Conférence Régionale
de la Santé
et de l'Autonomie

CRSA
Grand Est

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

2017

Rapport présenté en séance plénière de la CRSA
le 4 décembre 2018

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

Secrétariat de la CRSA Grand Est
Agence Régionale de Santé Grand Est - 3 boulevard Joffre - CS 80071 - 54036 NANCY CEDEX
E-mail : ars-grandest-crsa@ars.sante.fr / Tél. 03 88 88 93 16

Sommaire

SOMMAIRE 3

AVANT-PROPOS 5

ACTIVITE DE LA CRSA GRAND EST 7

Présentation générale 7
Activités 2017 8

ORIENTATION 1 :
PROMOUVOIR ET FAIRE RESPECTER LES DROITS DES USAGERS 11

Propos introductifs 11
Objectif 1. Former les professionnels de santé sur le respect des droits des usagers 16
Objectif 2. Rendre effectif le processus d'évaluation du respect des droits des usagers 20
Objectif 3. Droit au respect de la dignité de la personne – Promouvoir la bientraitance 34
Objectif 4. Droit au respect de la dignité de la personne – Prendre en charge la douleur 35
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 39
Objectif 6. Droit à l'information : permettre l'accès au dossier médical 41
Objectif 7. Assurer la scolarisation des enfants handicapés en milieu ordinaire ou adapté .. 45
Objectif 8. Droit des personnes détenues : assurer la confidentialité des données médicales et l'accès des personnes à leur dossier médical 48
Objectif 9. Santé mentale : veiller au bon fonctionnement des commissions départementales de soins psychiatriques (CDSP) 52

ORIENTATION 2 :
RENFORCER ET PRESERVER L'ACCES A LA SANTE POUR TOUS 55

Objectif 10. Assurer l'accès aux professionnels de santé libéraux 55
Objectif 11. Assurer financièrement l'accès aux soins 66
Objectif 12. Assurer l'accès aux structures de prévention 68
Objectif 13. Réduire les inégalités d'accès à la prévention, aux soins et à la prise en charge médico-sociale sur tous les territoires 79

ORIENTATION 3 :
CONFORTER LA REPRESENTATION DES USAGERS DU SYSTEME DE SANTE 89

Objectif 14. Former les représentants d'usagers siégeant dans les instances du système de santé 89

ORIENTATION 4 :
RENFORCER LA DEMOCRATIE SANITAIRE 95

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 95

AVIS ET RECOMMANDATIONS 99
Avis et recommandations 2017 99
Suivi des recommandations émises dans le rapport 2016 101
ANNEXES 105
Synthèse régionale 2016 des rapports annuels des Commissions des Usagers (CDU) des établissements de santé du Grand Est 105
Synthèse régionale 2017 des rapports annuels des Commissions des Usagers (CDU) des établissements de santé du Grand Est 105
Règlementation 105
Etat sur le recueil des données du cahier des charges 124
Glossaire 127

Avant-propos

La loi Hôpital Patients Santé et Territoires (HPST)[1] du 21 juillet 2009 portant réforme de l'hôpital et relative aux patients, à la santé et aux territoires confère aux conférences régionales de la santé et de l'autonomie (CRSA) la mission de procéder chaque année à *« l'évaluation des conditions dans lesquelles sont appliqués et respectés les droits des personnes malades et des usagers du système de santé, de l'égalité d'accès aux services de santé et de la qualité des prises en charge »* (article L. 1432-4 du code de la santé publique).

Le rapport spécifique de la CRSA sur les droits des usagers prévu à l'article D. 1432-42 du code de la santé publique est élaboré en fonction des orientations et objectifs fixés par l'arrêté du 5 avril 2012[2] portant cahier des charges relatif à l'élaboration du rapport de la conférence régionale de la santé et de l'autonomie sur les droits des usagers du système de santé. Initialement limité au champ sanitaire au travers de l'analyse des données recueillies dans les rapports des commissions des usagers (CDU), le rapport a été élargi après la publication de l'arrêté du 5 avril 2012 aux champs médico-social et ambulatoire.

Le présent rapport porte sur l'année 2017[3], et à défaut sur les dernières données disponibles. Il 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.

[1] Un glossaire reprend en annexe l'ensemble des acronymes utilisés dans le présent rapport.
[2] L'arrêté est repris en annexe.
[3] Selon la disponibilité de certains indicateurs, les dernières données disponibles sont présentées. L'information relative à l'année de production des données présentées est précisée de façon systématique.

Activité de la CRSA Grand Est

Présentation générale

La CRSA Grand Est, installée le 21 septembre 2016, s'organise autour d'une assemblée plénière d'une centaine de membres titulaires, d'une commission permanente (20 membres) et de quatre commissions spécialisées appelées à rendre des avis consultatifs en amont des décisions du Directeur Général de l'ARS :

- **Organisation des soins** (CSOS, 42 membres), président élu : Dr Vincent ROYAUX, collège offreurs des services de santé, Président du Conseil Régional de l'Ordre des Médecins,
- **Médico-sociale** (CSMS, 28 membres), président élu : Christian MINET, collège des représentants des usagers de services de santé ou médico-sociaux, Président de l'Association d'Aide aux Infirmes Moteurs Cérébraux du Nord et de l'Est,
- **Prévention** (CSP, 25 membres), présidente élue : Dr Jeanne MEYER, collège des acteurs de la prévention et de l'éducation pour la santé, Présidente de l'Ireps Lorraine (Instance régionale d'éducation et de promotion de la santé),
- **Droits des usagers** (CSDU, 10 membres), présidente élue : Danielle QUANTINET, collège des représentants des usagers de service de santé ou médico-sociaux, Présidente du Collectif Inter associatif sur la santé (CISS) Champagne-Ardenne.

Les huit collèges qui composent la CRSA sont les suivants :

- Collège 1 : Collectivités territoriales (19 titulaires),
- Collège 2 : Usagers de services de santé et médico-sociaux (19 titulaires),
- Collège 3 : Conférences de territoire (5 titulaires),
- Collège 4 : Partenaires sociaux (10 titulaires),
- Collège 5 : Acteurs de la cohésion et de la protection sociale (6 titulaires),
- Collège 6 : Acteurs de la prévention et de l'éducation pour la santé (10 titulaires),
- Collège 7 : Offreurs de services de santé (34 titulaires),
- Collège 8 : Personnalités qualifiées (2 titulaires).

Activités 2017

- Sur l'enveloppe globale 2017 déléguée par l'ARS Grand Est à la Conférence Régionale de la Santé et de l'Autonomie (CRSA), la commission permanente a lancé un appel à projets pour des actions de recueil de la parole des usagers ainsi que des actions favorisant la participation des citoyens à la démocratie sanitaire et à l'amélioration de leur santé (échéance de dépôt des dossiers le 15 avril 2017).
- La CRSA Grand Est a rendu un avis le 27 juin 2017 sur le cadre d'orientations stratégiques du plan régional de santé 2018/2027.

Appel à projets 2017

Sur 20 dossiers réceptionnés, **9 dossiers** ont été retenus pour un montant global accordé de **129 535 €**.

- Association ALLIANCE MALADIES RARES : Forum « Vivre avec une maladie rare en région Grand Est »
- Association ESPOIR 54 : Recueil et valorisation de la parole des usagers-citoyens en santé mentale
- LIGUE CONTRE DE LA CANCER DU HAUT-RHIN : 1er forum de la ligue intitulé « Le cancer dans le Haut-Rhin »
- GROUPEMENT D'ENTRAIDE MUTUEL « AUBE » STRASBOURG : Projet de radio web en santé mentale « Radio Barjot's »
- LYCÉE DES CORDELIERS À ARCIS-SUR-AUBE : Défilé de mode inter-âge en EHPAD
- AVSEA - Association Vosgienne pour la Sauvegarde de l'Enfance de l'Adolescences et des Adultes : Colloque « Art et autisme 2017 »
- CDCA 54 - Conseil Départemental de la Citoyenneté et de l'Autonomie de Meurthe-et-Moselle : Faire vivre le droit des usagers et la démocratie dans les EHPAD
- IREPS - Instance Régionale de l'Education et de la Promotion de la Santé de Lorraine : Contribution citoyenne au PRS 2 sur le Grand Est
- Association UN NOUVEAU MONDE / MAISON POUR TOUS - Centre social Arcis-sur-Aube : « Le café des âges »

ꕥ Label Droits des usagers de la santé 2017

Le label « Droits des usagers de la santé » a été initié dans le cadre du dispositif *« 2011, année des patients et de leurs droits »*. Il a pour objectifs de **valoriser les expériences exemplaires et les projets innovants en matière de promotion des droits des usagers** et de faire connaître les actions menées sur le terrain par les acteurs locaux.

