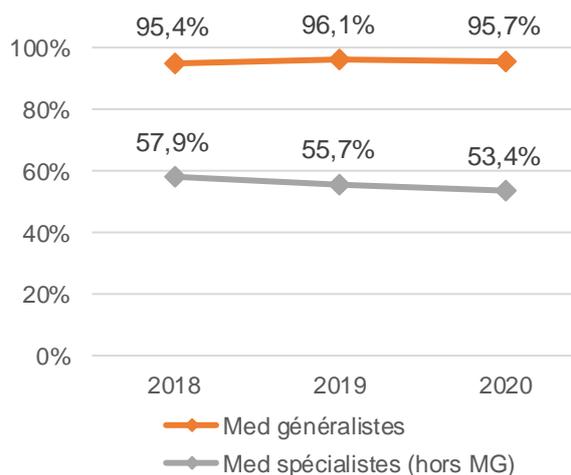
	Effectif	% secteur 1
Médecins généralistes	4 772	96%
Médecins spécialistes (hors MG)	4 321	53%
Médecins libéraux	9 093	75%

Source : CNAMTS, Système national des données de santé. Extraction au 12/02/2021. Exploitation : ORS Grand Est.

Effectif de médecins par département, spécialité médicale, en Grand Est



Evolution de la proportion de médecins en secteur 1 en Grand Est



Sources : année 2018 (Effectif de médecins en exercice au 31 décembre 2017), 2019 (Effectif au 31 décembre 2018), 2020 (Base extraite au 12/02/2021)

²¹ Cette catégorie inclut également : (1) les professionnels non conventionnés et (2) les professionnels en secteur 1 avec droit permanent à dépassement d'honoraires (catégorie remplacée par le secteur 2. Voir arrêté du 5 juin 1980).

²² Pour plus de détails, se reporter au Rapport annuel 2017 (pp. 55-56).

■ La part de la population vivant dans un bassin de vie dont la densité médicale de médecins généralistes est inférieure de 30 % à la moyenne nationale

Cet indicateur n'est plus suivi dans le cadre du CPOM État-ARS (non reconduit depuis 2014).

Plus complet que l'indicateur de densité précédemment étudié, l'indicateur d'accessibilité potentielle localisée (APL) est celui retenu pour aider à la détermination des zones sous denses.

• L'Accessibilité potentielle localisée (APL) au médecin généraliste

Le calcul de l'indicateur APL intègre l'activité des médecins (en comptabilisant le nombre de consultations et de visites), la distance d'accès au praticien et les besoins de santé de la population (appréciée au regard de la structure par âge).

L'échelle retenue pour le découpage des zones est celui du bassin de vie qui constitue le plus petit territoire sur lequel les habitants ont accès aux équipements et services de la vie courante. Pour les unités urbaines de plus de 30 000 habitants, le découpage des zones correspond aux cantons-villes.

L'application de l'indicateur APL²³ aux différentes zones conduit à la définition de trois catégories :

- les « **zones d'intervention prioritaire** » qui représentent les territoires caractérisés par un faible niveau d'accessibilité aux soins (moins de 2,5 consultations par habitant et par an) ainsi que les territoires potentiellement fragiles (entre 2,5 et 4 consultations par habitant et par an).
- les « **zones d'action complémentaire** », moins impactées par le manque de médecins, mais qui nécessitent de mettre en œuvre des moyens pour éviter que la situation ne se détériore.
- les « **zones hors vivier** » caractérisées par une offre de soins considérée comme satisfaisante (supérieure à 4 consultations par an et par habitant).

La carte régionale du zonage des médecins

8,7 % de la population de la région Grand Est vit dans des communes situées dans les « zones d'intervention prioritaire » au regard d'une offre de soins de médecins généralistes insuffisante.

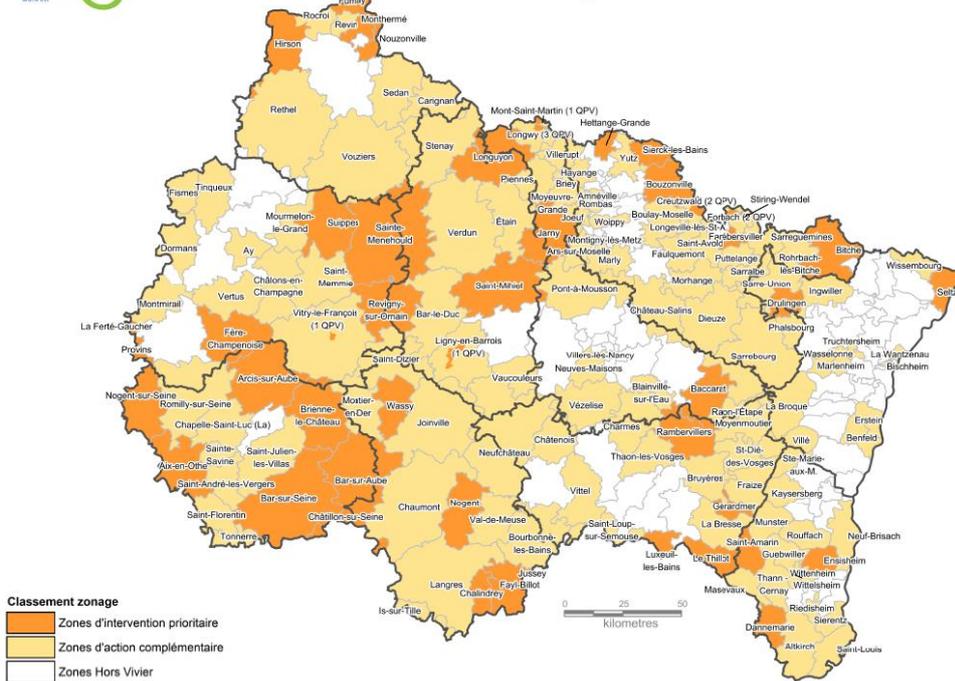
En région Grand Est, le calcul de l'APL et le travail d'analyse et de concertation réalisé par l'ARS en lien avec ses partenaires a permis d'aboutir à la répartition suivante²⁴ :

- les « **zones d'intervention prioritaire** » représentent 8,7 % de la population régionale, soit 483 000 habitants,
- les « **zones d'action complémentaire** » représentent 50,7 % de la population régionale, soit 2 810 000 habitants,
- enfin, les « **zones hors vivier** » représentent 40,6 % de la population régionale, soit 2 250 000 habitants.

²³ Arrêté du 13 novembre 2017 relatif à la méthodologie applicable à la profession de médecin pour la détermination des zones prévues au 1° de l'article L. 1434-4 du code de la santé publique. L'indicateur APL construit en 2017 par la DREES mobilise les données du SNIIRAM 2015, CNAM-TS.

²⁴ Arrêté ARS Grand Est n°2018-2113 du 19/06/2018 relatif à la détermination des zones caractérisées par une offre de soins insuffisante ou par des difficultés dans l'accès aux soins pour la profession de médecin. <https://www.grand-est.ars.sante.fr/lars-grand-est-arrete-le-nouveau-zonage-medecins>.

Zonage Médecins



Note : au 16/01/2019, les régions Hauts-de-France, Ile-de-France et Bourgogne-Franche-Comté ont arrêté leur zonage. Leur classement a été pris en compte dans cette carte.

Ce travail d'élaboration et de concertation conduit par l'ARS avec les partenaires doit en principe faire l'objet d'une actualisation tous les trois ans afin de tenir compte des évolutions. Initialement programmé en 2021 en région Grand Est ; les exigences de gestion de la crise sanitaire liée à l'épidémie de Covid-19 ont conduit à le repousser à 2022.

Le renouvellement des zonages pour les autres professions concernées

Depuis le précédent rapport, les travaux engagés par l'ARS avec ses différents partenaires ont permis d'aboutir à la définition des zonages pour les infirmiers (arrêté ARS n°2020-3182 du 13/10/2020) et les sages-femmes (arrêté ARS n°2020-3181 du 13/10/2020).

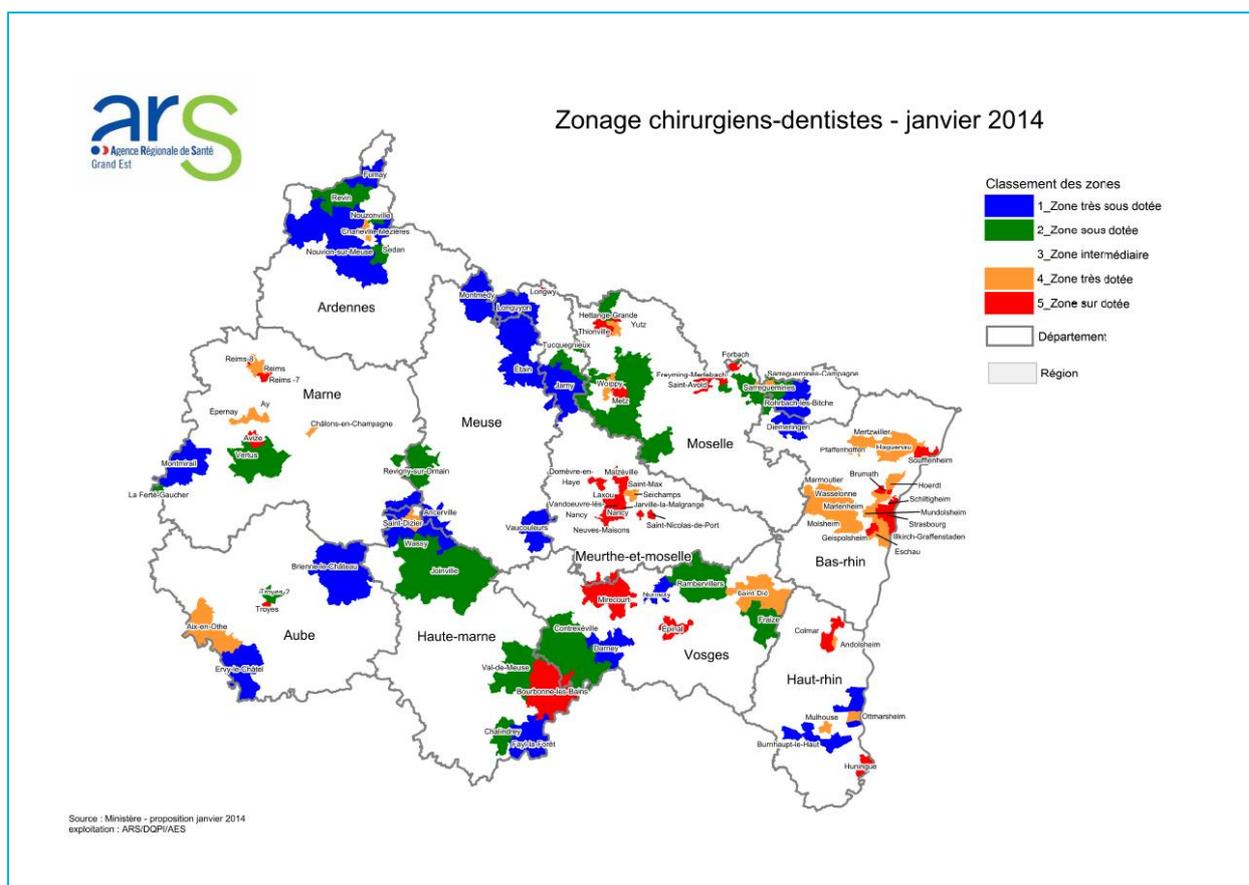
Ainsi 4 professions disposent de la définition de zonages récents, savoir les orthophonistes (arrêté ARS n°2018-2992 du 29/09/2018), les masseurs-kinésithérapeutes (arrêté ARS n°2019-0357 du 08/02/2019), les infirmiers et les sages-femmes. Seul le zonage relatif aux dentistes n'a pas fait l'objet d'une actualisation ; la situation datant de janvier 2014.

Ces zonages définissent pour chaque profession considérée **cinq catégories de territoires**, en fonction de leur niveau d'offre de soins, ouvrant droit à des aides financières aux professionnels souhaitant s'y installer.

La visualisation des différentes cartes ci-dessous²⁵ met en évidence des situations très contrastées selon les professions.

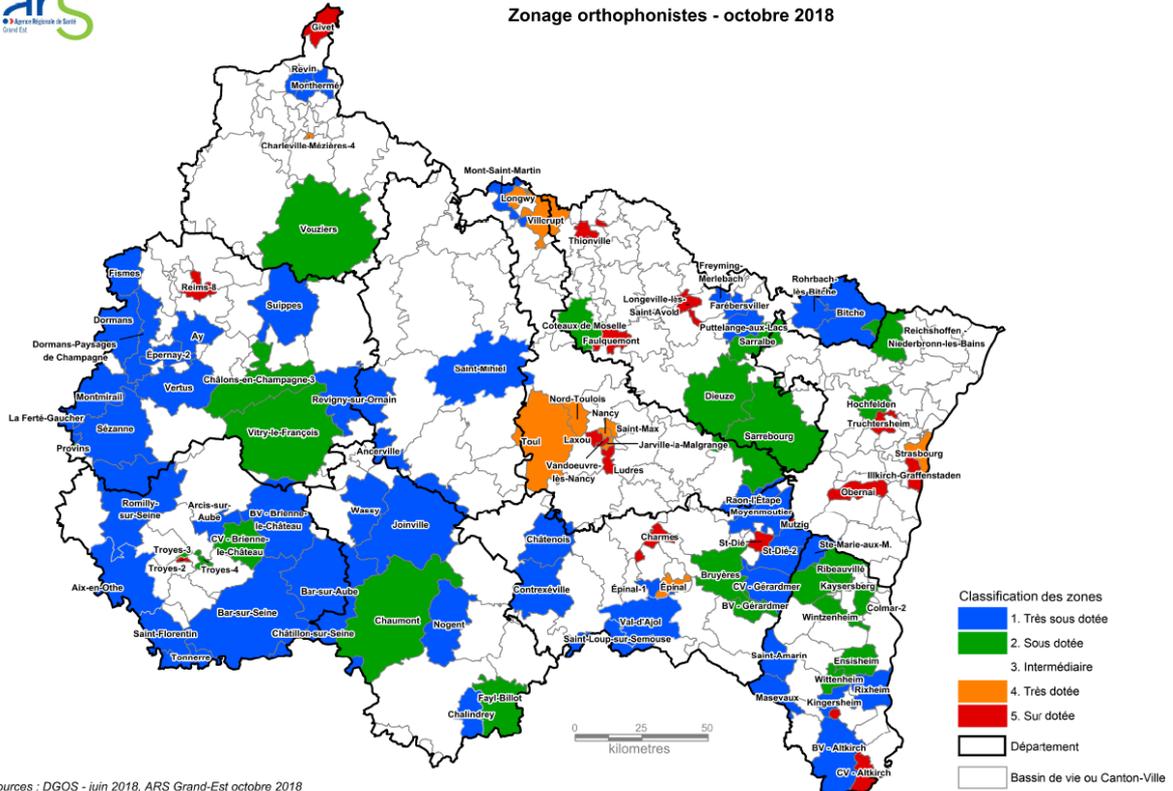
Ainsi, si certains bassins de vie semblent marqués par un déficit général de professionnels de premiers recours (notamment dans le sud de la Marne, le sud de la Haute-Marne et ponctuellement le sud du Haut-Rhin), d'autres sont davantage caractérisés par des besoins spécifiques de professionnels déterminés. Ainsi par exemple, la plupart des territoires constituant l'Aube présentent des besoins en orthophonistes. Le département des Ardennes se caractérise pour sa part par des besoins en sages-femmes à l'ouest et des besoins en masseurs-kinésithérapeutes au sud...

Concernant les infirmiers, le zonage effectué met plus généralement en évidence un clivage nord favorisé / sud défavorisé ; les principales villes de la région Grand Est n'étant d'ailleurs pas toujours identifiées comme zones « sur-dotées » (Langres, par exemple).