L'octroi du label a été confié aux Agences Régionales de Santé (ARS) avec l'appui des commissions spécialisées « Droits des usagers » des Conférences Régionales de Santé et de l'Autonomie (CRSA), sur la base d'un cahier des charges national élaboré par le ministère. Le label est ouvert à **tous les acteurs du système de santé** qui souhaitent s'engager dans une action innovante autour de la **promotion des droits des usagers**, et aux **collectivités territoriales** qui développent, pour certaines, des projets expérimentaux au niveau de leurs territoires.

La finalité du label est de pouvoir partager les projets labellisés et lauréats du concours et d'en favoriser la reproductibilité afin d'améliorer le contexte général en matière de droits des usagers.

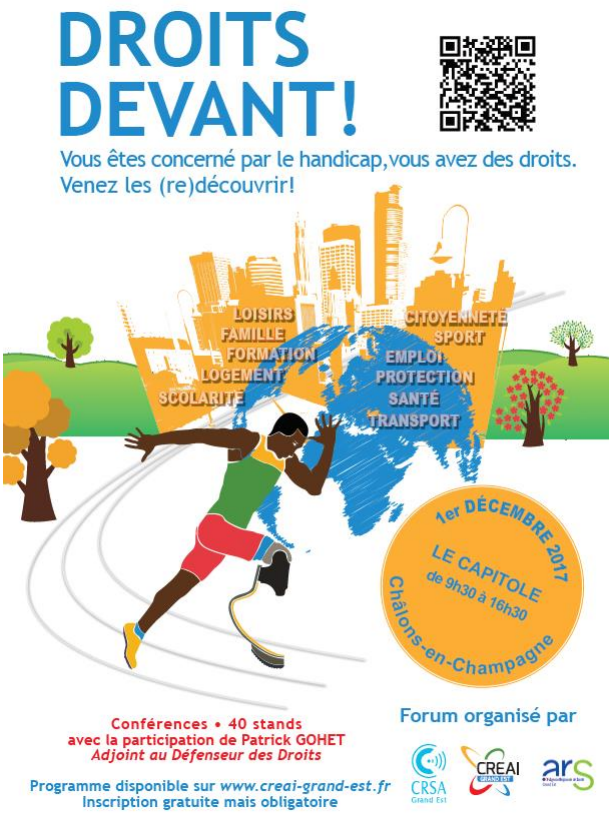
En Grand Est, sur les 22 projets réceptionnés dans le cadre du label 2017, 14 ont été labellisés et trois projets ont été primés[4].

- *« La dimension Esthétique du soin »* – Foyer Bernard Delforge – Marange – Silvange – 57
- *« Création d'un réseau de futurs professionnels de santé »* - IME La Sitelle Reims – 51
- *« Comptes rendus du Conseil de la vie sociale sous forme de journal vidéo »* - Association centre de rééducation motrice en Champagne – 51
- *« Accès personnalisé à la santé »* - UDAF de la Marne – 51
- *« Une communication facilitée avec les usagers sourds et malentendants »* - CHR Metz Thionville – 57 **** Projet primé à hauteur de 1 000 euros**
- *« Carte personne de confiance et directives anticipées »* - Centre Paul Strauss Strasbourg – 67
- *« La Roue tourne - Questions d'ado »* - CH Bélair, Maisons des adolescents 08, Charleville-Mézières – 08
- *« Les rencontres inter-MAS »* - CH Bélair, MAS Le Clos de la Fontaine, Charleville-Mézières – 08
- *« De la main vers l'oreille »* - Association hospitalière de Joeuf – 54
- *« Ensemble, professionnels, patients, soyons acteurs de la sécurité de ma PEC »* - CHU Reims – 51
- *« Sens'Anima pour les personnes déficientes intellectuelles vieillissantes »* - Institut Saint Joseph – 68
- *« Le comité régional des usagers »* - Association GEPSO – 57 **** Projet primé à hauteur de 1 000 euros**
- *« Des patients, acteurs au sein de programmes d'éducation thérapeutique »* - Nephrolor, CHRU Nancy – 54 ***** Projet primé à hauteur de 2 500 euros**
- *« Projet pour les aidants de l'accueil de jour : mise en place de groupes psychoéducatifs »* - Hôpital gériatrique Le Kem Thionville – 57

[4] ARS, Dossier de presse – Remise des prix du label Droits des Usagers de la Santé en Grand Est en 2017 – 23/05/2017, 7 p.

Forum « Droits devant ! »

Ce forum est dédié aux droits des personnes en situation de handicap, et plus particulièrement des personnes les plus dépendantes, bénéficiant à ce titre d'un accueil et/ou d'un accompagnement par un établissement ou un service médico- social.



Il vise à aborder les droits des personnes handicapées dans leurs différents niveaux de vie, afin de leur permettre de mieux les connaître et, in fine, de les faire valoir. Différents moyens y contribueront : des conférences d'experts, et des stands permettant d'apporter des informations concrètes et accessibles aux personnes sur leurs droits fondamentaux.

Cet évènement, d'abord et prioritairement destiné aux personnes en situation de handicap et à leurs aidants naturels (parents, conjoint, fratrie), est également ouvert aux associations d'usagers et aux aidants professionnels : accueillants familiaux, équipes pluridisciplinaires des établissements et services sociaux et médico- sociaux, ainsi qu'au grand public.

Le projet est pluriannuel : initié en Champagne-Ardenne en 2017, il a vocation à être reconduit lors des exercices ultérieurs dans les autres territoires du Grand Est.

Le 1er forum s'est tenu à Châlons-en-Champagne le 1er décembre 2017.

Réunissant plus de 600 personnes, ce forum était d'abord et prioritairement dédié aux personnes en situation de handicap et à leurs aidants naturels (parents, conjoint, fratrie), qui se sont fortement mobilisés.

« Droits devant ! » proposait à la fois une conférence de Patrick Gohet, adjoint au défenseur des Droits sur la convention internationale relative aux droits des personnes, une intervention de Karine Bréhaux sur l'aspect éthique de la mise en œuvre des droits des personnes en situation de handicap et près de 40 stands tenus par des acteurs locaux de la Région Grand-Est pour apporter des informations concrètes et accessibles sur les droits fondamentaux : scolarité, travail, retraite, santé, parentalité…

Cet évènement était également ouvert aux associations d'usagers et aux aidants professionnels : accueillants familiaux, équipes pluridisciplinaires des établissements et services sociaux et médico-sociaux, ainsi qu'au grand public.

Orientation 1 :
Promouvoir et faire respecter les droits des usagers

Propos introductifs

Précisions sur les informations relatives aux secteurs ambulatoire et médico-social

Le cahier des charges fixé par l'arrêté du 5 avril 2012 intègre l'analyse d'indicateurs portant sur les champs ambulatoire et médico-social. Le rapport 2016 faisait état, comme les rapports annuels des ante-régions Alsace, Lorraine et Champagne-Ardenne, de difficultés récurrentes dans l'accès aux données pour ces champs, difficultés liées à l'identification des contacts, comme à la disponibilité des données. Des actions ont été engagées par l'ARS pour la réalisation du rapport 2017, qui a mobilisé à la fois les services internes, mais aussi les partenaires et organismes concernés pour le recueil des données et leur interprétation.

- **Secteur ambulatoire**

Plusieurs contacts ont été pris auprès des conseils régionaux des ordres des professionnels de santé ainsi que des unions régionales des professionnels de santé (URPS). Les quelques retours obtenus à ce jour ne permettent pas de décrire les conditions de mise en œuvre du respect des droits des usagers dans le secteur ambulatoire à Grand Est.

- **Secteur médico-social**

L'ARS Grand Est a lancé une enquête relative au respect des droits des usagers auprès des établissements et services médico-sociaux dont elle a la compétence, permettant de recueillir les données nécessaires à la rédaction du présent rapport.

Le questionnaire était structuré en grandes thématiques :

I. La présentation de l'établissement / service
II. La représentation des usagers et le respect de leurs droits
III. La formation des professionnels de santé sur le respect des droits des usagers
IV. La prise en charge de la douleur
V. L'expression des usagers

Cette enquête a été lancée au cours du 2e trimestre 2018 : suite à un premier courrier électronique informant les structures gestionnaires de la réalisation de l'enquête, une invitation à renseigner un questionnaire en ligne (outil SOLEN) a été adressée par courrier électronique à près de 1 500 établissements.