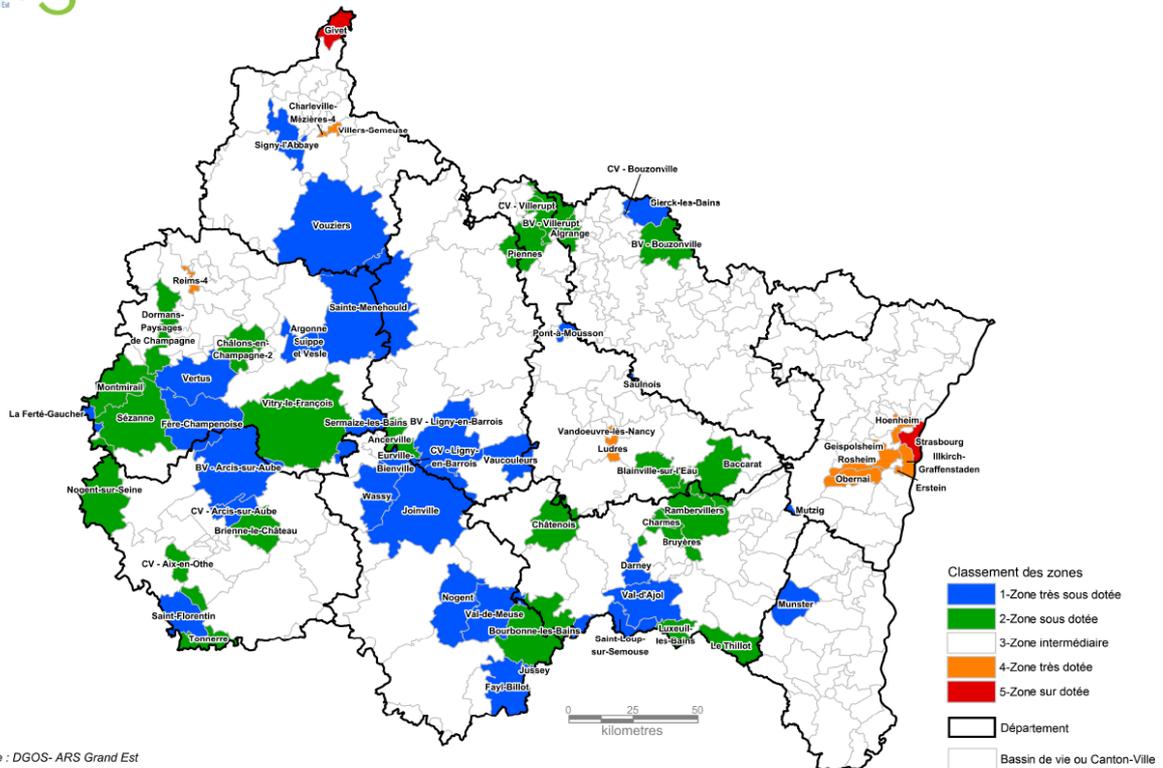


²⁵ <https://www.grand-est.paps.sante.fr/> [Pages dédiées aux aides à l'installation pour chacune des professions, pages consultées le 03/03/2021]

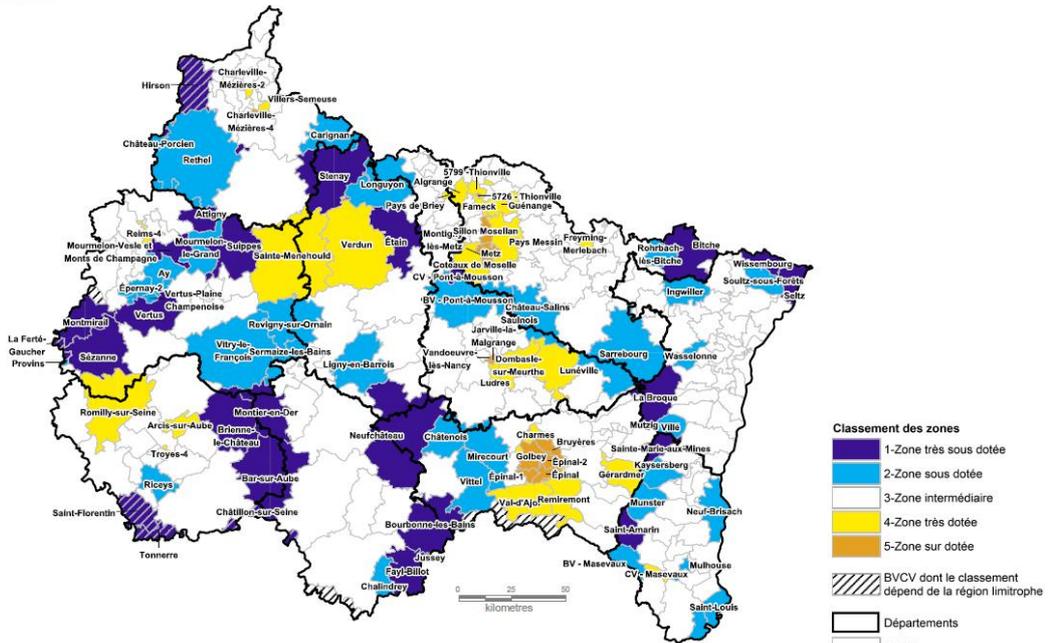
Zonage orthophonistes - octobre 2018



Zonage masseurs-kinésithérapeutes - Février 2019

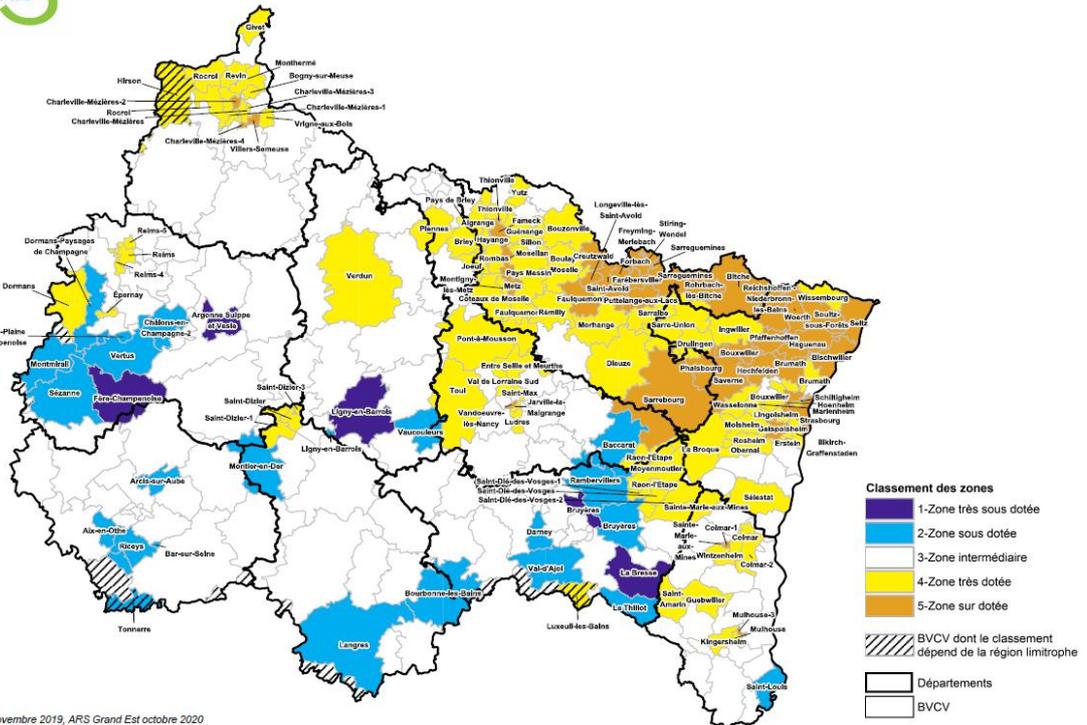


Zonage sages-femmes
Octobre 2020



Source : DGOS septembre 2019, ARS Grand Est octobre 2020
Réalisation : ARS Grand Est, DQPI, AES

Zonage infirmiers
Octobre 2020



Source : DGOS novembre 2019, ARS Grand Est octobre 2020
Réalisation : ARS Grand Est, DQPI, AES

- **Les patients sans médecin traitant**

Au-delà d'une situation favorable ou défavorable au regard de l'offre de soins, la problématique de l'accès aux soins peut également être mesurée à l'aune du pourcentage de patients n'ayant pas déclaré de médecin traitant.

En effet, un déficit de médecins dans les territoires (notamment de médecins généralistes) peut se traduire pour certains patients par l'absence de déclaration de médecin traitant.

Une telle situation, préjudiciable pour l'accès aux soins est d'autant plus compliquée pour les patients fragiles ou vulnérables (notamment au regard de leur santé, de leur situation économique ou de leur âge) que le médecin traitant est le professionnel pivot du parcours de soins.

En région Grand Est, ce sont 4,3 % des patients de 70 ans et plus consommant des soins qui n'ont pas déclaré de médecin traitant, soit près de 34 000 personnes, ce qui est plus favorable qu'en France entière où le taux moyen est de 10,1%

En revanche, dans les territoires marqués par une faible densité de médecins, comme l'Aube et la Haute-Marne, cette proportion est plus importante. En effet, au sein de ces deux départements, plus d'une personne sur 10 de 17 ans et plus consommant des soins n'a pas de médecin traitant déclaré. Cette situation est plus défavorable qu'en France entière.

Part de patients consommateurs*

	17 ans et plus	% sans médecin traitant **	% sans MT** et en ALD	% sans MT** et ayant la CSS***	70 ans et plus	% sans MT**
Ardennes	214 856	8,8%	1,2%	1,4%	40 459	5,2%
Aube	228 566	10,7%	1,5%	1,4%	47 613	6,8%
Marne	425 687	7,2%	0,7%	0,9%	78 281	3,8%
Haute-Marne	130 495	10,7%	1,8%	2,0%	30 042	6,1%
Meurthe-et-Moselle	553 041	8,0%	0,8%	1,1%	101 961	3,9%
Meuse	137 117	8,8%	1,1%	1,0%	28 754	5,0%
Moselle	803 511	8,0%	0,9%	1,0%	143 822	3,5%
Bas-Rhin	900 101	7,4%	0,8%	0,9%	149 857	3,8%
Haut-Rhin	590 082	8,4%	1,0%	0,8%	105 990	5,0%
Vosges	284 987	7,5%	0,9%	1,0%	61 708	4,2%
Grand Est	4 268 443	8,1%	0,9%	1,0%	788 487	4,3%
France	51 590 215	10,1%	1,1%	1,3%	9 670 332	5,4%

Source : <http://rezonecpts.ameli.fr/rezone/cartocpts.html?reg=44> [page consultée le 03/03/2021] Données à partir de l'exploitation des bases DCIR/SNDS/SNIIRAM (année glissante arrêtée à juin 2020).

Note de lecture : * Patients consommateurs = Au moins une consommation dans la période de référence ; ** Sans Médecin traitant (MT) = Sans déclaration de MT ou ayant un MT en cessation ou fictif (*quand* difficultés d'accès aux soins) ; *** CSS : Complémentaire Santé Solidaire, remplaçant depuis le 1er novembre 2019, la CMU-C (Couverture Maladie Universelle Complémentaire) et l'ACS (Aide au paiement d'une Complémentaire Santé)

Parmi d'autres mesures mises en place comme les aides à l'installation dans les zones prioritaires visant à lutter contre les « déserts médicaux » et contre les inégalités d'accès aux soins de premier recours, le déploiement des Communautés professionnelles territoriales de santé (CPTS, voir partie suivante sur les structures d'exercice collectif) doit permettre aux professionnels en exercice de répondre aux besoins spécifiques de leur territoire par une organisation dédiée. Une des missions socles des CPTS porte en effet sur l'amélioration de l'accès aux soins par la facilitation de l'accès au médecin traitant et l'amélioration de la prise en charge des soins non programmés en ville.

- **L'offre de soins de premier recours par département**

L'outil CartoSanté, mis librement à disposition sur le portail d'accompagnement des professionnels de santé (PAPS), présente les principales données d'offre de soins pour six professions libérales de premiers recours.

Il en ressort que la région Grand Est se caractérise par une densité de professionnels de santé de premiers recours comparable à la moyenne nationale pour les médecins généralistes, les chirurgiens-dentistes, les sages-femmes ou inférieure pour les infirmiers, les masseurs-kinésithérapeutes et les orthophonistes.

Densité de professionnels de santé pour 10 000 habitants par département du Grand Est en 2019

	Médecin généralistes	Infirmiers	Masseurs-kinésithérapeutes	Chirurgiens-dentistes	Orthophonistes	Sages-femmes
08 - Ardennes	8,2	14,8	9,1	3,8	29,6	1,1
10 - Aube	6,6	10,5	7,8	4,4	18,7	1,9
51 - Marne	9,1	9,8	8,3	5,2	20,6	1,7
52 - Haute-Marne	7,6	12,5	5,4	3,1	11,4	1,2
54 - Meurthe-et-Moselle	9,8	11,5	8,6	5,9	35,9	2,2
55 - Meuse	7,6	12,7	5,9	3,4	23,5	1,3
57 - Moselle	7,9	16,8	8,3	5,5	29,7	2
67 - Bas-Rhin	11	14,8	14,7	7,6	37,5	2,2
68 - Haut-Rhin	8,2	10,7	8,8	5,3	22,9	1,7
88 - Vosges	8,5	11,7	7,2	4,8	24,2	1,7
Grand Est	8,9	13,1	9,5	5,6	28,5	1,9
France entière	8,6	18,5	11,2	5,0	28,7	1,2

Source : CartoSanté (FNPS, INSEE), situation au 31/12/2019, <https://cartosante.atlasante.fr/#c=home>

Exploitations : ORS Grand Est.

Note de lecture : En 2019, dans le département de la Moselle il y a 8,3 kinésithérapeutes pour 10 000 habitants.

Les tendances présentées au sein des rapports annuels des trois années précédentes restent valables avec notamment :

- Une densité de médecins généralistes supérieure à la moyenne nationale (8,6 praticiens pour 10 000 habitants) dans les trois départements d'implantation des facultés de médecine, à savoir la Marne, la Meurthe-et-Moselle et le Bas-Rhin,
- Quatre départements pour lesquels la situation est plus défavorable qu'en France entière pour l'ensemble des professionnels de premiers recours, concernant trois départements de l'ante-région Champagne-Ardenne (les Ardennes, l'Aube et la Haute-Marne) et un département de l'ante-région Lorraine (la Meuse).

■ **Le nombre de structures d'exercice collectif en milieu ambulatoire**

Les structures d'exercice collectif en milieu ambulatoire prennent la forme de maisons et pôles de santé pluriprofessionnels ou encore de centres de santé.

Celles-ci doivent justifier d'un projet de santé auprès de l'ARS, pour obtenir un agrément. Elles assurent principalement des soins de premiers recours et participent à des actions de santé publique. Les maisons et pôles de santé pluriprofessionnels regroupent des professionnels de santé libéraux, tandis que les centres de santé salarient des professionnels de santé en exercice.

- **Les maisons et pôles de santé pluriprofessionnels**

Fin 2020, 144 maisons de santé pluriprofessionnelles (MSP) en fonctionnement sont recensées et plus de 70 sont en projet – tous stades d’avancement confondus – sur le territoire de la région Grand Est.

Nombre de maisons de santé pluriprofessionnelles en fonctionnement en Grand Est

	MSP
08 – Ardennes	9
10 – Aube	15
51 – Marne	17
52 – Haute-Marne	8
54 – Meurthe-et-Moselle	15
55 – Meuse	26
57 – Moselle	14
67 – Bas-Rhin	7
68 – Haut-Rhin	6
88 - Vosges	27
Grand Est	144

Source : ARS Grand Est, Direction des soins de proximité, Octobre 2020.

Article L6323-3 du Code de la santé publique

La maison de santé est une personne morale constituée entre des professionnels médicaux, auxiliaires médicaux ou pharmaciens.

Ces professionnels assurent des activités de soins sans hébergement de premier recours au sens de l'article L. 1411-11 et, le cas échéant, de second recours au sens de l'article L. 1411-12 et peuvent participer à des actions de santé publique, de prévention, d'éducation pour la santé et à des actions sociales dans le cadre du projet de santé qu'ils élaborent et dans le respect d'un cahier des charges déterminé par arrêté du ministre chargé de la santé. [...]

Le projet de santé est compatible avec les orientations des schémas régionaux mentionnés à l'article L. 1434-2. Il est transmis pour information à l'agence régionale de santé. Ce projet de santé est signé par chacun des professionnels de santé membres de la maison de santé. Il peut également être signé par toute personne dont la participation aux actions envisagées est explicitement prévue par le projet de santé.

- **Les centres de santé**

La base FINESS interrogée en octobre 2020 recense 204 centres de santé en région Grand Est. Les départements de la Moselle, du Bas-Rhin et du Haut-Rhin concentrent deux tiers de ces structures, ces trois départements enregistrant par ailleurs moins de MSP ouvertes.

Nombre de centres de santé en Grand Est

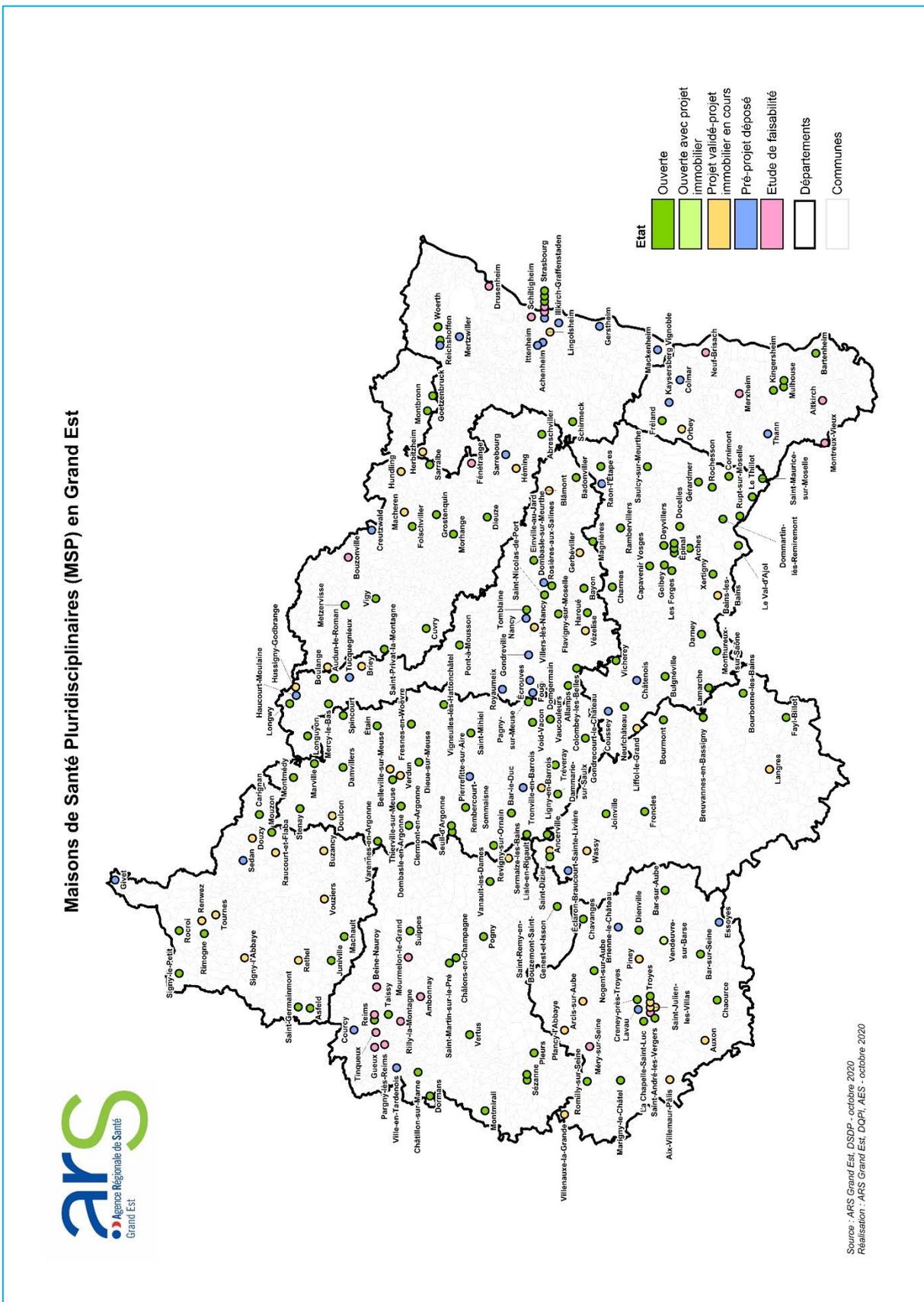
	Centres de santé
08 – Ardennes	8
10 – Aube	9
51 – Marne	20
52 – Haute-Marne	6
54 – Meurthe-et-Moselle	16
55 – Meuse	5
57 – Moselle	57
67 – Bas-Rhin	50
68 – Haut-Rhin	41
88 - Vosges	6
Grand Est	220

Source : ARS Grand Est, Direction des soins de proximité, Octobre 2020

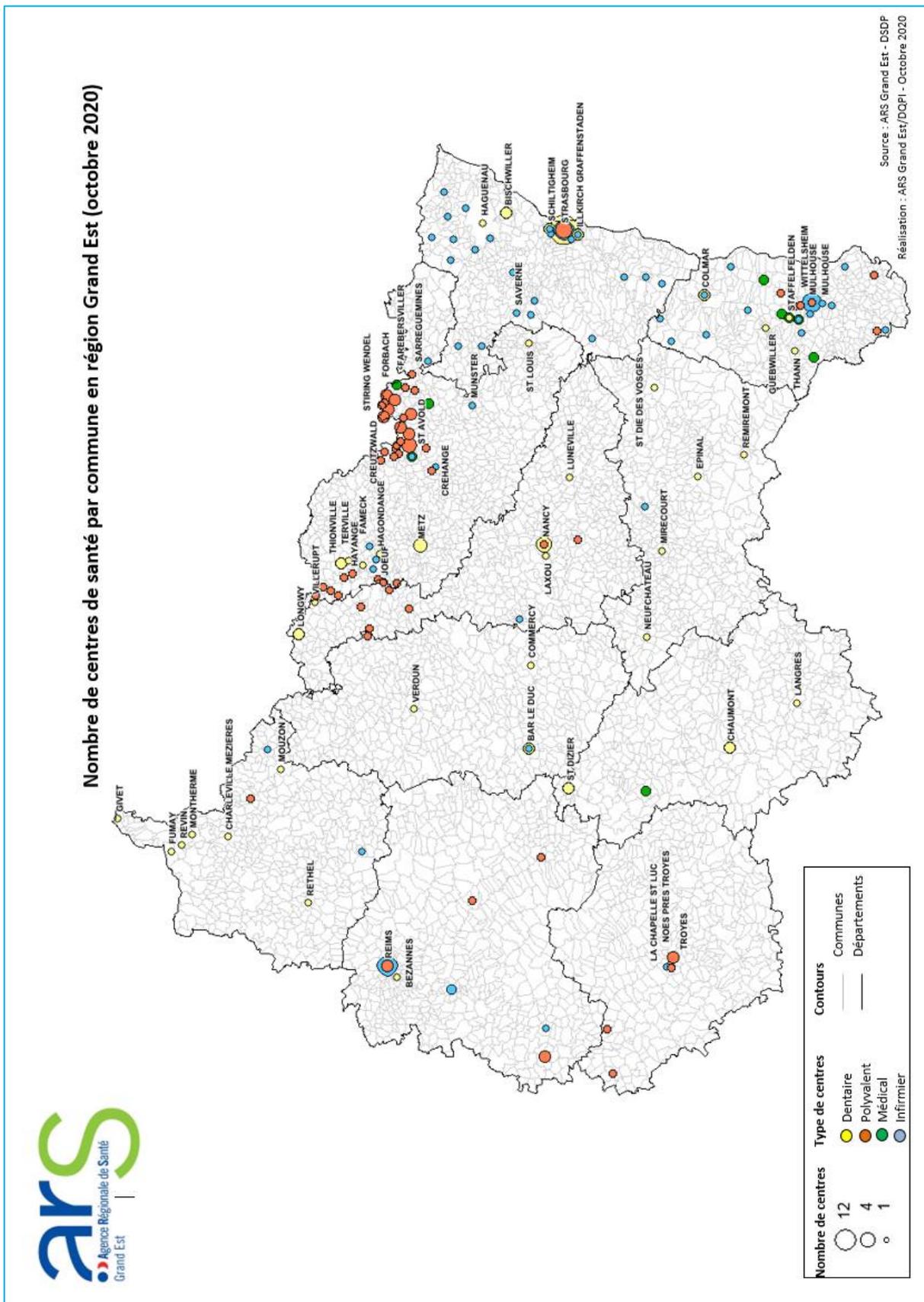
Article L6323-1 du Code de la santé publique

Les centres de santé sont des structures sanitaires de proximité, dispensant des soins de premier recours et, le cas échéant, de second recours et pratiquant à la fois des activités de prévention, de diagnostic et de soins, au sein du centre, sans hébergement, ou au domicile du patient. Ils assurent, le cas échéant, une prise en charge pluriprofessionnelle, associant des professionnels médicaux et des auxiliaires médicaux. [...]

Art. L. 6323-1-10. Les centres de santé élaborent un projet de santé, portant, en particulier, sur l'accessibilité et la continuité des soins ainsi que sur la coordination des professionnels de santé au sein du centre et avec des acteurs de soins extérieurs. [...]



Source : ARS Grand Est, octobre 2020.



- **Les communautés professionnelles territoriales de santé**

Suivant la dynamique du plan « Ma santé 2022 », l'accord cadre interprofessionnel²⁶ signé le 10 octobre 2018 fait de la généralisation de l'exercice coordonné la norme de l'organisation future des soins primaires. La coordination à l'échelle des territoires prend la forme de Communautés professionnelles territoriales de santé.

Cette forme d'organisation est conçue pour aider les professionnels de santé à mieux structurer leurs relations et mieux se coordonner. Le bénéfice attendu est aussi une plus grande fluidité des parcours de santé.

Article L1434-12 du Code de la santé publique

Afin d'assurer une meilleure coordination de leur action et ainsi concourir à la structuration des parcours de santé mentionnés à l'article L. 1411-1 et à la réalisation des objectifs du projet régional de santé mentionné à l'article L. 1434-1, des professionnels de santé peuvent décider de se constituer en communauté professionnelle territoriale de santé [...].

La communauté professionnelle territoriale de santé est composée de professionnels de santé regroupés, le cas échéant, sous la forme d'une ou de plusieurs équipes de soins primaires, d'acteurs assurant des soins de premier ou de deuxième recours, définis, respectivement, aux articles L. 1411-11 et L. 1411-12 et d'acteurs médico-sociaux et sociaux concourant à la réalisation des objectifs du projet régional de santé.

Les membres de la communauté professionnelle territoriale de santé formalisent, à cet effet, un projet de santé, qu'ils transmettent à l'agence régionale de santé. [...]

Point de situation sur le déploiement des CPTS en Grand Est (janvier 2020)



Pour en savoir plus : point de situation sur le déploiement des CPTS en Grand Est

A ce jour, on compte 41 projets de CPTS en Grand Est, tous stades d'avancement confondus.

Parmi ces projets :

- 2 sont en fonctionnement, avec un projet de santé validé dans une perspective rapide de contractualisation ACI*,
- 3 sont en fonctionnement et en cours de mise en conformité ACI* de leur projet de santé,
- 13 sont en cours de constitution,
- 23 autres projets sont identifiés en réflexion ou en intention.

*accord conventionnel interprofessionnel du 20/06/2019 permettant d'apporter un soutien financier aux CPTS

Source : ARS Grand Est, « Déploiement des CPTS en Grand Est : point de situation suite à la réunion du Comité régional de sélection, d'accompagnement et de suivi du 18 décembre 2019 », <https://www.grand-est.ars.sante.fr/deploiement-des-cpts-en-grand-est-point-de-situation-suite-la-reunion-du-comite-regional-de> [page consultée le 08/03/2021]

Dans le cadre de la contractualisation d'un financement avec la CPAM et l'ARS, les CPTS doivent s'engager à assumer trois missions socles à savoir :

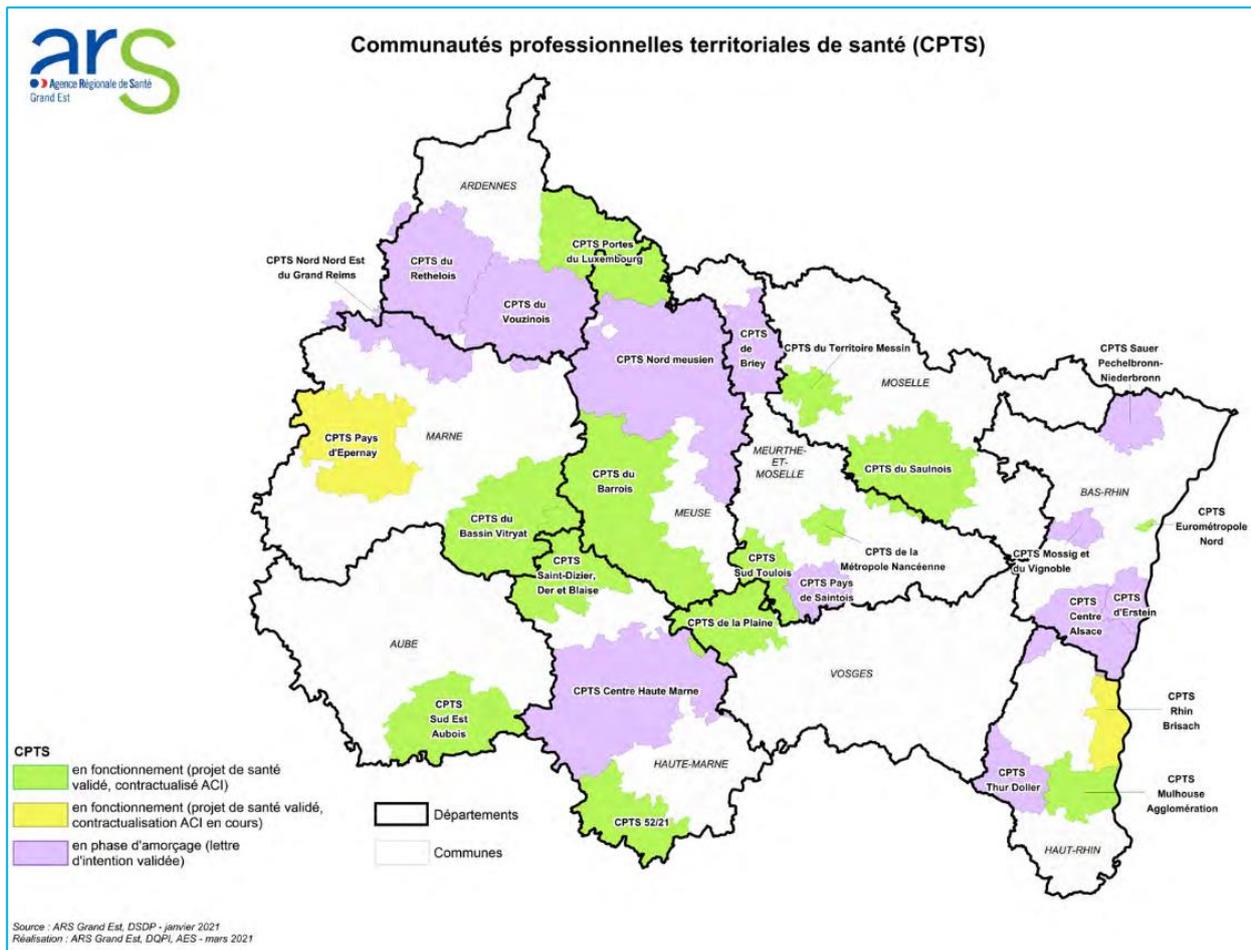
- L'accès aux soins des patients, mission portée suivant deux leviers : faciliter l'accès à un médecin traitant et améliorer la prise en charge des soins non programmés en ville,
- L'organisation des parcours pluriprofessionnels autour du patient,
- Le développement des actions territoriales de prévention.

Au-delà de ces missions, les CPTS se sont vues conférées en 2020 une mission complémentaire relative à la réponse aux crises sanitaires dans la mesure où, dans le cadre de la gestion de crise sanitaire liée à l'épidémie de Covid-19, elles se sont illustrées comme ayant la capacité à porter des réponses à différents

²⁶ Avis relatif à l'accord cadre organisant les rapports entre les organismes d'assurance maladie et les professions mentionnées aux articles L. 162-5, L. 162-9, L. 162-12-2, L. 162-12-9, L. 162-14, L. 162-16-1 et L. 322-5-2. Paru au Journal officiel le 7 avril 2019.

niveau (information des patients, réseaux des professionnels, dépistage, protocoles ville-hôpital, vaccination...).

Déploiement des CPTS en Grand Est (mars 2021)



Source : ARS Grand Est, « Les communautés professionnelles territoriales de santé (CPTS) », <https://www.grand-est.ars.sante.fr/les-communaut-es-professionnelles-territoriales-de-sante-cpts-3> [page consultée le 29/03/2021]

Les sources actuellement identifiées et mobilisées ne permettent pas de connaître le nombre de plaintes et de réclamations pour refus de soins émanant de personnes bénéficiaires de la CMU ou de l'AME.

■ **Les bénéficiaires de l'ACS ou de la CMU-C ayant sollicité un conciliateur de la CPAM**

En 2019, 51 bénéficiaires de la CMU-c ou de l'ACS ont sollicité le conciliateur d'une CPAM de la région Grand Est pour un dépassement facturé ou un refus d'application du tiers-payant.

Le nombre de sollicitations enregistré en 2019 est moins important que celui relevé l'année précédente.

Il est à relever notamment que plusieurs départements n'ont enregistré cette année aucune saisine du conciliateur alors que plusieurs demandes avaient été enregistrées en 2018. Comme l'année précédente, le département du Bas-Rhin reste en 2019 le département recensant le nombre de saisines le plus important.

Nombre de saisine du conciliateur de la CPAM par des bénéficiaires de l'ACS ou de la CMU-c suite à non application du tiers payant et/ou à facturation d'un dépassement par un professionnel de santé

Département	Nombre de bénéficiaires concernés en 2019	Nombre de bénéficiaires concernés en 2018
08 – Ardennes	-	-
10 – Aube	2	1
51 – Marne	-	8
52 – Haute-Marne	-	-
54 – Meurthe-et-Moselle	-	-
55 – Meuse	-	2
57 - Moselle	6	18
67 – Bas-Rhin	43	40
68 – Haut-Rhin	-	14
88 – Vosges	-	-
Grand Est	51	83

Source : CPAM des 10 départements du Grand Est. Exploitation : DCGDR Grand Est.

Quatre indicateurs sont identifiés par le cahier des charges pour décrire l'objectif :

- le taux de participation au dépistage organisé du cancer colorectal,
- le taux de participation au dépistage organisé du cancer du sein,
- le taux de couverture vaccinale des enfants de 24 mois contre la rougeole, les oreillons et la rubéole (ROR),
- enfin, la prévalence de l'obésité et du surpoids parmi les enfants en grande section de maternelle.

En complément des indicateurs identifiés par le cahier des charges national, les membres de la CSDU ont souhaité développer d'autres indicateurs relevant du champ de la prévention.

C'est pourquoi le présent rapport inclut notamment une description de la situation en région Grand Est de la prévalence du diabète traité pharmacologiquement ainsi que des comportements de consommation de substances psychoactives. Ces deux problématiques de santé, en partie liées à des habitudes de vie sur lesquelles il est possible d'agir, ont été choisies en raison de leur importance en Grand Est.

■ Le taux de participation aux dépistages organisés des cancers

La région Grand Est affiche un taux de participation 2018/2019 de 39,3 % pour le dépistage organisé du cancer colorectal et de 52,3 % pour le dépistage organisé du cancer du sein.

Dépistage organisé du cancer colorectal

Lors de la campagne 2018-2019, 564 142 personnes de 50 à 74 ans ont été dépistées dans le cadre du dépistage organisé du cancer colorectal. Avec **un taux de participation de 39,3 %**, la région Grand Est affiche une participation supérieure de 8,8 points à la France entière (30,5 %), mais qui reste insuffisante par rapport au seuil préconisé par le référentiel européen qui est de 45 %.

La région Grand Est se situe en 1^{ère} position des régions les plus participantes.

De plus, le taux de participation est supérieur au taux national pour chacun des dix départements de la région. Il varie néanmoins de 10,1 points entre les départements des Ardennes et de la Moselle (35,0 %) et celui du Haut-Rhin (45,1 %).