À l'issue de la phase d'enquête, au cours de laquelle une relance a été effectuée, 711 réponses ont été enregistrées, soit un taux de participation proche de 50 %. Les réponses obtenues couvrent la diversité des catégories d'établissements et services médico-sociaux : 48 % des réponses émanent d'établissements / services d'accueil de personnes handicapées (26 % sont des services

enfants/adolescents et 21 % des services adultes), 39 % d'EHPAD/accueil de jour, 12 % de SSIAD et 2 % n'ont pas précisé la catégorie de l'établissement (11 réponses).

ꕥ Précisions sur les données du secteur sanitaire

Les indicateurs relatifs aux établissements de santé présentés dans cette orientation sont issus de deux sources principales :

- d'une part, la synthèse des rapports annuels des Commissions des usagers (CDU) de l'année 2016, ainsi que de l'année 2017,
- d'autre part, les rapports de certification de la Haute Autorité de Santé (HAS).

- **La synthèse des rapports des CDU[5]**

Références juridiques relatives aux Commissions des relations avec les usagers et de la qualité de la prise en charge (CRUQ-PC) / Commissions des usagers (CDU)

La loi du 4 mars 2002 a placé l'usager acteur de la prise en charge et acteur des décisions de Santé Publique en lui reconnaissant des droits individuels et collectifs tels que les droits :

- à la qualité de la prise en charge
- à la médiation interne
- à l'information et au consentement
- liés au contentieux
- à la dignité, le respect de la vie privée, l'anonymat
- à la participation au fonctionnement du système de santé, notamment la participation à la définition des politiques sanitaires et la représentation au sein des instances décisionnaires.

Le décret du 2 mars 2005[6] est venu compléter la loi et a permis la mise en application des dispositions relatives à la représentation des usagers, par la création, dans chaque établissement de santé public ou privé d'une commission des relations avec les usagers et de la qualité de la prise en charge.

La loi de modernisation du système de santé complétée par le décret n°2016-726 du 1er juin 2016[7] a institué la Commission des usagers (CDU) dans les établissements de santé. Cette dernière remplace la commission des relations avec les usagers et pour la qualité de la prise en charge (CRUQ-PC). Sa mise en place est obligatoire dans les établissements de santé publics, privés et privés d'intérêt collectif.

Au-delà du changement de dénomination, la loi renforce le rôle de cette commission. Ses attributions sont élargies et la place des représentants des usagers (RU) y est renforcée. La CDU sera notamment informée et consultée sur des questions de politique de qualité et de sécurité et sur l'organisation des parcours de soins.

Le décret n°2016-726 du 1er juin 2016 modifie également les modes de désignation du président et du vice-président. En revanche, la composition de l'instance n'a pas été modifiée par le décret du 1er juin 2016.

L'année 2016 a été une année de transition avec l'installation progressive de la Commissions des usagers au sein des établissements.

[5] Les éléments suivants sont directement repris des propos introductifs du document de synthèse.
[6] Voir le décret en annexe.
[7] Voir le décret en annexe.

Missions de la CDU

La CDU veille au respect des droits des usagers, facilite leurs démarches et contribue à l'amélioration de la prise en charge des malades.

Ainsi, l'ensemble des plaintes et réclamations adressées à l'établissement de santé par les usagers ou les proches, et les réponses qui y sont apportées par les responsables de l'établissement, y compris les rapports de médiation, doivent être mis à la disposition des membres de la commission, selon des modalités définies par le règlement intérieur de l'établissement.

À ce titre, la CDU examine les plaintes et réclamations qui ne présentent pas le caractère d'un recours gracieux ou juridictionnel.

Pour mémoire, le fonctionnement de la CDU et le respect des droits des usagers font partie des éléments analysés par la Haute Autorité de Santé (HAS) dans le cadre de la certification version 2014.

Le décret du 1er juin 2016 susvisé a attribué aux CDU les missions suivantes :

- La participation à l'élaboration de la politique d'accueil, de prise en charge, d'information et des droits des usagers, et est associée à l'organisation des parcours de soins ainsi qu'à la politique de qualité et de sécurité élaborée par la commission ou la conférence médicale d'établissement. Elle fait des propositions sur ces sujets et est informée des suites qui leur sont données.
- Le droit d'auto-saisine et de suite sur les sujets qualité et sécurité des soins traités par la CME.
- L'accès à la liste des événements indésirables graves survenus ainsi qu'aux actions correctives mises en place par l'établissement pour y remédier, dans le respect de l'anonymat des patients.
- Le recueil des observations des associations de bénévoles ayant signé une convention avec l'établissement.
- La possibilité de formaliser un projet des usagers qui exprime les attentes et propositions des usagers au regard de la politique d'accueil, de la qualité, de la sécurité de la prise en charge et du respect des droits des usagers.

Synthèse régionale des CDU

Pour l'élaboration du présent rapport, la CRSA s'appuie sur cette synthèse régionale. Le présent rapport comprend les données 2016 et 2017 de l'activité des CDU.

L'année 2016 a été une année particulière, la loi de modernisation du système de santé complétée par le décret n°2016-726 du 1er juin 2016 ayant institué la Commission des usagers (CDU) avec une installation progressive de celle-ci au sein des établissements.

Le recueil des données d'activité des années 2016 et 2017 a été identique aux trois ante-régions avec l'utilisation d'un questionnaire de recueil de données informatisé sous la forme d'un formulaire d'enquête que chaque établissement a dû remplir. La réponse à cette enquête valant remise du rapport d'activité de la CDU et se substituant à l'envoi du rapport au format papier.

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 et soumise pour avis à la Commission spécialisée dans le domaine des droits des usagers (CSDU) de la Conférence Régionale de Santé et de l'Autonomie (CRSA) Grand Est.

Elle a pour objet de dégager les grandes tendances issues de l'analyse des rapports communiqués par les établissements de santé. Elle constitue une base à partir de laquelle pourront être identifiées et initiées des pistes et actions d'amélioration.

La synthèse est structurée de la façon suivante :

VI. Identification des établissements de santé
VII. Installation et activité des CRUQPC/CDU
VIII. Gestion des plaintes et réclamations
IX. Satisfaction des patients
X. Droits et information du patient
XI. Politique liée à la qualité de la prise en charge
XII. Recommandations des CRUQPC/CDU

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

La certification est une procédure d'évaluation externe des établissements de santé publics et privés effectuée par des professionnels mandatés par la HAS. Cette procédure 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.

Les principes de la certification

Le cahier des charges du rapport sur les droits des usagers s'appuie sur les critères définis dans la **version V2010** de la certification HAS.

Items retenus pour évaluer le respect des droits des usagers (V2010) :
9b Satisfaction des usagers (objectif 2)
10a Prévention de la maltraitance et la promotion de la bientraitance (objectif 3)
12a Prise en charge de la douleur (objectif 4)
13a Prise en charge et droits des patients en fin de vie (objectif 5)
14b Accès des patients à leur dossier médical (objectif 6).

Les établissements de santé sont à présent engagés dans la procédure **V2014** de certification de la HAS. Dans cette nouvelle version, la HAS procède selon une analyse par thématiques et non plus par critères.

Pour chaque thématique évaluée, les experts visiteurs de la HAS effectuent une analyse globale de la thématique (processus) sous la forme d'un PDCA[8] (sous processus) : Prévoir, Faire, Évaluer, Mettre en œuvre. Une cotation par sous processus donne un score global à la thématique, exprimée de la manière suivante :

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

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
Toutes les informations sur cette thématique sont disponibles sur le site de la HAS.

→ https://www.has-sante.fr/portail/jcms/c_2743496/fr/5-droits-des-patients

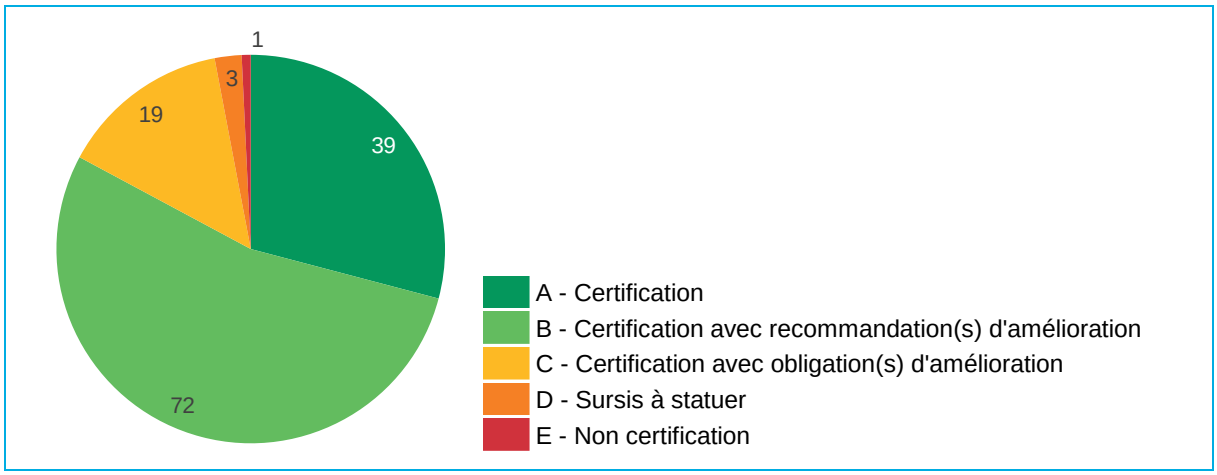
[8] PDCA : Acronyme établi à partir des termes anglais : « Plan – Do – Control – Act », traduit en français par « Prévoir – Faire – Evaluer – Mettre en œuvre », également connu sous le nom de Roue de Deming.

Les résultats de la certification V2014

La HAS publie régulièrement les résultats de la certification V2014, sous la forme d'un baromètre de la certification[9] ; les résultats du niveau de certification sont présentés aux niveaux national et régional. Les résultats régionaux relatifs à la thématique « Droits des usagers » ont été fournis par l'ARS Grand Est.

Deux-tiers des 199 établissements en Grand Est engagés dans la procédure V2014 ont à ce jour été évalués et ont reçu leur rapport de certification, soit 134 établissements.

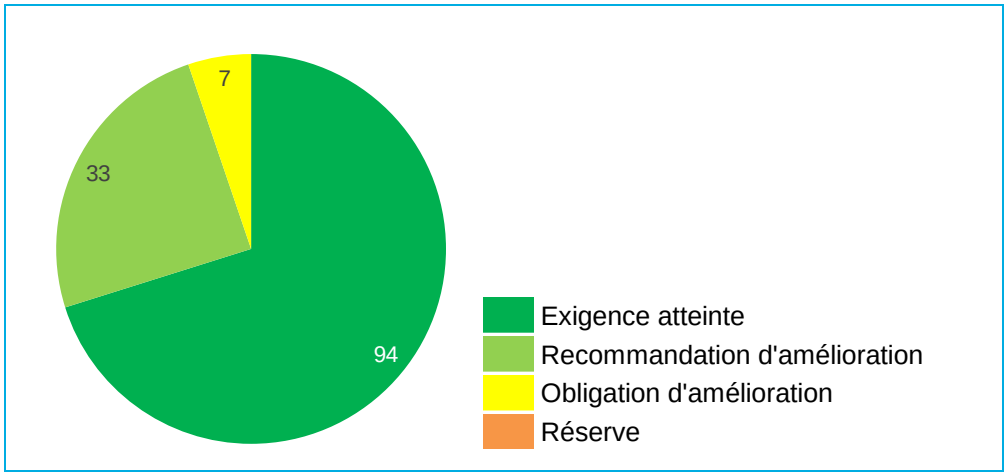
Répartition des établissements selon le résultat de certification V2014 (n=134)



Source : Certification HAS V2014, mai 2018. Exploitation : ARS Grand Est.

La thématique « Droits des usagers » est une thématique obligatoire de la certification. Les résultats portent donc sur les 134 établissements ayant reçu leur décision suite à la certification : 70 % d'entre eux ont répondu aux exigences sur cette thématique, 25 % ont eu une recommandation d'amélioration et 5 % une obligation d'amélioration (soit 7 établissements)[10].

Répartition des établissements selon le résultat de certification V2014 sur la thématique « Droits des usagers » (n=134)



Source : Certification HAS V2014, mai 2018. Exploitation : ARS Grand Est.

[9] Source : https://www.has-sante.fr/portail/jcms/c_2820321/fr/barometre-de-la-certification-v2014 [page consultée le 30/04/2018, dernière mise à jour le 15/01/2018]

[10] Pour comparaison au niveau national, la répartition des établissements est respectivement la suivante : 77 % ont reçu la mention « Exigence atteinte », 20 % « Recommandation d'amélioration », 3 % « Obligation d'amélioration » et 1 % « Réserve ».

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

Secteur ambulatoire

Les professionnels de santé sont tenus de suivre une formation continue tout au long de la vie, encadrée par un dispositif de « développement professionnel continu » (DPC).

La loi de modernisation de notre système de santé a fait évolué le dispositif de DPC (article 114 de la loi du 27 janvier 2016, complété d'un décret d'application). Chaque professionnel de santé doit justifier sur une période de trois ans, de son engagement dans une démarche de DPC comportant des actions de formation, d'analyse, évaluation et amélioration des pratiques et de gestion des risques.

L'agence nationale du DPC coordonne l'offre de DPC proposée aux professionnels de santé.

Un moteur de recherche intégré au site de l'agence nationale du DPC permet de rechercher des actions de formation. Une recherche par mot-clé a été effectuée, pour identifier les formations disponibles, quelle que soit la profession (ensemble des professionnels de santé sélectionné), en Grand Est. Aux mots clés « droits des usagers », « directives anticipées », « dossier médical », « croyances », « convictions »… ne sont associés aucun résultat de recherche, ceci s'expliquant par le fait que le DPC est un dispositif centré sur le soin. Le tableau ci-après recense néanmoins quelques exemples de formations proposées en Grand Est en 2017 ou 2018.

Exemples de formations interprofessionnelles proposées en Grand Est (2017, 2018)

Mot-clé	Titre de la formation (Organisme)
Douleur	« Douleur et cancer : Prise en charge et qualité de vie » (Kamedis Institut) « Modalités de prise en charge de la douleur » (Kamedis Institut) « Prise en charge de la douleur » (IFSI de Forbach) « Evaluation et prise en charge de la douleur chez la personne âgée » (Centre hospitalier départemental Bischwiller) « Evaluation et prise en charge de la douleur » (Groupe ESC Troyes, Pôle Santé)
Fin de vie	« Soins palliatifs : accompagner les patients en fin de vie » (Socoform) « Soins palliatifs et prise en charge des personnes en fin devie » (IFSI de Forbach) « Les soins palliatifs : une prise en charge pluridisplinaire » (AURAL) « Accompagner les personnes en deuil, faire face à son propre deuil » (AURAL) « Accompagnement de fin de vie et démarche palliative » (IFOSEP) « La démarche palliative en cancérologie » (Institut de cancérologie de Lorraine)
Bientraitance	« Inscrire la bientraitance dans ses pratiques professionnelles » (IRFSS CRFP CA) « Prévenir et gérer les risques de maltraitance » (Axe Promotion)
Risques	« Prévention des erreurs médicamenteuses » (IFSI de Forbach) « Prévenir et gérer les infections associées aux soins par l'application des précautions "standard" et complémentaires » (Université de Lorraine) « Prévention du risque infectieux associé aux soins » (AMMPPU)
Cancer	« Anticancéreux oraux à domicile. Prise en charge pluriprofessionnelle »

Source : Agence DPC, https://www.agencedpc.fr/formations-dpc [Recherche réalisée le 30/05/2018]

Secteur sanitaire

Parmi d'autres opérateurs, l'Association Nationale pour la Formation permanente du personnel Hospitalier (ANFH) propose annuellement un plan de formations régionales à l'attention des personnels hospitaliers. L'ANFH ayant conservé le périmètre des ante-régions (Champagne-Ardenne, en Lorraine et en Alsace), les trois organismes ont été sollicités pour obtenir les données présentées ci-dessous.

Les trois organismes ont recensé 42 formations proposées en 2017 relevant de la thématique des droits des usagers, auxquelles ont participé 527 personnes.

Nombre de participants et de formations des ANFH régionales en Grand Est en 2017

	Formations	Participants
ANFH Champagne-Ardenne	9	99
ANFH Lorraine	20	260
ANFH Alsace	13	168
	42	**527**

Sources : ANFH Champagne-Ardenne, AFNH Lorraine, ANFH Alsace, Bilans d'activité 2017.