Dépistage organisé du cancer du sein

Avec 465 267 femmes de 50 à 74 ans dépistées au cours de la campagne 2018-2019, le Grand Est affiche un **taux de participation au dépistage organisé du cancer du sein de 52,3 %**. Ce taux est supérieur à celui de la France entière (+ 3,1 points), mais est inférieur aux préconisations européennes de 70 % pour être jugé efficace.

La région Grand Est se situe dans la moyenne des régions participantes (8^e sur 17 régions et départements et régions d'Outre-Mer).

Au sein de la région, le taux de participation varie de 12,6 points entre les départements ; il est le plus faible en Moselle (45,9 %) et le plus élevé dans la Marne (58,5 %).

À l'exception de la Moselle, l'ensemble des départements de la région Grand Est présente un taux de participation supérieur au taux national.

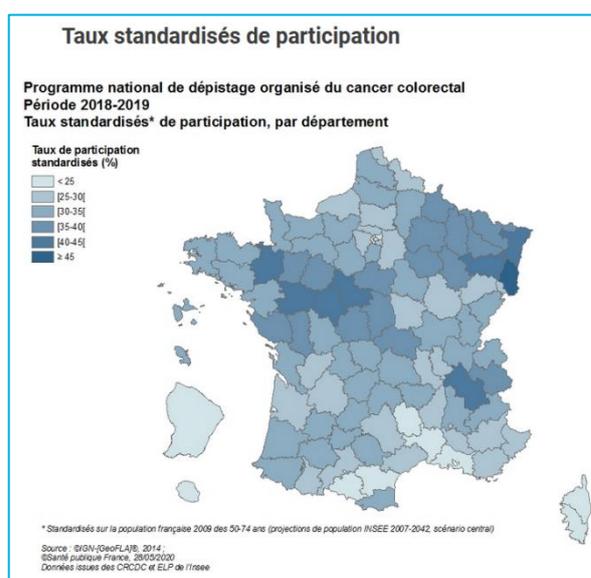
Taux standardisé de participation aux campagnes de dépistage organisé 2018-2019 par département du Grand Est

	DO Cancer colorectal	DO Cancer du sein
08 - Ardennes	35,0%	52,1%
10 - Aube	35,6%	56,4%
51 - Marne	39,5%	58,5%
52 - Haute-Marne	36,2%	55,0%
54 - Meurthe-et-Moselle	38,1%	49,9%
55 - Meuse	36,7%	51,7%
57 - Moselle	35,0%	45,9%
67 - Bas-Rhin	43,9%	56,0%
68 - Haut-Rhin	45,1%	50,4%
88 - Vosges	41,6%	54,8%
Grand Est	39,3%	52,3%
France entière	30,5%	49,2%
Préconisation (référentiel européen)	45,0%	70,0%

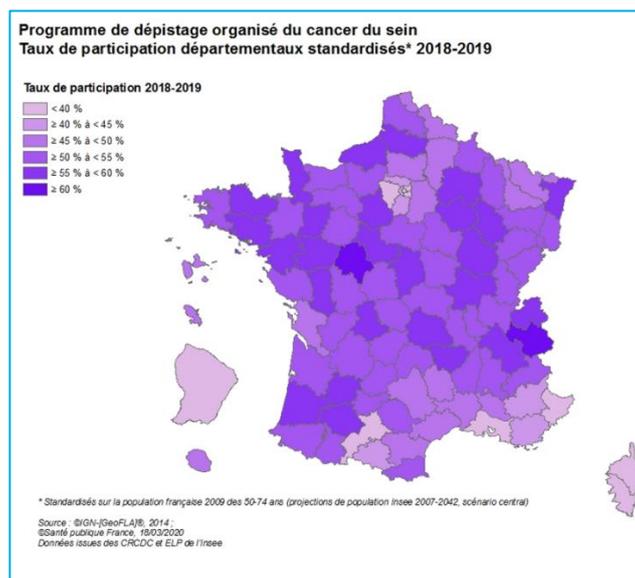
Source : Santé publique France - Données issues des structures départementales du dépistage organisé du cancer colorectal et du cancer du sein - Campagnes 2018-2019.

Taux départementaux standardisés de participation aux programmes nationaux de dépistage organisé (2018-2019)

Dépistage organisé du cancer colorectal



Dépistage organisé du cancer du sein



Source : ©IGN-[GeoFLA]® 2014
Population de référence : France 2009

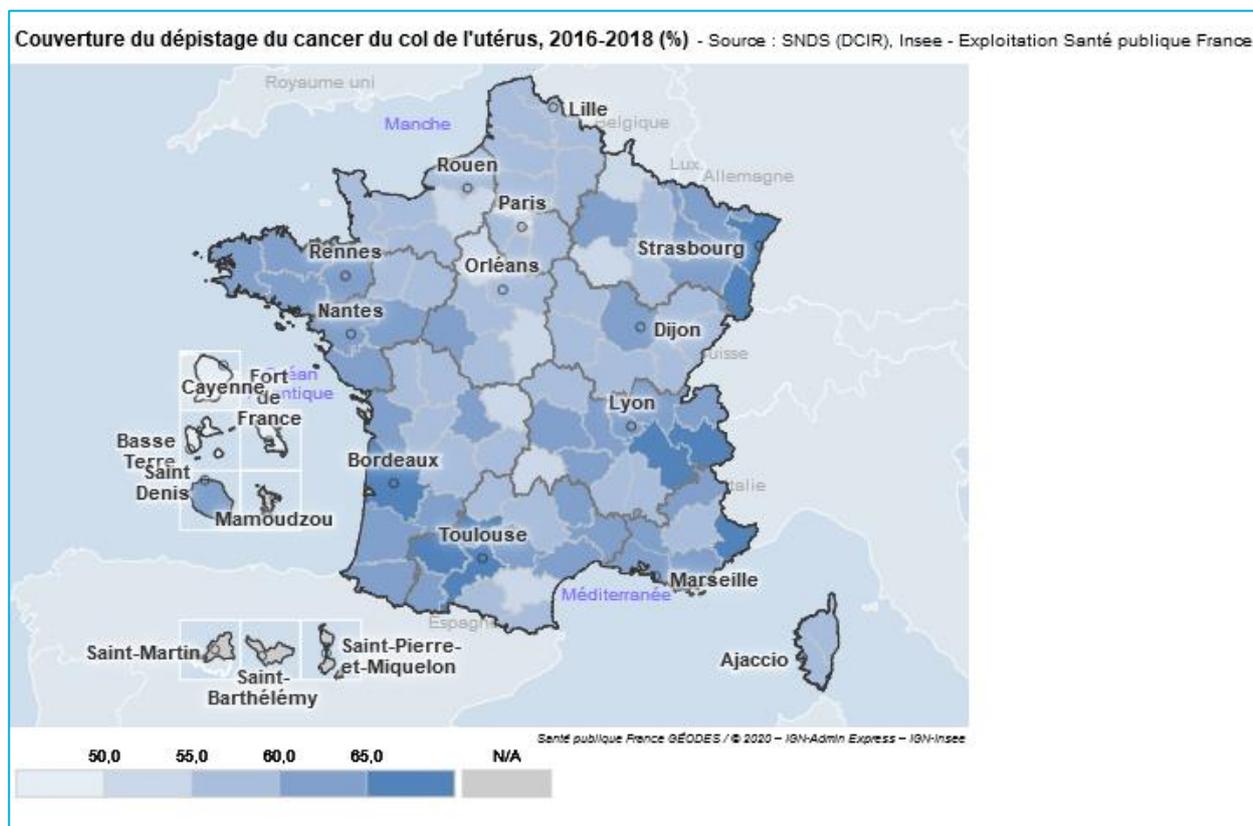
Source : Santé publique France, <http://invs.santepubliquefrance.fr>, page : « Taux de participation au programme de dépistage organisé du cancer du sein 2018-2019 » [mise à jour le 30/04/2020], page : « Taux de participation au programme de dépistage organisé du cancer colorectal 2018-2019 » [mise à jour le 29/05/2020].

En cours de déploiement depuis 2018, le dépistage organisé du cancer du col de l'utérus a pour objectif d'atteindre un taux de couverture de 80 % chez les femmes âgées de 25 à 65 ans sur une période de trois ans.

Sur la période 2016-2018, la région Grand Est se situe en 5^e position des régions les plus participantes, avec un taux de participation de 60,3 % (contre 59,5 % au niveau national).

Comme le présente la carte ci-après, la moyenne régionale masque des différences entre les départements qui la composent, avec un taux de participation supérieur à 65 % pour le Bas-Rhin et le Haut-Rhin, à l'opposé de l'Aube et des Ardennes, qui présentent un taux inférieur à 50 %.

Taux de couverture du dépistage triennal du cancer du col de l'utérus chez les femmes de 25 à 65 ans par département, 2016-2018



Source : Santé publique France, <http://invs.santepubliquefrance.fr>, page : « Dépistage du cancer du col de l'utérus : données 2016-2018 » [mise à jour le 05/10/2020].

■ [Le taux de couverture vaccinale des enfants de 24 mois contre la rougeole, les oreillons et la rubéole \(ROR\)](#)

Le taux de couverture vaccinale ROR 2 doses est de 80,8 % en région Grand Est en 2020.

Le vaccin rougeole, oreillons, rubéole (ROR) est à réaliser à l'âge de 12 mois avec une deuxième dose entre 16 et 18 mois.

Le taux de vaccination **ROR 2 doses**, supérieur au taux national (81,2 %) pour trois départements (Marne, Meurthe-Moselle, Bas-Rhin), reste inférieur au taux souhaité de 95 % pour permettre une immunité collective.

Il convient toutefois de préciser que les données présentées dans le tableau ci-contre, obtenues sur le site ReZone, ont été arrêtées mi-juin 2020, en sorte qu'elles peuvent avoir été impactées par les effets du confinement de la première vague de l'épidémie de Covid-19 sur l'accès aux soins, à savoir un renoncement aux soins ou un retard aux soins observé en population générale et de façon plus marquée pour certaines populations.

**Couverture vaccinale départementale
« rougeole, oreillons, rubéole 2 doses »
à l'âge de 24 mois (%)
(année glissante, arrêtée en juin 2020)**

	Part des enfants de moins de 2 ans ayant reçu deux doses de vaccin ROR
Ardennes	80,5%
Aube	80,6%
Marne	82,4%
Haute-Marne	77,9%
Meurthe-et-Moselle	84,7%
Meuse	80,0%
Moselle	80,0%
Bas-Rhin	82,1%
Haut-Rhin	76,9%
Vosges	79,4%
Grand Est	80,8%
France	81,2%

Source : <http://rezonecpts.ameli.fr/rezone/cartocpts.html?reg=44> [page consultée le 03/03/2021]. Données à partir de l'exploitation des bases DCIR/SNDS/SNIIRAM (année glissante arrêtée à juin 2020).

■ Le taux de couverture vaccinale contre la grippe saisonnière

L'accès au site ReZone permet en outre de disposer de données relatives au taux de couverture vaccinale contre la grippe saisonnière.

Bien que la situation régionale soit plus favorable que celle observée en France entière, celle-ci reste en deçà des objectifs fixés par l'Organisation mondiale de la santé (OMS) à 75 % pour les populations ciblées par les recommandations.

Part des patients consommateurs vaccinés contre la grippe saisonnière

	patients consommateurs âgés de 65 ans ou plus	patients consommateurs âgés de 16 à 64 ans fragiles ciblés par la campagne de vaccination*
Ardennes	60,5%	39,0%
Aube	54,7%	34,1%
Marne	59,6%	38,4%
Haute-Marne	54,6%	36,6%
Meurthe-et-Moselle	61,7%	39,1%
Meuse	56,7%	37,0%
Moselle	56,8%	34,4%
Bas-Rhin	53,6%	33,0%
Haut-Rhin	48,1%	29,7%
Vosges	55,5%	39,0%
Grand Est	55,8%	35,1%
France	54,4%	32,7%

Note de lecture : * Patients consommateurs âgés de 16 à 64 ans en ALD ou présentant une maladie respiratoire chronique (asthme, bronchite chronique, broncheectasies, hyperréactivité bronchique) ciblés par la campagne de vaccination et vaccinés.

Source : <http://rezonecpts.ameli.fr/rezone/cartoCpts.html?reg=44> [page consultée le 03/03/2021]. Données à partir de l'exploitation des bases DCIR/SNDS/SNIIRAM (année glissante arrêtée à juin 2020).

■ La prévalence de l'obésité et du surpoids parmi les enfants en grande section de maternelle

Cet indicateur n'est plus suivi dans le cadre du CPOM État-ARS.

En l'absence de nouvelle enquête réalisée à l'échelle nationale, les dernières données disponibles restent celles datant de l'année scolaire 2012/2013.

Selon les dernières informations disponibles (2012-2013), la région Académique de la région Grand Est, regroupant les Académies de Reims, de Nancy-Metz et de Strasbourg, affiche un taux de surcharge pondérale des enfants de grande section de maternelle de 13,1 %.

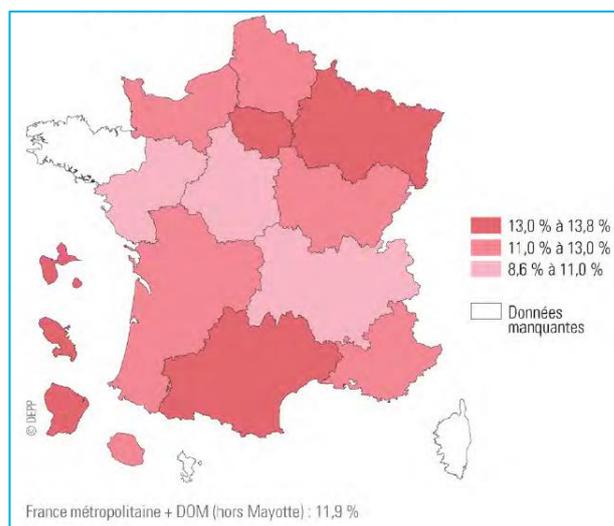
En 2012-2013, 11,9 % des enfants de grande section de maternelle à l'échelle de la France métropolitaine sont en surcharge pondérale et 3,5 % sont obèses. La prévalence du surpoids (hors obésité) a baissé depuis les années 2000, passant de 14,4 % à 11,9 %, tandis que la prévalence de l'obésité varie entre 3 % et 4 % sur les trois éditions d'enquête (respectivement 1999-2000, 2005-2006 et 2012-2013).

La région Grand Est fait ainsi partie des régions où la prévalence d'élèves en surcharge pondérale (surpoids et obésité) est la plus forte, avec les Antilles-Guyane, l'Île-de-France et l'Occitanie.

Il convient néanmoins de rester prudent sur les constats émis, dans la mesure où ces données sont issues d'une enquête. Il s'agit d'une estimation à partir d'un échantillon et la vraie valeur de ce taux a 90 % de chance d'être comprise entre 11,5 % et 12,5 %²⁷.

Ainsi, en tenant compte de cette marge d'erreur, la région Grand Est afficherait une situation comparable à la moyenne nationale.

Part d'enfants de grande section de maternelle en surcharge pondérale



Source : Calculs DREES-InVS, DREES-DGS-DGESCO-DEPP-InVS, Enquête nationale de santé auprès des élèves de grande section maternelle, 2012-2013. Cartographie : DEPP, Géographie de l'École, édition 2017, p. 21.

²⁷ CHARDON O., GUIGNON N., DE SAINT POL T., 2015, « La santé des élèves de grande section de maternelle en 2013 : des inégalités sociales dès le plus jeune âge », *Études et résultats*, n° 0920.

■ La prévalence du diabète traité pharmacologiquement

Le diabète est une maladie chronique qui se caractérise par un excès de sucre dans le sang (hyperglycémie). Son origine s'explique par une déficience de la sécrétion ou de l'action de l'insuline, sécrétée par le pancréas²⁸.

Il existe deux formes de diabète :

- le diabète de type 1, ou diabète insulino-dépendant. Souvent dû à la destruction de certaines cellules de pancréas, ce diabète survient essentiellement chez l'enfant ou le jeune adulte.
- le diabète de type 2, non insulino-dépendant est la forme la plus fréquente de diabète et touche essentiellement les adultes (92%)²⁹. L'émergence de cette maladie peut être la conséquence d'une mauvaise alimentation et d'un manque d'activité physique.

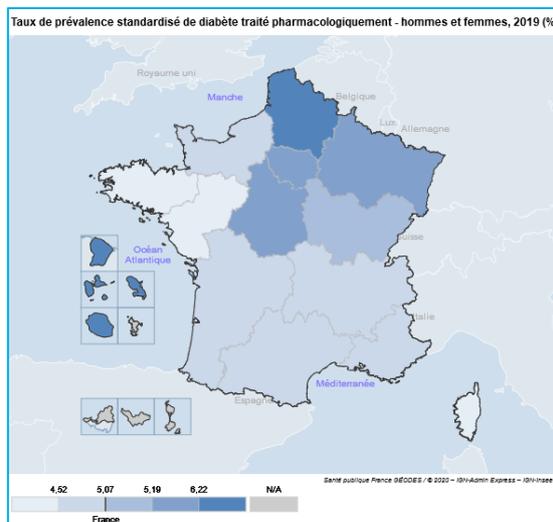
En France, la prévalence du diabète traité pharmacologiquement (tous types) était estimée à 5,2 % de la population en 2019. Cette pathologie continue ainsi de progresser et concernait alors 3,5 millions de personnes.

En 2018, la région du Grand Est présentait – concernant cette pathologie – une prévalence standardisée supérieure à la moyenne nationale (5,7 % contre 5 %) ³⁰. Ce sont ainsi 365 000 personnes qui étaient prises en charge pour leur diabète sur ce territoire.