En Grand Est, les antennes de l'ANFH ont organisé des formations relatives à la bientraitance, la prise en charge de la douleur, la prise en charge des patients en fin de vie ainsi que les droits et obligations des patients et leur famille. L'ANFH Alsace précise qu'aucune formation relative à la prise en charge de la douleur n'a été proposée en 2017, mais que cette thématique a déjà fait l'objet de formations les années précédentes.

En outre, des formations relevant de la relation soignant-soignés et des formations spécifiques aux problématiques des patients pris en charge sont proposées, telles que :

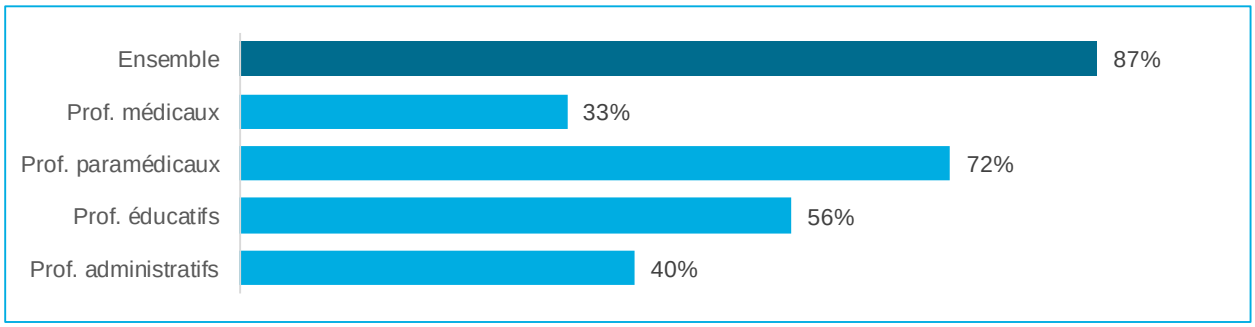
- Sensibilisation à l'accueil du public migrant,
- Elaboration et suivi du projet personnalisé en ESMS,
- Prise en charge de la personne vieillissante présentant des troubles du comportement,
- L'adolescent : le comprendre pour mieux le prendre en charge,
- Prise en charge extra hospitalière de patients nécessitant un suivi psychiatrique…

Secteur médico-social

Il a été demandé aux répondants de l'enquête ESMS[11] de préciser la proportion de professionnels de chaque catégorie (médicale, paramédicale, éducative et administrative) ayant suivi une formation relative au respect des droits des usagers au cours des trois dernières années.

Près de neuf établissements sur dix déclarent que des professionnels de la structure ont suivi une formation relative au respect des droits des usagers. Les personnels paramédicaux sont la catégorie de personnels ayant le plus souvent suivi une formation (72 %).

Proportion d'établissements et services médico-sociaux au sein desquels les personnels ont suivi une formation relative au respect des droits des usagers



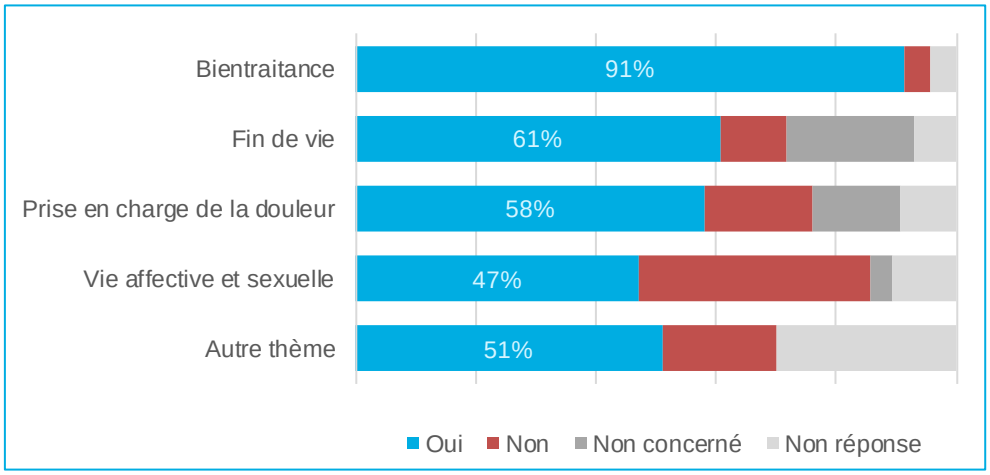
Source : ARS Grand Est, « Enquête sur le respect des droits des usagers du secteur médico-social (Année 2017) ». Exploitation : ORS Grand Est.

Il a en outre été demandé de préciser dans quelles proportions chaque catégorie de professionnels était concernée par ces formations (information précisée dans environ 80 % des cas).

Ainsi, dans les établissements pour lesquels les professionnels médicaux ont participé à une formation, celle-ci a concerné en moyenne 80 % d'entre eux (respectivement 66 % pour les professionnels paramédicaux, 70 % des professionnels éducatifs et 57 % des administratifs).

Dans les établissements déclarant que leur personnel a été formé (n=620), le thème de formation le plus souvent abordé est celui de la bientraitance (91 % des établissements).

Thématiques de formation abordées pour les professionnels formés (n=620 établissements)



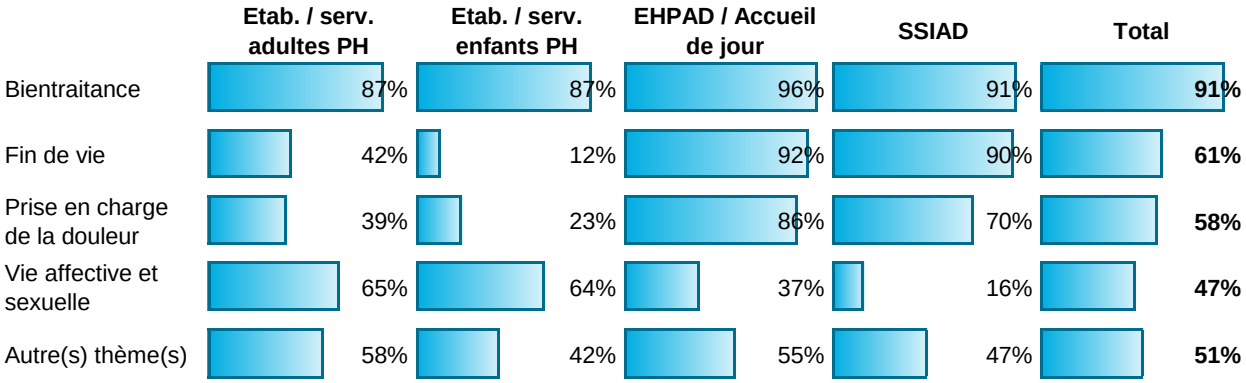
Source : ARS Grand Est, « Enquête sur le respect des droits des usagers du secteur médico-social (Année 2017) ». Exploitation : ORS Grand Est.

[11] Voir propos introductifs de l'orientation.

La thématique de la bientraitance est abordée dans tous les établissements et services médico-sociaux (entre 87 % et 96 %), quel que soit le public accueilli.

Les autres sujets sont différemment abordés selon la catégorie d'établissement. Ainsi, les établissements prenant en charge des personnes âgées traitent largement de la fin de vie (90 % pour les SSIAD et 92 % pour les EHPAD) ainsi que de la prise en charge de la douleur (70 % pour les SSIAD et 86 % pour les EHPAD). La thématique de la vie affective et sexuelle est abordée en formation auprès des professionnels de près de deux tiers des établissements et services pour personnes handicapées.

Thématiques de formation abordées pour les professionnels formés (n=620 établissements)



Source : ARS Grand Est, « Enquête sur le respect des droits des usagers du secteur médico-social (Année 2017) ». Exploitation : ORS Grand Est.

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

Secteur ambulatoire

Les quelques retours des conseils de l'ordre des différentes professions de santé, organisés à l'échelle des départements, ne permet pas de décrire les processus de traitement des réclamations et des plaintes relevant du champ ambulatoire.

Secteur sanitaire

Les 194 CRUQPC/CDU des établissements de santé de la région ont remis leur rapport d'activité annuel portant sur l'année 2016.

Sur l'ensemble des établissements de santé, 83 % ont installé la CDU. A l'issue de l'année 2017, quatre établissements, soit 2 % des répondants, n'ont pas installé la CDU. Les raisons invoquées portent sur le changement de direction de l'établissement, la non désignation des RU ou la démission de médiateur médical non remplacé. Pour deux situations, il est précisé que l'ARS est informée et accompagne les établissements. Dans l'attente, un établissement a conservé la CRUQPC.

Les éléments présentés ci-après portent sur la composition des CRUQ-PC et CDU, le nombre de réunions réalisées dans l'année ainsi que les formations dispensées aux membres de la commission.

- **Composition**

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 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 l'hospitalisation. 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 »

Presque toutes les CDU disposent de postes de médiation pourvus (98 % de médiation médicale, 96 % de médiation non médicale), dans une moindre mesure pour les postes de représentants des usagers (98 % ont un représentant titulaire, 90 % ont deux représentants).

Proportion de postes de médiation et de représentants des usagers pourvus au sein des commissions installées

	Année 2016		Année 2017
	CRUQPC (n=194)	CDU (n=161)	CDU (n=188)
Médiateur médical titulaire	97%	98%	99%
Médiateur médical suppléant	79%	81%	80%
Médiateur non médical titulaire	97%	96%	99%
Médiateur non médical suppléant	81%	83%	85%
Représentant des usagers titulaire (RU1)	96%	98%	99%
Représentant des usagers suppléant (RU1)	74%	78%	87%
Représentant des usagers titulaire (RU2)	87%	90%	91%
Représentant des usagers suppléant (RU2)	61%	63%	71%

Note de lecture : Les données sont disponibles en 2016 pour l'ensemble des CRUQPC (n=194) et les CDU installées (n=161), en 2017 pour les CDU installées (n=188).
Source : ARS Grand Est, Synthèses régionales des rapports CRUQPC/CDU, années 2016 et 2017.

S'agissant des 161 CDU installées en 2016, la présidence et la vice-présidence sont majoritairement assurées par le représentant légal de l'établissement. Un quart d'entre elles compte un représentant des usagers comme Président (21 CDU) ou comme Vice-Président (19 CDU).

En 2017, le Président est issu du collège des Représentants des usagers pour 13 % des CDU et le Vice-Président pour 55 % d'entre elles.

Qualité des Présidents et Vice-Président des CDU (n=161)

	Année 2016 (n=161)		Année 2017 (n=188)	
	Président (n=158)	Vice-Président (n=127)	Président (n=187)	Vice-Président (n=164)
Représentant légal ou personne désignée	72%	72%	74%	20%
Représentant des usagers	13%	15%	13%	55%
Médiateur médical	5%	6%	6%	15%
Médiateur non médical	3%	2%	5%	7%
Non réponse	*7%*	*5%*	*1%*	*2%*
Total	100%	100%	100%	100%

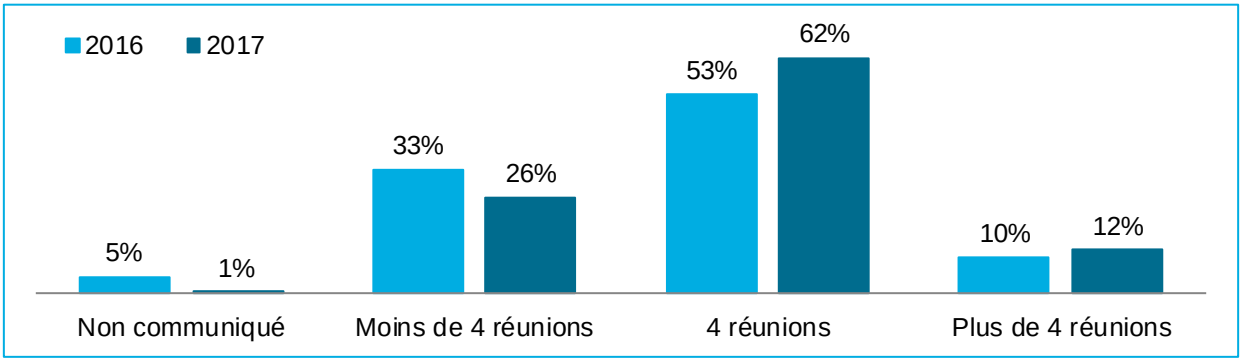
Note de lecture : Les données sont présentées pour les CDU installées. Le nombre de CDU ayant procédé à la nomination du président et du vice-président est également précisé.
Source : ARS Grand Est, Synthèses régionales des rapports CRUQPC/CDU, années 2016 et 2017.

- **Réunions**

> **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 (…). »

En réunissant la commission 4 fois dans l'année au moins, 63 % des établissements de santé ont respecté la réglementation en 2016 (proportion comparable à l'activité 2015) et 74 % en 2017.

Répartition selon le nombre de réunions de la commission en 2016

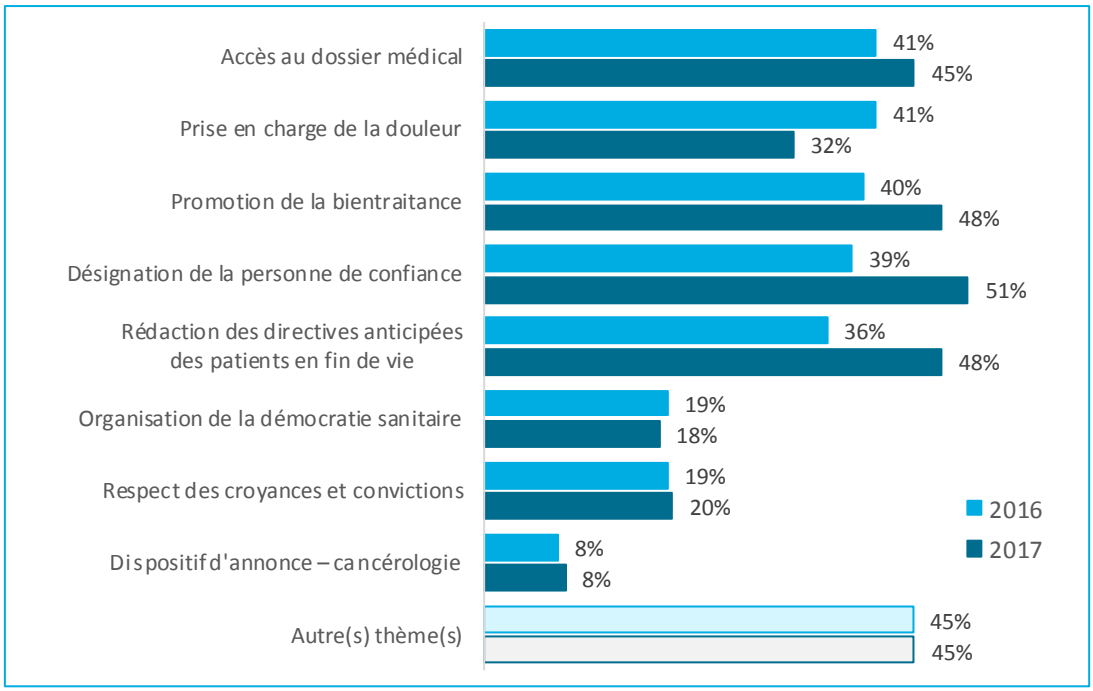


Source : ARS Grand Est, Synthèse régionale des rapports CRUQPC/CDU, années 2016 (n=194) et 2017 (n=194).

- **Formation des membres**

Quatre établissements de santé sur dix déclarent avoir dispensé des formations ou sensibilisations aux représentants des usagers de la CRUQPC/CDU (respectivement 40 % en 2016 et 38 % en 2017).

Thèmes de formation(s) ou sensibilisation(s) dispensées aux représentants des usagers



Note de lecture : Parmi les établissements ayant dispensé des formations aux représentants des usagers, 41 % déclarent une formation relative à l'accès au dossier médical en 2016 et 45 % en 2017. Plusieurs réponses possibles par établissement.
Source : ARS Grand Est, Synthèse régionale des rapports CRUQPC/CDU, années 2016 et 2017.

En 2016, les trois thèmes les plus souvent abordés en formations ou sensibilisations des représentants des usagers sont : l'accès au dossier médical (41 % des établissements ayant précisé les thèmes abordés), la prise en charge de la douleur (41 %) et la promotion de la bientraitance (40 %). Au cours de l'année 2017, les formations dispensées ont d'abord porté sur la désignation de la personne de confiance (51 %), la rédaction des directives anticipées (48 %) et la promotion de la bientraitance (48 %).

Par ailleurs, 46 % des établissements déclarent que les représentants des usagers siégeant au sein de la CDU ont participé à une formation relative aux droits des usagers en 2016. C'est le cas de 60 % des CDU en 2017.