La situation régionale masque cependant des disparités départementales. En effet, certains départements frontaliers tels que les Ardennes, la Moselle, le Bas-Rhin connaissent une prévalence encore plus importante pour cette pathologie. Au contraire, les Vosges et la Meuse présentent une situation comparable à la moyenne nationale.

A l'échelle de la région, il a pu être observé que cette maladie concerne davantage les hommes que les femmes (6,8% contre 4,7%), au-delà de 65 ans et qu'elle peut avoir un rapport proportionnel avec la défaveur sociale.

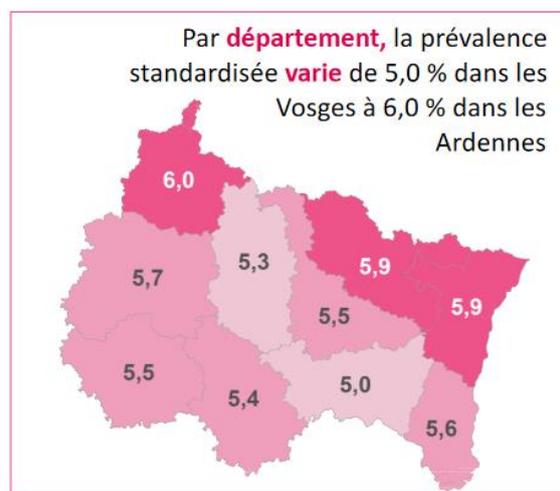
Prévalence standardisée* du diabète traité pharmacologiquement, par région, France entière, 2019



*: standardisation sur la structure d'âge de la population européenne : Eurostat, EU-27
Champ : France entière hors Mayotte. Source : SNDS-DCIR ; exploitation Santé publique France

Source : Santé Publique France, Fiche « Diabète », mise à jour 14/11/2019
<https://www.santepubliquefrance.fr/maladies-et-traumatismes/diabete/donnees/#tabs>

Prévalence standardisée* du diabète traité pharmacologiquement, par département du Grand Est, 2018



Source : ARS Grand Est, ORS Grand Est, « Diabète en Grand Est ».

²⁸ <https://www.diabete.fr>

²⁹ <https://www.santepubliquefrance.fr/maladies-et-traumatismes/diabete/la-maladie/#tabs>

³⁰ ARS Grand Est, ORS Grand Est, « DIABETE en Grand Est, Chiffres clés », Infographie, janvier 2020.

■ Les consommations de substances psychoactives

Le précédent rapport faisait état des dernières données disponibles en population générale (Baromètre santé 2014) et pour les jeunes de 17 ans (Escapad 2017) relatives aux consommations de substances psychoactives (tabac, alcool, cannabis).

Afin de suivre les effets des différentes mesures mises en place dans le cadre des plans de réduction du tabagisme, les données du baromètre santé 2017 sont disponibles à l'échelle des régions.

Ainsi, en 2017, la prévalence du tabagisme quotidien était de 26,9 % parmi les 18-75 ans en France métropolitaine³¹.

En 2017, le Grand Est était la 4^{ème} région concernée par le tabagisme quotidien avec une prévalence de 30,1 %, soit une baisse de 1,2 points depuis 2014.

Il convient de rappeler que lors du précédent baromètre, en 2014, la région était la seule (31,3 %) à présenter une situation plus défavorable qu'en moyenne.

Cette prévalence plus élevée peut en partie s'expliquer par la situation économique plutôt dégradée de la région Grand Est par rapport au reste de la France, de même que par son caractère de région frontalière.

Prévalence (en %) du tabagisme quotidien par région parmi les 18-75 ans, France métropolitaine, 2017



- Supérieur aux autres régions *
- Pas de différence significative
- Inférieur aux autres régions *
- Non disponible

Source : Baromètre santé 2017, Santé publique France.

* Différences significatives au seuil de 5% pour la comparaison de chaque région au reste de la France métropolitaine. Les taux sont standardisés sur la structure croisée par âge et sexe au niveau national.

³¹ Pasquereau A, Andler A, Guignard G, Richard JB, Arwidson P, Nguyen-Thanh V ; le groupe Baromètre santé 2017. La consommation de tabac en France : premiers résultats du Baromètre santé 2017. Bull Epidemiol Hebd. 2018; (14-15) : 265-73.

Objectif 13.

Réduire les inégalités d'accès à la prévention, aux soins et à la prise en charge médico-sociale sur tous les territoires

■ Le nombre de contrats locaux de santé signés

Fin 2019, 29 Contrats locaux de santé (CLS) étaient mis en œuvre en région Grand Est, dont 9 signés au cours de l'année ainsi qu'un avenant pour le CLS 2 de Strasbourg.

Au cours de l'année 2019, les CLS signés se déploient sur les territoires suivants :

- CLS Communauté d'Agglomération Portes de France – Thionville (24 janvier 2019)
- CLS de la Communauté de Communes de l'Ouest Vosgien (8 février 2019)
- CLS Argonne Ardennaise (25 avril 2019)
- Avenants aux CLS II de la ville de Strasbourg et de l'Eurométropole de Strasbourg (17 juin 2019)
- CLS II de la Métropole du Grand Nancy (15 juillet 2019)
- CLS II de Romilly-sur-Seine (3 septembre 2019)
- CLS Ardennes Métropole (8 octobre 2019)
- CLS du Pays du Lunevillois (14 novembre 2019)
- CLS de Pays de Langres (17 décembre)
- CLS Châlons en Champagne (20 décembre 2019)

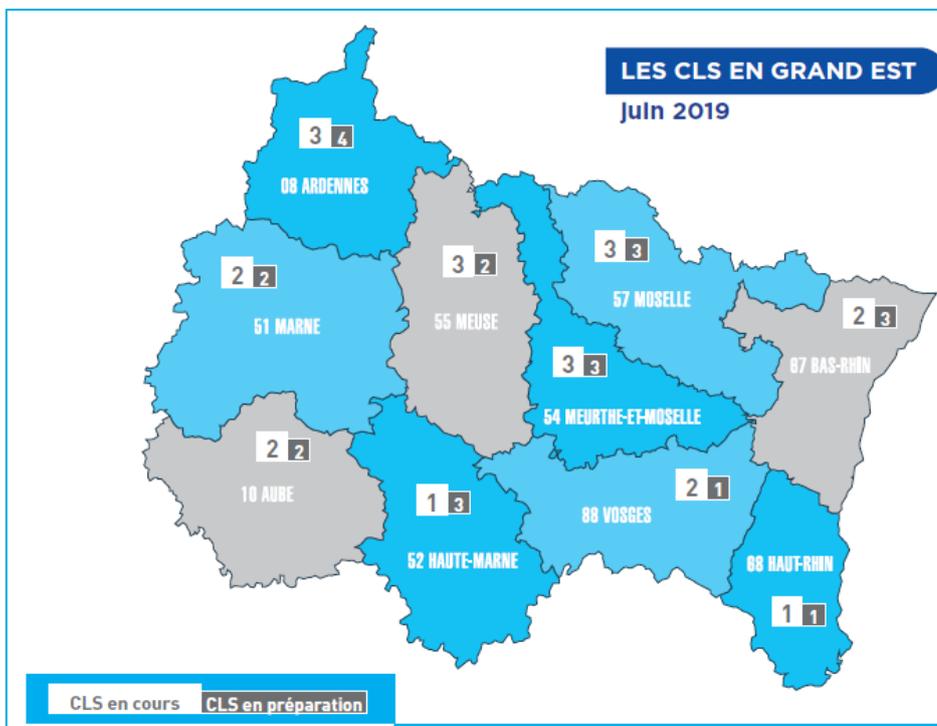
Qu'est-ce qu'un CLS ?

C'est un outil partenarial de lutte contre les inégalités sociales, territoriales et environnementales de santé.

Démarche volontaire ciblée sur un territoire et adaptée aux besoins de santé de la population, le CLS est porté par l'Agence Régionale de Santé et une collectivité territoriale ou une structure intercommunale, auxquelles peuvent s'associer les services de l'État, le Conseil départemental et le Conseil régional, la CAF, la MSA, les acteurs de santé et les associations locales. L'objectif du CLS est d'améliorer l'état de santé de la population du territoire concerné.

Source : ARS Grand Est, dépliant : « Contrat local de santé, Mode d'emploi », juillet 2019.

État de la dynamique CLS en Grand Est (situation en juin 2019)



Source : ARS Grand Est, dépliant : « Contrat local de santé, Mode d'emploi », juillet 2019

A noter que l'ARS porte l'ambition de mailler le territoire de la région Grand Est en développant le nombre de CLS signés, cet outil étant soutenu dans le cadre de la stratégie nationale de santé « Ma Santé 2022 », comme un outil au service de la dynamique territoriale.

■ Les écarts infrarégionaux d'équipements en établissements et services médico-sociaux

Ces indicateurs ne font plus l'objet d'un suivi dans le cadre du CPOM État-ARS.

Les écarts infrarégionaux d'équipements en établissements et services médico-sociaux (ESMS) peuvent être mesurés à partir de la dépense d'assurance maladie rapportée à la population cible. Il s'agit d'un indicateur toujours suivi au niveau national dans le cadre du projet de loi de financement de la Sécurité sociale (PLFSS)³², dans le cadre d'un objectif de répartition plus équitable des ressources sur le territoire.

Évolution des écarts territoriaux d'équipement entre 2018 et 2019 (situation nationale)

➤ Évolution des écarts territoriaux d'équipement entre 2018 et 2019

Personnes handicapées

Objectif: Réduction des écarts	Interrégional		Interdépartemental	
	adultes	enfants	adultes	enfants
Écart d'équipement en nombre de places d'établissements et services	Stable	Stable	Stable	Stable
Écart d'équipement en dépenses d'assurance maladie pour 1 000 habitants	Stable	Stable	En hausse	En hausse

Personnes âgées

Objectif: Réduction des écarts	Interrégional	Interdépartemental
	Écart d'équipement en nombre de places d'établissements et services	Stable
Écart d'équipement en dépenses d'assurance maladie pour 1 000 habitants	Stable	Stable

« Stable » signifie ici que l'écart est inférieur ou supérieur de 0,5 % par rapport à l'exercice précédent.

Les dépenses d'assurance maladie prises en compte ici sont :

- pour le secteur personnes handicapées, l'ensemble des versements aux ESMS ;
- pour le secteur personnes âgées, l'ensemble des versements aux ESMS complétés des versements aux unités de soins de longue durée et des actes infirmiers de soins des infirmiers libéraux.

Source : CNSA, Rapport annuel 2019, p.38.

En 2019 en France, le taux d'équipement en établissements et services en faveur des personnes handicapées s'établit à 9,9 places pour 1 000 enfants et à 6,2 places pour 1 000 adultes. L'évolution observée des écarts territoriaux d'équipement (en nombre de places) apparaît stable entre 2018 et 2019, tendance observée entre les régions, de même qu'entre les départements de l'ensemble du territoire, comme pour les années précédentes.

Le taux d'équipement en faveur des personnes âgées s'établit à 128,8 lits pour 1 000 personnes âgées de 75 ans et plus. L'évolution relative à l'équipement (en nombre de places) en faveur des personnes âgées fait état d'une situation stable entre les régions françaises entre 2018 et 2019³³, bien que les écarts constatés entre départements soient en hausse entre ces deux années.

³² PLFSS 2020, Annexe au Programme de qualité et d'efficience « Invalidité et dispositifs gérés par la CNSA – Handicap, dépendance », 78 p. Sur les indicateurs cités ici, se reporter aux pages 48 (enfants handicapés), 50 (adultes handicapés) et 56 (personnes âgées).

³³ Ce n'était pas le cas entre 2016 et 2017 : le rapport précédent faisait état d'écarts en hausse entre les régions.

Les cartes figurant en pages suivantes permettent de constater les différences départementales en termes d'équipements en établissements et en services.

Au sein de la région Grand Est, les départements des Ardennes et de la Haute-Marne apparaissent particulièrement bien équipés en ESMS en faveur des personnes handicapées (enfants et adultes). A l'opposé, le Bas-Rhin ainsi que la Marne font état d'un moindre équipement.

Le taux d'équipement en établissements et services en faveur des enfants montre une hausse modérée entre 2017 et 2019. A la même période pour l'ensemble des établissements pour adultes (à l'exception des ESAT), les taux varient légèrement à la hausse.

Taux d'équipement en faveur des personnes handicapées par département du Grand Est en 2019

	Taux d'équipement en établissements et services pour 1000 enfants	Taux en établissements et services pour 1000 adultes	
		Hors ESAT	Y compris ESAT
08 – Ardennes	17,2	3	8
10 – Aube	10,3	2,4	6,6
51 – Marne	10,0	2,5	6,7
52 – Haute-Marne	17,5	3,1	8,5
54 – Meurthe-et-Moselle	14,0	2,9	7,3
55 – Meuse	12,7	3,2	8,1
57 – Moselle	11,5	2,8	7,2
67 – Bas-Rhin	9,4	2,2	5,4
68 – Haut-Rhin	11,6	3,4	7,2
88 – Vosges	11,5	3,1	8,1
Grand Est	ND	ND	ND
France métropolitaine	9,9	2,6	6,2

Source : PLFSS 2020, Programme de qualité et d'efficacité « Invalidité et dispositifs gérés par la CNSA – Handicap, Dépendance ».

Le taux d'équipement en faveur des personnes âgées laisse apparaître une situation particulièrement favorable pour le département des Vosges. A l'inverse, cinq départements de la région Grand Est présentent un taux d'équipement inférieur à la moyenne nationale.

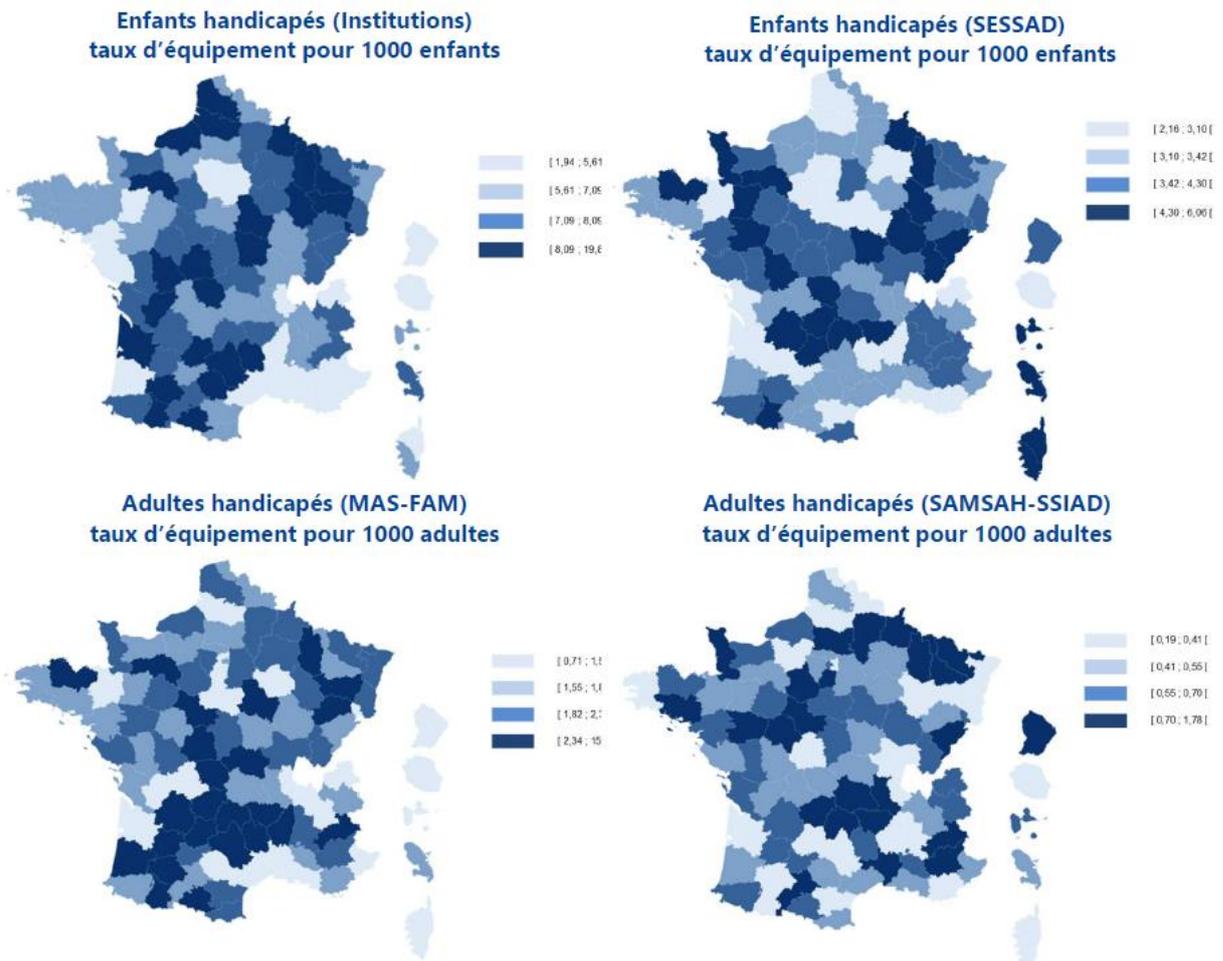
Le nombre plus important d'actes de soins infirmiers dans les départements du Haut-Rhin, du Bas-Rhin et de la Moselle permet de limiter la situation défavorable pour ces départements.