En 2017, 47 % des CDU déclarent que leurs RU ont bénéficié de la formation « RU en avant ! » (voir également plus loin, objectif 14), obligatoire pour les représentants des usagers nouvellement installés (dans 75 % des cas, l'ensemble des nouveaux RU de la commission ont bénéficié de la formation). 3 % n'ont pas répondu à cette question et 50 % répondent par la négative.

Parmi ces derniers, 45 ne sont pas concernées par la formation (soit 24 % des CDU), leurs RU étant anciennement désignés ou ont bénéficié de formations via leur association, 39 (soit 21 % des CDU) déclarent des indisponibilités des RU aux dates de formation proposées ou de formations programmées en 2018 et 10 CDU ne précisent pas de motif de non-participation.

Répartition des CDU installées selon la participation des RU à la formation de base obligatoire

Formation obligatoire		**Effectif**	**%**
Participation		88	47%
Non participation		94	50%
motif :	*Représentants non concernés*	*45*	*24%*
	Indisponibilités ou formation à venir	*39*	*21%*
	Non précisé	*10*	*5%*
Non réponse		6	3%
Total		**188**	**100%**

Source : ARS Grand Est, Synthèse régionale des rapports CRUQPC/CDU, année 2017.

- **Récapitulatif du fonctionnement des CDU en 21017**

Afin de rendre compte du fonctionnement effectif des CDU en 2017, le tableau ci-après reprend, pour chacun des établissements de santé, les données 2017 relatives : (1) au nombre de titulaires et de suppléants (RU) ; (2) au nombre de réunions de la CDU (séances plénières) ; (3) au nombre de réclamations écrites reçues[12] ; (4) au nombre de recommandations formulées[13].

Nombre de… (activité 2017) / Raison sociale	Représentants d'usagers (titulaires et suppléants)	Réunions de la CDU (séances plénières)	Réclamations écrites reçues	Recommandations formulées par la CDU
08 - CENTRE HOSPITALIER DE SEDAN	3	4	79	-
08 - CH BELAIR	3	4	21	3
08 - CH CHARLEVILLE MEZIERES	3	4	78	2
08 - CLINIQUE DE LA POINTE	2	4	4	5
08 - CLINIQUE DE LA POINTE	4	5	7	-
08 - CLINQUE DU PARC	3	4	6	8
08 - CRF POUR ADULTES	4	4	5	4
08 - CRF POUR ENFANTS	4	4	1	3
08 - GCS TERRIT ARDEN NORD SITE CH SEDAN ET CHARLEVILLE	4	4	21	-
08 - GROUPE HOSPITALIER SUD ARDENNES	4	3	25	2
08 - HOPITAL LOCAL FUMAY	4			-
08 - HOPITAL LOCAL NOUZONVILLE	4	4	-	-
08 - MRC SAINT JULIEN	4	4	2	4
10 - CENTRE DE REEDUCATION FONCTIONNELLE INSTITUT ASCLEPIADE	2	4	-	3
10 - CENTRE HOSPITALIER DE TROYES	4	6	74	1
10 - CH DE BRIENNE LE CHATEAU	4	3	24	2
10 - CLINIQUE DE CHAMPAGNE - TROYES	4	4	14	1
10 - CLINIQUE PAYS DE SEINE	3	3	5	5
10 - GCS PLAT AVAL TERR CHAMP SUD CRF PAST	4	4	4	4
10 - GROUPEMENT HOSPITALIER AUBE MARNE (GHAM)	4	4	28	3
10 - HOPITAL LOCAL BAR S/SEINE	2	5	2	2
10 - HOPITAL LOCAL BAR SUR AUBE	4	4	4	1
10 - POLYCL MONTIER LA CELLE	4	4	8	-
51 - CH AUBAN MOET A EPERNAY	4	4	26	3
51 - CH CHALONS EN CHAMPAGNE	4	3	125	5
51 - CH DE SAINTE MENEHOULD	2	3	3	9
51 - CH VITRY LE FRANCOIS	2	4	22	7
51 - CHR DE REIMS	4	18	116	5
51 - CLINIQUE D'EPERNAY	4	4	91	17
51 - CLINIQUE JEAN D'ORBAIS	4	4	2	2
51 - CLINIQUE TERRE DE FRANCE	4	3	11	7
51 - EPSDM CHALONS	4	4	27	-
51 - FOYER L'AMITIE	3	2	-	2
51 - GCS DER ET PERTHOIS	2	4	-	-
51 - HAD CHALONS-EN-CHAMPAGNE	3	5	2	3
51 - HOPITAL LOCAL DE FISMES	4	4	21	1
51 - HOPITAL LOCAL MONTMIRAIL	4	4	3	3
51 - HOSPITALISATION A DOMICILE REIMS	3	4	1	2

[12] Pour plus de détails sur cet indicateur, se reporter à l'objectif 6 : « Droit à l'information : Permettre l'accès au dossier médical ».
[13] Pour plus de détails, se reporter à la synthèse des CDU 2017, document annexe au présent rapport.

Raison sociale / Nombre de… (activité 2017)	Représentants d'usagers (titulaires et suppléants)	Réunions de la CDU (séances plénières)	Réclamations écrites reçues	Recommandations formulées par la CDU
51 - INSTITUT JEAN GODINOT	4	4	16	3
51 - MAISON DE SANTE - MERFY	4	4	64	-
51 - MRC SAINTE MARTHE	3	3	4	10
51 - POLYCLINIQUE COURLANCY - REIMS	4	4	120	3
51 - POLYCLINIQUE LES BLEUETS - REIMS	4	3	55	3
51 - POLYCLINIQUE PRIOLLET - CHALONS	4	3	28	4
51 - POLYCLINIQUE SAINT-ANDRE	4	3	61	
52 - CENTRE HOSPITALIER DE CHAUMONT	4	3	58	-
52 - CENTRE HOSPITALIER DE LANGRES	4	4	46	1
52 - CENTRE HOSPITALIER DE ST DIZIER	4	3	14	8
52 - CENTRE HOSPITALIER DE ST DIZIER	4	4	49	5
52 - CENTRE MEDICO CHIRURGICAL	3	6	5	3
52 - CLINIQUE DE LA COMPASSION	4	4	3	2
52 - CLINIQUE FRANCOIS 1ER	3	4	12	9
52 - HAD CHAUMONT LANGRES	3	4	3	3
52 - HOPITAL LOCAL BOURBONNE	4	4	11	1
52 - HOPITAL LOCAL DE MONTIER EN DER	2	5	-	3
52 - HOPITAL LOCAL DE WASSY	4	4	1	4
52 - HOPITAL LOCAL JOINVILLE	4	4	4	4
54 - Alpha Santé Groupe SOS CH Hôtel Dieu	1	2	26	7
54 - ALTIR	4	4	8	-
54 - Association Hospitalière	3	4	1	2
54 - Centre Psychothérapique de Nancy	4	5	63	3
54 - CH de Briey	3	4	31	7
54 - CH Lunéville	4	5	36	4
54 - CH Pont-à-Mousson	2	4	14	2
54 - CH Saint Charles TOUL	4	4	13	5
54 - CH Saint-Nicolas-de-Port	4	5	5	-
54 - CHRU Nancy	4	4	484	4
54 - Clinique Belle fontaine	4	6	7	-
54 - Clinique Jeanne d'Arc	4	4	8	2
54 - Clinique Louis Pasteur	4	4	83	2
54 - Clinique Saint André	4	1	8	-
54 - HADAN	4	4	1	12
54 - HLI 3H Santé	4	5	3	2
54 - HLI Pompey/Lay-St-Christophe	4	4	1	2
54 - Institut de Cancérologie de Lorraine	4	4	20	1
54 - IRR	4	3	4	2
54 - Maison de Repos Les Elieux	4	4	10	3
54 - Maison Hospitalière de Baccarat	2	1	1	-
54 - Maison Hospitalière Saint Charles	2	3	5	3
54 - Office d'Hygiène Social (OHS)	4	4	7	4
54 - Polyclinique de Gentilly	4	5	205	
54 - Polyclinique Majorelle	4	4		2
54 - Polyclinique Majorelle	4	4	28	2
54 - Résidence Le Château SSR	2	5	-	-
54 - Résidence Le Château SSR	4	4	8	13
55 - CH Bar-le-Duc	4	4	38	4
55 - CH St Charles COMMERCY	4	4	10	6
55 - CH Verdun/Saint Mihiel	4	4	59	2
55 - CHS Fain-Véel	4	3	12	10
55 - Polyclinique du Parc	2	3	11	4
57 - Association Saint André	4	4	4	-
57 - Centre de moyen séjour et de convalescence	3	3	5	-
57 - Centre de post-cure "La Fontenelle"	2	3	1	-
57 - Centre de Réadaptation St Luc	2	4	2	1
57 - Centre de soins de suite l'Abbaye	4	4	1	-