Taux d'équipement en faveur des personnes âgées par département du Grand Est en 2019

	Taux d'équipement en établissements et services pour 1000 personnes âgées de 75 ans et plus
08 – Ardennes	123,2
10 – Aube	144,7
51 – Marne	137,6
52 – Haute-Marne	128,8
54 – Meurthe-et-Moselle	124,8
55 – Meuse	149,5
57 – Moselle	113,7
67 – Bas-Rhin	119,5
68 – Haut-Rhin	126,7
88 – Vosges	160,7
Grand Est	ND
France métropolitaine	128,8

Source : PLFSS 2020, Programme de qualité et d'efficacité « Invalidité et dispositifs gérés par la CNSA – Handicap, Dépendance ».

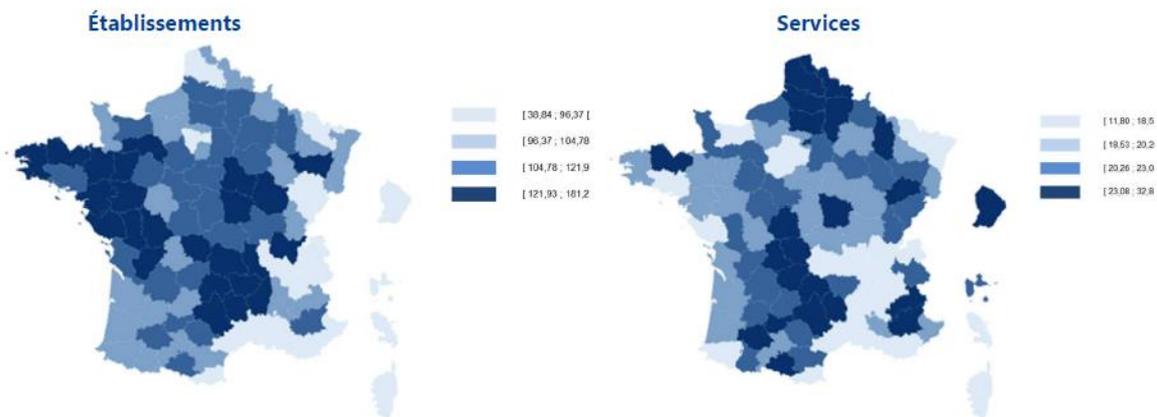
Cartes • Taux d'équipement en établissements et services médico-sociaux, par département, en 2018



Source : Finess, traitements CNSA, Insee.

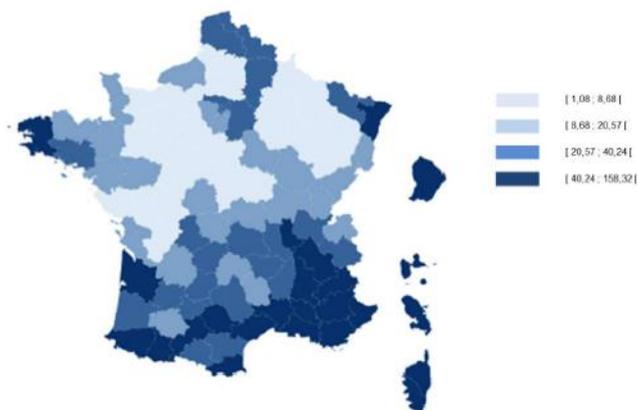
Source : PLFSS 2020, Programme de qualité et d'efficacité « Invalidité et dispositifs gérés par la CNSA – Handicap, Dépendance », p. 16.

Carte 1 • Taux d'équipement en établissement et services médico-sociaux pour 1000 habitants âgés de plus de 75 ans, par département en 2018



Source : Finess, traitements CNSA, Insee.

Carte 2 • Nombre d'actes infirmiers de soins (AIS) pour 1000 habitants âgés de plus de 75 ans par département en 2018



Source : Cnam, Insee.

Source : PLFSS 2020, Programme de qualité et d'efficacité « Invalidité et dispositifs gérés par la CNSA – Handicap, Dépendance », p. 19.

■ Nombre de logements ayant fait l'objet d'une évaluation sanitaire ayant conduit à une procédure d'insalubrité au titre du Code de la santé publique

Les sources de données actuellement mobilisées ne permettent pas de rendre compte de la situation. En effet, la disponibilité de ces données tient à la mise en œuvre d'une enquête nationale, avec la Dihal, dont la réalisation n'a pu être mise en œuvre en raison de la crise sanitaire en 2020.

Afin de tenir compte de l'importance du suivi des situations liées aux logements insalubres, sont ci-dessous reprises à titre illustratif les dernières données disponibles, présentées à l'occasion du rapport annuel 2017 (données 2017).

La procédure d'insalubrité est une mesure coercitive pour lutter contre l'habitat indigne (LHI) et ses effets sur la santé voire la sécurité des personnes. L'article L1331-26 du Code de la santé publique (CSP) définit un logement insalubre comme :

Article L1331-26, Modifié par Ordonnance n°2010-638 du 10 juin 2010 - art. 13

« un immeuble, bâti ou non, vacant ou non, attenant ou non à la voie publique, un groupe d'immeubles, un îlot ou un groupe d'îlots qui constitue, soit par lui-même, soit par les conditions dans lesquelles il est occupé ou exploité, un danger pour la santé des occupants ou des voisins »

Il est à noter que la définition de la salubrité des immeubles et des agglomérations a été modifiée par ordonnance n°2020-1144 du 16 septembre 2020, dont les dispositions entrent en vigueur le 1^{er} janvier 2021.

Les services de l'ARS Grand Est suivent à ce titre deux indicateurs à l'échelle départementale : (1) le nombre de procédures d'insalubrité ou de saturnisme et (2) le nombre de logements concernés par une procédure d'insalubrité ou de saturnisme au titre du Code de la santé publique. Ces indicateurs font habituellement l'objet d'un recueil dans le cadre de l'enquête nationale annuelle sur les actions engagées pour lutte contre l'habitat indigne (enquête coordonnée par la DIHAL).

Nombre de procédures d'insalubrité ou de saturnisme prises au titre du CSP par département du Grand Est, 2017

Les données 2017 dépassent le seul cadre de l'article L1331-26 du CSP et portent plus généralement sur les arrêtés pris au titre des procédures de la lutte contre l'habitat indigne (LHI) – insalubrité.

En 2017, 137 procédures ont frappé au moins autant de logements en Grand Est. Les départements les plus touchés en termes de logements frappés d'insalubrité au titre du CSP sont la Meurthe-et-Moselle (45 procédures) et le Bas-Rhin (33 procédures).

	Nombre de procédures d'insalubrité ou de saturnisme (avec SCHS*)
08- Ardennes	3
10- Aube	2
51- Marne	12
52- Haute-Marne	2
54- Meurthe-et-Moselle	45
55- Meuse	15
57- Moselle	7
67- Bas-Rhin	33
68- Haut-Rhin	17
88- Vosges	1
Grand Est	137

* SCHS : Service communal d'hygiène et de santé

Communes dotées d'un SCHS : Charleville-Mézières, Troyes, Épernay, Reims, Châlons-en-Champagne, Nancy, Lunéville, Metz, Strasbourg, Colmar, Mulhouse, St-Dié-des-Vosges.

Source : ARS Grand Est, Direction de la Promotion de la Santé, de la Prévention et de la Santé-Environnementale, Département Santé-Environnement, 2018.



Orientation 3 :

Conforter la représentation des usagers du système de santé

Objectif 14. Former les représentants des usagers siégeant dans les instances du système de santé

Depuis la loi n°2016-41 du 26 janvier 2016 de modernisation de notre système de santé, les représentants des usagers dans les instances hospitalières et de santé publique doivent suivre une formation de base dont le contenu répond à un cahier des charges fixé réglementairement

Parmi ses différentes missions, France Assos Santé intervient dans la formation obligatoire des représentants des usagers.

Les différentes associations de représentants des usagers assurent également à leurs membres des formations complémentaires à la formation obligatoire « RU en avant ! » ainsi qu'au catalogue de formations de France Assos Santé. *Ces démarches n'ont pas fait ici l'objet d'un recueil.*

L'offre de formation de France Assos Santé Grand Est est disponible :

- directement par mail pour les RU identifiés,
- sur le site internet de France Assos Santé, déclinant une page pour chaque région,
- par le biais des associations membres de France Assos Santé, l'ARS Grand Est ou les établissements de santé.

FRANCE ASSOS SANTÉ GRAND-EST a pour vocation d'être un lieu d'échanges, de confrontation et d'élaboration d'idées et d'actions en vue de contribuer à assurer efficacement en région Grand-Est :

- La défense des intérêts et des droits des usagers du système de santé ;
- Le suivi des politiques de santé afin de mettre en valeur l'évolution des besoins des personnes et revendiquer des changements ;
- La formulation de propositions de réforme et la publicisation des dysfonctionnements ;
- La vigilance sur l'accès aux soins, la promotion de la qualité et de la santé publique ;
- L'information du public sur les enjeux de santé ;
- La formation spécifique de ses membres, en particulier de ceux qui exercent des fonctions de représentants.

Source : Site internet de France Assos Santé, <http://www.france-assos-sante.org/grand-est?plus>

France Assos Santé accompagne les acteurs associatifs dans leurs missions de représentants des usagers en leur proposant :

- des formations en présentiel et e-learning,
- des rencontres consacrées à l'échange de pratiques,
- de la documentation axée sur leurs missions.

■ La formation en présentiel

L'offre de formation proposée répond à une logique de parcours tenant compte des profils, des besoins et des attentes des représentants des usagers. Ainsi, chaque antenne régionale adapte un programme en conséquence.

En 2019, France Assos Santé Grand Est a proposé 20 sessions de formation (dont 4 ont été annulées faute de participants et une a été reportée l'année suivante) qui ont réuni 163 participants.

Ces formations ont abordé 14 thématiques différentes.

En 2019, l'activité proposée n'a pas concerné que les représentants des usagers. En effet, elle a été ouverte, pour certaines formations, aux acteurs associatifs des associations adhérentes.

Récapitulatif des formations dispensées en 2019

	Sessions	Lieux
Des formations pour informer sur la représentation des usagers		
Et si, moi aussi, je devenais RU ?	3 (1 annulée)	Nancy, Châlons-en-Champagne et Strasbourg (annulée)
La formation obligatoire		
RU en Avant <i>Formation de base obligatoire (Loi n°2016-41 du 26 janvier 2016 de modernisation de notre système de santé)</i>	3 (1 annulée)	Reims, Strasbourg et Nancy (annulée)
La formation de base pour les RU et acteurs associatifs		
Défendre les droits des usagers	1	Châlons-en-Champagne
RU et le système de santé	1	Nancy
RU dans les territoires : les parcours des usagers	1	Strasbourg
Représenter les usagers en commission des usagers	2	Strasbourg et Nancy
Défendre et promouvoir l'accès aux soins*	1 (reportée début 2020)	Nancy
RU en Commission d'activité libérale*	1	Nancy
La formation pour aller plus loin dans son mandat de RU		
RU en Commission des Usagers	2	Nancy et Strasbourg
Analyser les plaintes et réclamations en CDU	1 (annulée)	Reims
RU et médiation en établissement de santé	1 (annulée)	Reims
Le RU et la sécurité du patient	1	Châlons-en-Champagne
Alimentation – Nutrition en établissement de santé*	1	Strasbourg
Le projet des usagers*	1	Nancy

Note de lecture : * (en vis-à-vis du titre de la formation) = nouveauté par rapport à 2018

Par ailleurs une journée d'étude-formation organisée autour de l'éducation thérapeutique du patient a accueilli 28 participants.

■ La formation E-learning

En complément des formations en présentiel et contenus déjà disponibles, France Assos Santé a créé des contenus en e-learning sur le thème « Connaître les droits des malades ».

■ Les groupes d'échanges de pratiques

Au cours de l'année 2019, 14 séances de groupes d'échanges ont permis à 108 RU de partager leurs expériences. Les lieux de ces échanges se font au plus près de leurs territoires d'intervention, à savoir au niveau des chefs-lieux de chaque département.

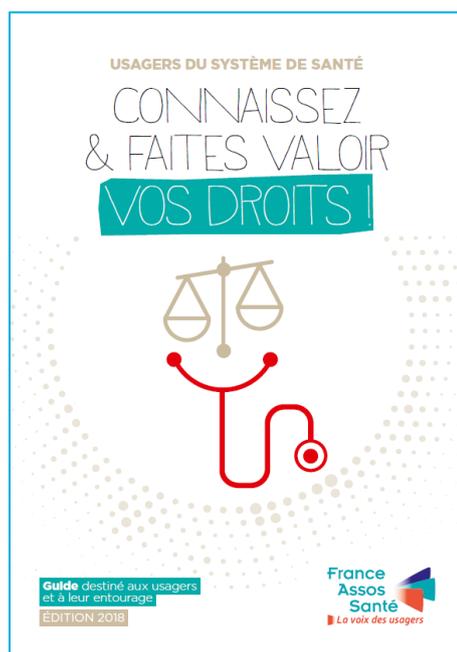
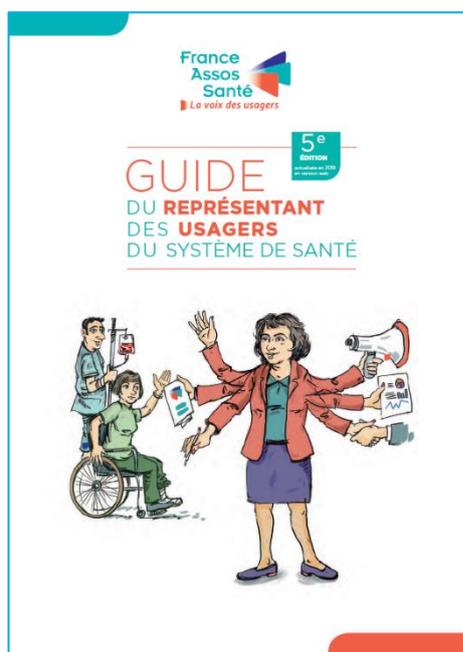
Ces rencontres ont pour objectif de créer un temps spécifique d'échanges entre RU autour de leur quotidien, de leurs questionnements, de leurs difficultés et de leurs réussites.

■ Les guides à destination des représentants des usagers

La documentation de France Assos Santé est mise à disposition des représentants des usagers. Au sein de celle-ci, des guides sont dédiés aux différentes missions des RU, à savoir au sein de la CDU, en commission de conciliation et d'indemnisation...

Notamment, un guide pour les usagers du système de santé « Connaissez et faites valoir vos droits ! » mis à jour en 2018 est toujours en accès libre sur le site de France Assos santé.

Par ailleurs, en 2019, France Assos Santé a procédé à l'actualisation de son guide à destination des représentants des usagers du système de santé.



Source :
France Assos Santé,
Guide : « Du
représentant des usagers
du système de santé »,
2019
et Guide « Connaissez &
faites valoir vos droits ! »,
février 2018.



Orientation 4 : Renforcer la démocratie sanitaire

Objectif 15. Garantir la participation des représentants des usagers et des autres acteurs du système de santé dans les CRSA et les conférences de territoire

■ Les instances de la CRSA

La CRSA Grand Est s'est réunie 3 fois en séance plénière au cours de l'année 2019. Le taux de participation globale de ses membres atteint 39 %.

Outre les assemblées plénières, les membres de la CRSA se sont réunis en plusieurs formations.

Réunions de la CRSA Grand Est (2019)

Instances	Nombre
CRSA plénière	3
CSOS	10
CSMS	3
CSP	4
CSDU	7

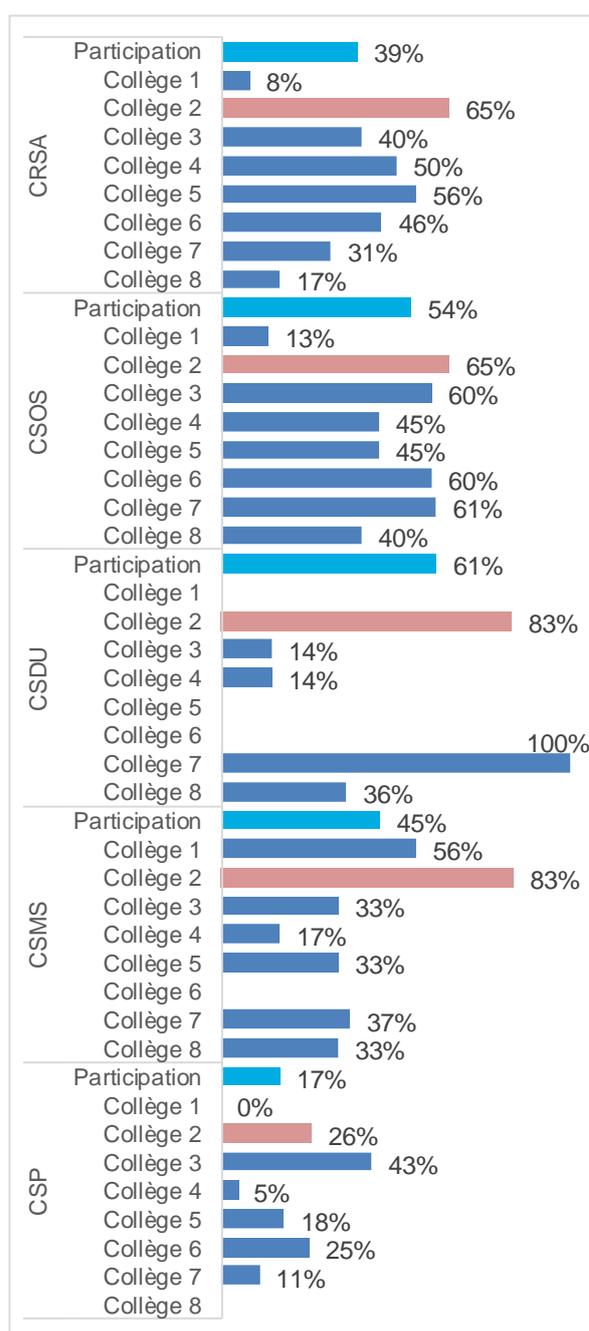
Source : CRSA Grand Est, Rapport d'activité 2019.

La Commission spécialisée dans le domaine des droits des usagers s'est réunie à 7 reprises en 2019, avec un taux de participation de ses membres de 61 %.

La participation des représentants des usagers est toujours plus importante que la participation générale à la CRSA comme au sein de chacune des commissions.

Légende

TOTAL	Participation totale
Collège 1	Collectivités Territoriales
Collège 2	Usagers services Santé ou médico-sociaux
Collège 3	Conseils territoriaux de santé
Collège 4	Partenaires Sociaux
Collège 5	Acteurs de la cohésion et protection sociales
Collège 6	Acteurs prévention et éducation pour la santé
Collège 7	Offreurs des services de Santé
Collège 8	Personnalités qualifiées



■ Les conseils territoriaux de santé (CTS)

Des conseils territoriaux de santé (CTS) sont présents sur chacun des 5 territoires de démocratie sanitaire de la région Grand Est. Ils ont comme objectif de favoriser l'appropriation par tous des politiques publiques grâce à l'animation des acteurs sur les territoires.

Les CTS sont pourvus dans leur fonctionnement d'une commission spécialisée en santé mentale, ainsi que d'une commission relative à l'expression des usagers.

Pour l'année 2019, le taux de participation globale des membres des différents CTS de la région Grand Est varie selon les CTS de 23 % à 44 %. Il est ainsi bien inférieur à ce qu'il était lors des années précédentes. En effet, lors de leur installation en 2017, les CTS présentaient un taux de participation globale variant entre 52 et 70 %.

En particulier, le taux de participation des représentants des usagers aux réunions de ces CTS est très inégal d'un CTS à l'autre : il atteint 60 % pour le CTS 3 et 70 % pour le CTS 2, au contraire des autres CTS qui affichent un taux variant de 30 % à 37 %.

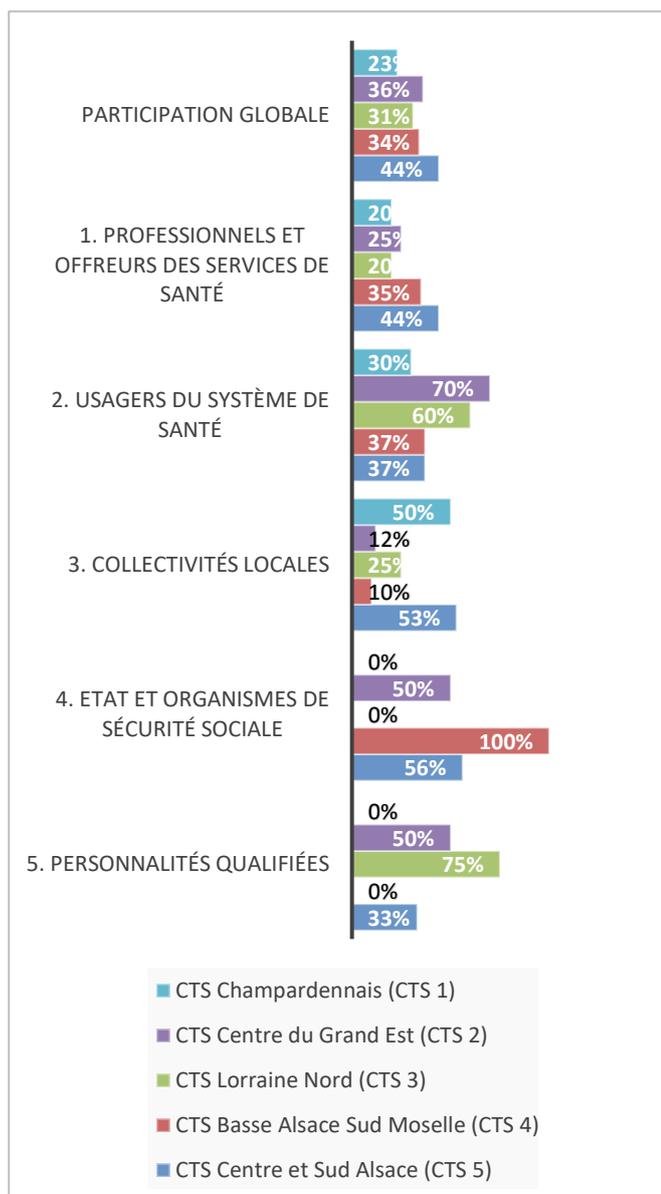
Lors des années précédentes, la participation du collège des usagers était toujours supérieure ou comparable à la participation globale des CTS. En 2019, tel n'est désormais plus systématiquement le cas.

Concernant les commissions spécialisées des CTS

Au cours de l'année 2019, chaque CTS a réuni sa commission spécialisée en santé mentale. Celle-ci s'est réunie à 4 reprises pour le CTS 5.

La Commission Territoriale des usagers s'est quant à elle réunie dans 3 des 5 CTS.

Réunions des CTS du Grand Est (2019)



Source : Secrétariat de la CRSA Grand Est, Activité 2019.

Avis et recommandations

Au vu des éléments contenus dans le présent rapport, la CRSA émet les observations et recommandations ci-dessous. Dans le cadre du suivi de la mise en œuvre de ces recommandations, elle entend indiquer qu'elle se montrera particulièrement vigilante à ce que les actions mises en place par les acteurs de santé n'excluent pas les usagers confrontés à une problématique de fracture numérique.

■ Objectif 2 : Rendre effectif le processus d'évaluation du respect des droits des usagers

Avis et recommandations (Rapport 2017)	Concernant le fonctionnement des CDU, la commission attire l'attention sur le nombre réglementaire de réunions à réaliser et le nombre de RU requis dans le dessein d'assurer le bon fonctionnement des CDU, dans des conditions favorables.
Avis et recommandations 2019	La CRSA demande à l'ARS Grand-Est de renforcer son contrôle sur la composition et le fonctionnement des CDU, et à profiter de la campagne de renouvellement des représentants d'usagers au sein des CDU à intervenir en début d'année 2020 pour organiser un système de désignation des représentants d'usagers pérenne.
	L'ARS Grand Est a réformé en fin 2019 la procédure de désignation des représentants des usagers dans les CDU des établissements sanitaires. Sur la base de cette procédure nouvelle, 3 campagnes à destination des associations agréées du système de santé ont été lancées en novembre 2019, juillet 2020 et février 2021. A ce jour, 81% des postes de RU des CDU du Grand Est sont pourvus. La CRSA invite l'ARS Grand Est à poursuivre son action en ce sens
Avis et recommandations (Rapport 2017)	<p>1ère recommandation</p> Dans le PRS et le rapport d'activité de la CRSA 2017, objectif stratégique numéro 4, figure « Fluidifier le parcours de santé en développant l'intégration et la coordination des acteurs, n'y aurait-il pas lieu d'explorer via un numéro d'appel unique grand public, sur les plaintes et réclamations, les difficultés survenues dans le parcours de soins, l'attente pour une place dans un établissement ». Sur cette proposition de la CSDU, il avait été répondu : « Une expérimentation pourrait être proposée sur un territoire. » Qu'en est-il de ce projet inscrit ?
Avis et recommandations 2019	La CRSA réitère son souhait de pouvoir disposer d'éléments d'information sur les besoins et les difficultés des usagers dans leur parcours de santé afin de pouvoir en rendre compte, ce d'autant plus avec les modifications impliquées dans les parcours par la loi n°2019-774 du 24 juillet 2019 relative à l'organisation et la transformation du système de santé. A cet effet, elle suggère que l'expérimentation d'un numéro d'appel unique puisse être organisée au niveau d'un CTS.
	Le recueil d'éléments d'information sur les besoins et les difficultés des usagers dans leurs parcours de santé est nécessaire dans le cadre de l'élaboration du Schéma Régional de Santé et du Programme Régional d'Accès à la Prévention et Aux Soins des personnes les plus démunies 2023-2028 de la Région Grand Est. Au-delà, la CRSA invite l'ARS Grand Est à ce que des travaux soient lancés sur l'identification d'une structure susceptible de prendre en charge les plaintes et réclamations des patients d'un territoire considéré ne relevant pas de la compétence des Commission des Usagers

Avis et recommandations (Rapport 2017)	<u>2^{ème} recommandation</u> Dans un souci de mieux suivre la mise en œuvre du respect des droits des usagers : <ul style="list-style-type: none"> • Réactualiser le questionnaire informatisé de recueil annuel de données des CDU. • Poursuivre en 2019 le questionnaire relatif au respect des droits des usagers dans le secteur médico-social.
Avis et recommandations 2019	La CRSA se félicite de la remontée d'informations des établissements de santé comme des établissements et services médico-sociaux, sur la base des questionnaires revisités par ses soins en fin d'année 2018 et fin d'année 2019. Ces retours confirment la mise en œuvre du respect des droits des usagers dans la majorité de ses dimensions et pour la majorité des établissements et services. Néanmoins, elle relève que l'observation par questionnaire – dont l'objet est de s'assurer du « respect des droits » –, devrait pouvoir s'accompagner d'un regard qualitatif permettant de comprendre comment les établissements remplissent l'objectif de « faire vivre » ces droits. En ce sens, elle demande que soit initié par la CSDU un nouveau travail de refonte des deux questionnaires supports de ces enquêtes.
	Un travail de refonte des questionnaires a été réalisé en 2019. La CRSA invite la CSDU à remodeler les questionnaires de recueil des données 2020 et 2021 afin d'évaluer les impacts de la crise sanitaire sur les droits des usagers dans ses prochains rapports annuels sur le respect des droits des usagers du système de santé
Avis et recommandations (Rapport 2017)	<u>3^{ème} recommandation</u> Prévoir un accompagnement des RU et des responsables qualité / qualitiens dans les établissements sanitaires et structures médico-sociales, avec la mise en place en 2019 de trois réunions (à l'échelle des ante-régions), co animées par l'ARS et la CSDU.
Avis et recommandations 2019	La CRSA Grand Est, avec le concours de l'ARS, du CREAI, de l'ORS et de France Assos Santé, a organisé sur le 2 ^e semestre 2019 dans chaque ante-région du Grand Est une rencontre des représentants des usagers siégeant au sein des Conseils de la Vie Sociale (CVS) et des Commissions Des Usagers (CDU). En suites de ces rencontres, la CRSA demande qu'à ce qu'un travail de synthèse et d'évaluation des conclusions des débats soit mené.
	Des fiches de bonnes pratiques des Conseils de la Vie Sociale (CVS) et des Commissions des Usagers (CDU) ont été finalisées. Leur diffusion a été assurée en fin d'année 2021 et début d'année 2022 en direction des directeurs des ES et ESMS de la Région Grand Est ainsi qu'aux Présidents des CDU et CVS de ces établissements
Avis et recommandations (Rapport 2017)	<u>4^{ème} recommandation</u> Réactualiser le guide des usagers du système de santé et du secteur médico-social.
Avis et recommandations 2019	« En 2018, près de 70 % des Français ne connaissent pas vraiment leurs droits individuels. » (Ministère de la Santé) Dans un souci de participer à l'information des usagers sur leurs droits, la CRSA confirme son souhait d'actualiser le guide réalisé précédemment en ante-région Lorraine. Ce projet devrait débuter courant 2020, en lien avec la CSDU.
	Le travail de réactualisation du guide a été réalisé en 2020 et 2021 par l'ORS Grand Est et la CSDU. Le guide sera diffusé en 2022 en version papier. Par ailleurs, une version électronique de ce guide sera consultable sur le site internet de l'ARS Grand Est

Avis et recommandations (Rapport 2017)	<p>5^{ème} recommandation Veiller à l'affichage obligatoire et à la mise à jour régulière des listes départementales des personnes qualifiées dans les structures médico-sociales.</p>
Avis et recommandations 2019	<p>La recommandation émise à l'occasion du précédent rapport sur la nécessité de veiller à l'affichage obligatoire des listes reste d'actualité, puisque dans 15 % des ESMS, la liste n'est pas mise à disposition des usagers. Il en est de même de la recommandation relative à la mise à jour de ces listes. A cette fin, la CRSA demande à l'ARS d'initier un travail de réactualisation de ces listes avec les Préfets et les Conseils Départementaux de la région Grand Est.</p>
	<p>La CRSA invite l'ARS Grand Est à reprendre contact avec les Préfectures et les Conseils Départementaux pour initier un travail de réactualisation des listes de personnes qualifiées. Dans l'attente de son aboutissement, la CRSA souhaite que la CSDU s'attache à éclaircir les raisons expliquant que 15 % des établissements médico-sociaux répondants à l'enquête ESMS indiquent toujours ne pas procéder à l'affichage obligatoire de cette liste.</p>

■ Objectif 5 :

Droit au respect de la dignité de la personne – Encourager les usagers à rédiger des directives anticipées relatives aux conditions de leur fin de vie

Avis et recommandations (Rapport 2017)	<p>Recommandation Concernant les directives anticipées : amélioration de l'information des usagers par le biais d'un document synthétique ainsi que leur rédaction.</p>
Avis et recommandations 2019	<p>Les éléments mis en évidence confirment l'intérêt d'inviter les usagers à se saisir de la problématique des directives anticipées et de la désignation d'une personne de confiance en amont de leur prise en charge dans les établissements et services sanitaires comme médico-sociaux. La CRSA, soutenue dans sa démarche par l'ARS, a sollicité l'Espace de réflexion éthique Grand Est (EREGE) afin d'organiser des temps de sensibilisation et d'accompagnement des usagers et médecins généralistes à la rédaction des directives anticipées dans chaque ante-région, avec pour calendrier prévisionnel le premier semestre 2020. Dans cette perspective, la CRSA appelle de ses vœux la diffusion d'un document synthétique sur les directives anticipées, à destination des usagers, comme des professionnels (dont il convient d'assurer également la formation sur ce point).</p>
	<p>Depuis 2019, trois rencontres sur le thème des directives anticipées se sont tenues dans les ante-régions du Grand Est, en collaboration avec l'EREGE. Le travail de valorisation de ces rencontres reste à mettre en œuvre. La CRSA appelle de ses vœux la poursuite de l'action de sensibilisation initiée sur cette thématique auprès des usagers et des professionnels en veillant en particulier à toucher le secteur ambulatoire.</p>

■ Objectif 7 :

Assurer la scolarisation des enfants handicapés en milieu ordinaire ou adapté

Avis et recommandations (Rapport 2017)	<p>1^{ère} recommandation Il est inadmissible, aujourd'hui encore, que des enfants soient déscolarisés par manque d'AVS.</p> <p>2^{ème} recommandation Dans un accompagnement en continu, présentation du dispositif Cap intégration (département de la Marne) et proposition de déploiement sur le Grand Est.</p> <p>3^{ème} recommandation Utilisation et généralisation de Via Trajectoire</p>
--	--

<p>Avis et recommandations 2019</p>	<p>La CRSA poursuit son engagement sur la question de l'accompagnement des enfants handicapés et leurs parents dans l'ensemble de leurs démarches. A cet effet, elle appelle toujours de ses vœux la généralisation de via trajectoire et invite les Conseils Départementaux à s'intéresser au dispositif Cap Intégration connu dans la Marne, pour réfléchir à son déploiement en région Grand-Est.</p> <p>Par ailleurs, la CRSA insiste sur la nécessité d'une meilleure compréhension du fonctionnement des différentes structures d'accompagnement et de prise en charge (CMPP, CAMSP...) et sollicite en ce sens l'ARS Grand Est pour disposer de bilans. Elle s'inquiète des difficultés financières et d'organisation des familles, confrontées à des listes d'attente dans ces établissements (impact en termes de transports, de frais de prise en charge, de coordination...).</p>
	<p>La CRSA note que des progrès sont constatés concernant la scolarisation des enfants handicapés en Région Grand Est. Elle indique cependant qu'elle restera vigilante sur le sujet et notamment sur la problématique de la compatibilité des places disponibles en établissements avec le profil des enfants en attente d'une solution de scolarisation.</p>

Objectif 8 :
Droits des personnes détenues. – Assurer la confidentialité des données médicales et l'accès des personnes à leur dossier médical

<p>Avis et recommandations (Rapport 2017)</p>	<p>Recommandation La CSDU continue d'attirer l'attention sur le manque de personnel dans les centres pénitentiaires et sur l'insuffisance de confidentialité des consultations et examens médicaux</p>
<p>Avis et recommandations 2019</p>	<p>Les constats et remontées d'information du terrain invitent à dépasser l'indicateur identifié par le cahier des charges national pour une meilleure appréhension du respect des droits des personnes détenues usagères du système de santé. Elle suggère dans cette perspective l'organisation d'une rencontre entre la CSDU et les services du Contrôleur Général des Lieux de Privation de Liberté</p>
	<p>L'accès aux soins des personnes détenues restant une problématique majeure, la CRSA invite l'ARS Grand Est à vérifier le niveau d'équipement en télé-médecine des unités sanitaires en milieu pénitentiaire ainsi que leur niveau d'utilisation.</p>

Objectif 9 :
Santé mentale. – Veiller au bon fonctionnement des commissions départementales de soins psychiatriques (CDSP)

<p>Avis et recommandations (Rapport 2017)</p>	<p>Recommandation Harmonisation du fonctionnement des CDSP.</p>
<p>Avis et recommandations 2019</p>	<p>La CRSA tient à rappeler les difficultés de fonctionnement persistantes connues par certaines CDSP de la région Grand Est (quorum). Elle demande en conséquence à l'ARS Grand Est de présenter à la CSDU leur bilan statistique, afin que soit initié un travail de réflexion sur la manière d'harmoniser leur fonctionnement. A ce sujet, la CRSA appelle par ailleurs à appeler à la vigilance quant aux répercussions de la réforme issue de la loi n°2019-222 de programmation 2018-2022 et de réforme pour la justice, ayant conduit à la suppression du poste de magistrat dans les commissions.</p>
	<p>La CRSA constate que les difficultés de fonctionnement des CDSP perdurent en région Grand Est et sollicite à nouveau l'ARS Grand Est pour qu'un bilan soit présenté à la CSDU à ce sujet.</p>

■ **Objectif 10 :**
Assurer l'accès aux professionnels de santé libéraux

Avis et recommandations (Rapport 2017)	Recommandation Nécessité de suivi et de mise à jour des sites internet des établissements. La commission rappelle que le répertoire Améli précise pour chaque professionnel de santé le type de conventionnement.
Avis et recommandations 2019	La vigilance de la CRSA sur la communication digitale des professionnels de santé s'inscrit dans la lignée du rapport du Conseil d'État de juin 2018 relatif aux « Règles applicables aux professionnels de santé en matière d'information et de publicité », et particulièrement sur les honoraires et coûts des prestations de soins. Au-delà, elle souhaite que l'attention des établissements de santé et médico-sociaux de la région Grand Est soit interpellée sur la nécessité de mettre à jour le contenu de leur site internet, notamment en matière de droits des usagers.
	La CRSA entend rester vigilante sur l'accès des populations au médecin traitant en Région Grand Est et souhaite dans cette perspective être régulièrement informée par l'ARS des actions qu'elle mène en la matière (augmentation des quotas de formation, plan d'attractivité mis en œuvre...) et des actions menées par les CPAM et les Complémentaires santé (information sur les tarifs de santé, taux de remboursements...).

■ **Objectif 14 :**
Former les représentants des usagers siégeant dans les instances du système de santé

Avis et recommandations (Rapport 2017)	Recommandation Créer des temps de rencontre et d'échange entre RU dans les secteurs sanitaires et médico-social. (Cf. Objectif n°2)
Avis et recommandations 2019	Cf. objectif 2. Il s'agira de s'appuyer sur les retours des journées organisées en 2019 pour réfléchir à la manière de les pérenniser.
	Afin de continuer à soutenir le dynamisme de la démocratie sanitaire en Région Grand Est, la CRSA appelle de ses vœux l'initiation par la CSDU d'une réflexion autour de la mise en place d'un plan d'accompagnement global des RU engagés dans les instances de santé publique et de démocratie sanitaire mêlant actions institutionnelles et soutien associatif.

■ **Objectif 15 :**
Garantir la participation des représentants d'usagers et des autres acteurs du système de santé dans les CRSA et les conférences de territoire

Avis et recommandations (Rapport 2017)	
Avis et recommandations 2019	Au cours de l'année 2018, la CSDU est allée à la rencontre des différents CTS pour présenter ses travaux. Ces échanges ont confirmé l'intérêt de chacun à la co-construction de projets. Les travaux pourraient commencer par une réflexion sur la manière d'associer les CTS à l'élaboration du rapport relatif au respect des droits des usagers du système de santé, ce conformément à l'article 14_1 des règlements intérieurs des CTS de la région Grand Est : « la commission territoriale des usagers prépare, notamment en lien avec la Commission Spécialisée Droits des Usagers de la Commission Régionale de Santé et d'Autonomie (CRSA), l'évaluation des conditions dans lesquelles sont appliqués et respectés les droits et la qualité de prise en charge des personnes malades, ainsi que celle des accompagnants et des usagers du système de santé. Elle formule des avis et des propositions que le CTS pourra notamment transmettre à la CRSA et à la Commission des usagers ».



La CRSA entend profiter du renouvellement des CTS dans le courant de l'année 2022 afin de donner une nouvelle impulsion à la construction de projets communs entre la CRSA et les CTS. A cet effet, elle invite la CSDU à se rapprocher des CTS nouvellement installés afin de leur présenter la nature de ses travaux et ainsi leur fournir dès le début de leur mandat les fondements de la mise en place d'une collaboration efficace au soutien de la défense des droits des usagers du système de santé.

Annexes

Liste des annexes

- État sur le recueil des données du cahier des charges
- Synthèse régionale 2019 des rapports des Commissions des Usagers des établissements sanitaires du Grand Est
- Glossaire

État sur le recueil des données du cahier des charges

OBJECTIFS		SECTEUR	INDICATEURS/DONNÉES A RECUEILLIR			STRUCTURES A CONTACTER	RAPPORT 2019	RAPPORT 2020
Objectif 1. Former les professionnels de la santé sur le respect des droits des usagers (personnels médicaux, paramédicaux, sociaux et administratifs)	Ambulatoire	Thèmes de formations suivis par les professionnels (douleur, fin de vie, fonctionnement des CRUQPC et des CVS, etc.) Couverture des formations : - par professions de santé ; - par couverture géographique Nombre de formations proposées et réalisées Nombre de personnes formées	URFS	Absence d'éléments	Absence de données			
	Sanitaire		ANFH	Données 2018	Données 2019/2020			
	Médoco-social		Fédérations d'établissements Associations professionnelles Organismes paritaires	Enquête ESMS; Données 2018	Enquête ESMS 2020 ; données 2019			
Objectif 2. Rendre effectif le processus d'évaluation du respect des droits des usagers	Ambulatoire	Existence d'un processus de traitement des réclamations et des plaintes permettant d'identifier leur nombre et leur évaluation Taux de réponse apportée aux réclamations et plaintes	URFS	Données 2018 (éléments partiels)	Données 2019			
	Sanitaire	Fonctionnement effectif des commissions des relations avec les usagers et de la qualité de la prise en charge (CRUQPC) : - proportion d'établissements disposant d'une CRUQPC ; - proportion des rapports des CRUQPC transmis à l'ARS et à la CRSA ; - nombre de réunions par an (médiane des nombres de réunions par établissement) ; - composition et qualité des membres de la CRUQPC ; - existence ou non de formations pour les membres (proportion d'établissements disposant d'une CRUQPC pour lesquels il existe une formation pour les membres) Proportion d'établissements ayant une cotation A, B, C, etc. dans les rapports de certification HAS (critère 9b V2010)	ARS	Données CDU 2018 Donnée agrégée V2014 (état 05/2019)	Enquête CDU 2020 ; données 2019 Certification HAS : état V2014 au 12/2020			
	Médoco-social	Fonctionnement effectif des conseils de vie sociale (CVS) : - proportion d'établissements disposant d'un CVS ; - proportion des rapports des CVS transmis à l'ARS et à la CRSA ; - nombre de réunions par an (médiane des nombres de réunions par établissement) ; - composition et qualité des membres des CVS ; - proportion d'établissements disposant de formations pour les membres des CVS ; - nombre de personnalités qualifiées désignées et nombre d'interventions réalisées	ARS	Enquête ESMS; Données 2018	Enquête ESMS 2020 ; données 2019			
Objectif 3. Droit au respect de la dignité de la personne. - Promouvoir la bientraitance	Ambulatoire	Nombre de plaintes et réclamations déposées pour maltraitance Taux de réponse apportée aux réclamations et plaintes	Conseil des ordres des professionnels de santé	Absence d'éléments	Absence de données			
	Sanitaire	Proportion d'établissements où un dispositif ou des procédures de promotion de la bientraitance existent Proportion d'établissements ayant une cotation A, B, C, etc. dans les rapports de certification HAS (référence 10 de la v2010)	ARS	Données CDU 2018 Donnée agrégée V2014 (état 05/2019)	Enquête CDU 2020 ; données 2019			
	Médoco-social	Proportion d'établissements où un dispositif ou des procédures de promotion de la bientraitance existent	ARS	Enquête ESMS; Données 2018	Enquête ESMS 2020 ; données 2019			
Objectif 4. Droit au respect de la dignité de la personne. - Prendre en charge la douleur	Ambulatoire	Nombre de formations à la prise en charge de la douleur (cf point 1)	URFS	Absence d'éléments	Absence de données			
	Sanitaire	Taux d'établissements où une structure d'étude et de traitement de la douleur chronique (SDO) existe Taux de satisfaction des usagers (questionnaire SAPHORA) Nombre d'établissements ayant une cotation A, B, C, etc. dans les rapports de certification HAS (critère 12a V2010)	ARS	Données CDU 2018 Donnée agrégée V2014 (état 05/2019)	Enquête CDU 2020 ; données 2019			
	Médoco-social	Pourcentage de conventions ayant un axe « douleur » dans la région parmi les conventions signées entre établissements et services médico-sociaux et établissements de santé	ARS	Enquête ESMS; Données 2018	Enquête ESMS 2020 ; données 2019			

OBJECTIFS	SECTEUR	INDICATEURS/DONNÉES A RECUEILLIR	STRUCTURES A CONTACTER	RAPPORT 2019	RAPPORT 2020
Orientation 2 : Renforcer et préserver l'accès à la santé pour tous					
Objectif 10. Assurer l'accès aux professionnels de santé libéraux		1. Pourcentage d'offre en tarifs opposables par spécialité (secteur 1 + secteur 2) et par territoire de santé 2. Part de la population vivant dans un bassin de vie dont la densité médicale de médecins généralistes est inférieure à 30 % de la moyenne nationale 3. Taux de satisfaction des usagers de la permanence des soins 4. (nouvelle donnée Guide CDC Janv. 2019) nombre de structures d'exercice collectif en milieu ambulatoire (maisons de santé, centres de santé)	ARS	1. Données 2018 2. Données 2016 (pas d'actualisation) 3. Indicateur obsolète (plus suivi) 4. Données 2019	1. Données 2020 2. Indicateur revu - Données 2016 + carte zonages + données 2019 3. Indicateur obsolète (plus suivi) 4. Données 2020
Objectif 11. Assurer financièrement l'accès aux soins		Nombre de plaintes et de réclamations pour refus de soins pour les personnes en CMU et AME	CPAM	Données 2018	Données 2019
Objectif 12. Assurer l'accès aux structures de prévention		1. Taux de participation au dépistage organisé du cancer colorectal chez les 50 à 74 ans 2. Taux de participation au dépistage organisé du cancer du sein pour les femmes de 50 à 74 ans 3. Taux de couverture vaccinale des enfants de 24 mois contre la rougeole, les oreillons et la rubéole 4. Prévalence de l'obésité et du surpoids parmi les enfants en grande section de maternelle	ARS	1. Données campagne 2017-2018 2. Données campagne 2017-2018 3. Données 2017 (bull. BSP, 04/2019) 4. Données DREES 2013 (pas d'actualisation)	1. Données campagne 2018-2019 2. Données campagne 2018-2019 3. Données 2019-2020 (année glissante) 4. Données DREES 2013 (pas d'actualisation)
Objectif 13. Réduire des inégalités d'accès à la prévention, aux soins et à la prise en charge médico-sociale sur tous les territoires		1. Nombre de contrats locaux de santé signés au titre l'art. L. 1434-17 du code de la santé publique sur des territoires prioritaires urbains (CUCS, ZEP) ou ruraux (SDS) 2. Ecart intrarégionaux d'équipements en établissements et services médico-sociaux mesurés à partir de la dépenses d'assurance maladie rapportée à la population cible (personnes handicapées de 0 à 59 ans et personnes âgées de 75 ans et plus) 3. Nombre de logements ayant fait l'objet d'une évaluation sanitaire ayant conduit à une procédure d'insalubrité au titre du code de la santé publique	ARS	1. Données 2018 2. Indicateur obsolète (plus suivi) > Taux d'équipement (2017) 3. Données 2018 en cours de recueil (enquête nationale)	1. Données 2019 2. Indicateur obsolète (plus suivi) > Taux d'équipement (2019) 3. Pas de données actualisées. Données 2017 disponibles
Orientation 3 : Conforter la représentation des usagers du système de santé					
Objectif 14. Former les représentants des usagers siégeant dans les instances du système de santé		Typologies de formations organisées pour les représentants des usagers (par rapport au cahier des charges proposé en janvier 2017) Nombre de formations réalisées Nombre de personnes formées/nombre de représentants issus d'associations agréées en santé (art. L. 1114-1 du code de la santé publique) Dispositif d'information sur ces formations	France Assos Santé Grand Est	Données 2018	Données 2019
Orientation 4 : Renforcer la démocratie sanitaire					
Objectif 15. Garantir la participation des représentants des usagers et des autres acteurs du système de santé dans les CRSA et les conférences de territoire		Taux de participation globale et par collège des membres de la CRSA et conférences de territoire Taux de participation des représentants des usagers dans les CRSA et les conférences de territoire	ARS	Données 2018	Données 2019

Glossaire

A

ACS

Aide au paiement d'une Complémentaire Santé

AESH

Accompagnant d'élève en situation de handicap

ALD

Affection de longue durée

AME

Aide Médicale de l'État

ANFH

Association nationale pour la formation permanente

APL

Accessibilité Potentielle Localisée

ARS

Agence Régionale de Santé

C

CAF

Caisse d'allocations familiales

CD

Centre de Détention

CDAPH

Commission des Droits et de l'Autonomie des Personnes Handicapées

CDSP

Commission Départementale de Soins Psychiatriques

CDU

Commission Des Usagers

CISS

Collectif Inter-associatif Sur la Santé

CLS

Contrat Local de Santé

CSL

Centre de Semi-Liberté

CME

Commission Médicale d'Établissement

CMPP

Centre médico-psycho-pédagogique

CMU[-c]

Couverture Médicale Universelle [complémentaire]

CNAM-TS

Caisse Nationale de l'Assurance Maladie des Travailleurs Salariés

CNS

Conférence Nationale de Santé

CNSA

Caisse Nationale de Solidarité pour l'Autonomie

CPA

Centre pour Peine Aménagée

CPAM

Caisse Primaire d'Assurance Maladie

CPOM

Contrat Pluriannuel d'Objectifs et de Moyens

CPTS

Communauté Professionnelle Territoriale de Santé

CRSA

Conférence régionale de la santé et de l'autonomie

CRUQPC

Commission des Relations avec les Usagers et de la Qualité de la Prise en Charge

CSDU

Commission Spécialisée dans le domaine des Droits des Usagers

CVS

Conseil de la vie sociale

CLS

Contrat Local de Santé

CSP

Code de la Santé Publique

CT

Conférence de Territoire

CTS

Conseil Territorial de Santé

D

DCGDR

Direction de la Coordination de la Gestion du Risque [Assurance Maladie]

DGS

Direction Générale de la Santé

DIHAL

Délégation Interministérielle à l'Hébergement et à l'Accès au Logement

DISP

Direction Interrégionale des Services Pénitentiaires

DRDJCSC

Directions Régionales de la Jeunesse, des Sports et de la Cohésion Sociale

DREES

Direction de la Recherche, des Études, de l'Évaluation et des Statistiques

DPC

Développement Professionnel Continu

DT

Délégation Territoriale

E

EHI

Enquête Habitat Indigne

EHPAD

Établissements d'Hébergement pour Personnes Âgées Dépendantes

ESMS

Établissements et service médico-sociaux

H

HAS

Haute Autorité en Santé

HPST

Hôpital Patients Santé et Territoires

I

IRDES

Institut de Recherche et Documentation en Économie de la Santé

INSEE

Institut National de la Statistique et des Études Économiques

G

GHT

Groupement Hospitalier de Territoire

H

HPST

Loi Hôpital, Patients, Santé et Territoires

J

JO

Journal Officiel

L

LFSS

Loi de financement de la Sécurité sociale

LHI

Lutte contre l'Habitat Indigne

M

MA

Maison d'Arrêt

MC

Maison Centrale

MCO

Médecine, Chirurgie et Obstétrique

MDPH

Maison Départementale des Personnes Handicapées

MSP

Maison de Santé Pluriprofessionnelle

N

NOTRe

Loi portant sur la Nouvelle Organisation Territoriale de la République

O

OMS

Organisation Mondiale de la Santé

ORS

Observatoire Régional de la Santé

P

PAPS

Portail d'accompagnement des professionnels de santé

PEJS

Pôle d'enseignement pour les jeunes sourds

PIAL

Pôles inclusifs d'accompagnement localisé

PMI

Protection Maternelle et Infantile

PPS

Projet Personnalisé de Scolarisation

PRS

Projet Régional de Santé

Q

QPV

Quartier Prioritaire de la politique de la Ville

R

ROR

Rougeole-Oreillons-Rubéole

RPPS

Répertoire Partagé des Professionnels de Santé

RU

Représentant des usagers

S

SDRE

Soins psychiatriques sur Décision du Représentant de l'État

SDJ

Soins sur Décision de Justice

SDDE

Soins sur Décision du Directeur d'Établissement

SNIR-AM

Système National d'Information Inter-Régimes de l'Assurance Maladie

SNDS

Système National des Données de Santé

SpF

Santé publique France

T

TDS

Territoires de Démocratie Sanitaire

U

ULIS

Unités Localisées pour l'Inclusion Scolaire

UNAASS

Union Nationale des Associations Agréées d'usagers du Système de Santé

URAASS

Union Régionale des Associations Agréées d'usagers du Système de Santé

URPS

Union Régionale des professionnels de santé

USMP

Unité Sanitaire en Milieu Pénitentiaire





Conférence Régionale
de la Santé
et de l'Autonomie

Rapport annuel relatif au respect des droits des usagers du système de santé

2020