Raison sociale / Nombre de… (activité 2017)	Représentants d'usagers (titulaires et suppléants)	Réunions de la CDU (séances plénières)	Réclamations écrites reçues	Recommandations formulées par la CDU
57 - Centre de soins et d'hébergement GORZE	2	4	2	2
57 - Centre Mathilde Salomon Phalsbourg	1	3		5
57 - CH Hôpital Robert Pax	4	5	35	9
57 - CH Le Secq de Crépy	2	4	3	-
57 - CHIC UNISANTE +	4	4	47	6
57 - CHR Metz-Thionville	4	4	408	14
57 - CHS Jury	4	4	48	2
57 - CHS Lorquin	3	4	6	-
57 - CHS Sarreguemines	4	5	65	9
57 - Clinique Ambroise Paré	2	4	12	6
57 - Clinique Claude Bernard	2	4	62	6
57 - Clinique Notre Dame	4	4	6	2
57 - Clinique Saint Nabor	2	4	10	3
57 - Clinique Ste Elisabeth	4	4	3	3
57 - CMPR "Le Hohberg"	4	1	-	2
57 - CMPR LADAPT "Thionis"	3	4	21	4
57 - Groupe SOS Santé - CH Saint Avold	4	9	53	7
57 - Hôpital d'Instruction des Armées Legouest	4	4	33	3
57 - Hôpital gériatrique le kem	3	3	11	4
57 - Hôpital Saint François	3	4	5	9
57 - Hôpital Saint Maurice	3	4	1	2
57 - Hôpital Saint Nicolas	2	5	20	4
57 - Hôpital St Jacques	4	1	-	-
57 - Hôpital St Joseph SARRALBE	4	4	1	2
57 - HOPITAUX DE FREYMING ET CREUTZWALD	2	1	1	2
57 - Hôpitaux Privés de Metz	4	4	147	11
57 - Hospitalor Château-Salins	-	2	-	
57 - Maison de santé Ste Marguerite	3	4	2	5
67 - ABRAPA	4	4	-	3
67 - ASSOCIATION RHENA	4	3	-	5
67 - AURAL SIEGE SOCIAL DE STRASBOURG	4	4	16	7
67 - C.R.L.C.C. PAUL STRAUSS DE STRASBOURG	4	4	15	-
67 - CENTRE AUTONOME ENDOSCOPIE DIGESTIVE	4	4	3	-
67 - CENTRE DE POSTCURE "CHÂTEAU WALK"	4	3	-	16
67 - CENTRE DE SOINS DE SUITE OU DE READAP.DE MARIENBRONN	4	2	-	6
67 - CENTRE HOSPITALIER DE HAGUENAU	4	2	43	2
67 - CENTRE HOSPITALIER DE SAVERNE	3	2	45	-
67 - CENTRE HOSPITALIER WISSEMBOURG	4	4	22	3
67 - CH D'ERSTEIN (PSY)	4	4	19	7
67 - CLINIQUE DE L'ORANGERIE STRASB.	4	3	20	5
67 - CLINIQUE DU RIED SCHILTIGHEIM	4	4	10	2
67 - CLINIQUE RHENA	4	3	27	5
67 - CLINIQUE SAINTE ODILE HAGUENAU	3	3	4	5
67 - CLINIQUE SAINT-FRANCOIS HAGUENAU	4	4	12	-
67 - ENDOSAV	4	4	-	4
67 - EPSAN	3	3	47	3
67 - ETAB. DE SOINS DE SUITE AMRESO BETHEL	4	4	2	1
67 - ETS HOSPITAL. DEP. BISCHWILLER	3	2	11	3
67 - GROUPE HOSPITALIER SAINT-VINCENT DE STRASBOURG	4	4	41	3
67 - GROUPE HOSPITALIER SELESTAT OBERNAI	4	4	30	4

Raison sociale / Nombre de… (activité 2017)	Représentants d'usagers (titulaires et suppléants)	Réunions de la CDU (séances plénières)	Réclamations écrites reçues	Recommandations formulées par la CDU
67 - HÔPITAL DE ROSHEIM	4	4	1	3
67 - HÔPITAL LOCAL D'ERSTEIN (SSR)	2	3	2	-
67 - HÔPITAL MOLSHEIM	3	1	1	2
67 - HOPITAL-MAISON DE RETRAITE LE NEUENBERG	1	5	2	9
67 - HOPITAUX UNIVERSITAIRES DE STRASBOURG	4	6	232	2
67 - UGECAM Alsace	4	3	24	4
68 - ASSOC HOSP A DOM CTRE ALSACE A COLMAR	4	4	-	1
68 - CENTRE DE DIALYSE DIQUERUM	3	4	4	-
68 - CENTRE DE READAPTATION DE MULHOUSE	4	4	3	3
68 - CENTRE DEPART. DE REPOS ET DE SOINS COLMAR	4	1	5	3
68 - CENTRE HOSPITALIER DE COLMAR	4	7	129	6
68 - CENTRE HOSPITALIER DE GUEBWILLER	4	4	8	3
68 - CENTRE HOSPITALIER DE PFASTATT	4	4	10	-
68 - CENTRE HOSPITALIER ROUFFACH	4	4	17	-
68 - CENTRE MEDICAL NATIONAL DE LA MGEN	4	4	12	1
68 - CLINIQUE DIACONAT FONDERIE	4	4	138	4
68 - CLINIQUE DIACONAT ROOSEVELT	4	4	61	4
68 - CLINIQUE DIACONAT ROOSEVELT	4	4	61	4
68 - CLINIQUE DIACONAT ROOSEVELT	4	4	61	4
68 - CLINIQUE SAINT DAMIEN MULHOUSE	4	-	6	-
68 - GHRMSA MULHOUSE	4	4	192	6
68 - HAD SUD ALSACE MULHOUSE	4	4	5	6
68 - HL I. VAL D'ARGENT SAINTE-MARIE AUX MINES	1	3	1	5
68 - HOPITAL INTERCOMMUNAL ENSISHEIM-NEUF BRISACH	4	4		4
68 - HÔPITAL LOCAL DE RIBEAUVILLE	4	4	7	9
68 - HOPITAL LOCAL LOEWEL MUNSTER	4	4	-	1
68 - HÔPITAL SAINT VINCENT ODEREN	2	3	1	-
68 - MAISON REPOS CONV. SENTHEIM	4	4	1	10
68 - POLE SANTE DIACONAT CENTRE ALSACE"	4	4	51	1
68 - SA CLINIQUE SOLISANA	4	3	-	-
88 - CH de Gérardmer	2	4	7	3
88 - CH de la Haute Vallée de la Moselle	4	4	-	-
88 - CH Emile Durkheim	4	4	53	4
88 - CH Ravenel	4	5	48	-
88 - CH Remiremont	4	4	75	5
88 - CH Saint Charles ST DIE	3	4	67	3
88 - CHI Ouest Vosgien	4	4	43	2
88 - HAD Korian Pays des images	3	4	1	2
88 - HAD Pays de la Plaine	2	4	-	1
88 - Hôpital local de Chatel-sur-Moselle	4	3	50	2
88 - Hôpital local de Fraize	2	3	-	3
88 - Hôpital Local de l'Avison	4	1	5	1
88 - Hôpital local du Val du Madon	1	-	6	-
88 - Hôpital Local Lamarche	3	1	3	4
88 - Hôpital local Senones	3	4	1	2
88 - Hôpital local Senones	3	4	1	2
88 - Maison de repos et de convalescence La Louviere	3	4	1	7
88 - Maison d'enfants "La Combe"	1	-	-	1
88 - Polyclinique La Ligne Bleue	4	4	30	-

Secteur médico-social

Article 1 du Décret n° 2004-287 du 25 mars 2004 relatif au conseil de la vie sociale et aux autres formes de participation institués à l'article L. 311-6 du code de l'action sociale et des familles

Les différentes formes de participation prévues à l'article L. 311-6 du code de l'action sociale et des familles sont instituées dans les conditions suivantes :

Le conseil de la vie sociale est obligatoire 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 du dernier alinéa de l'article 6 et du III de l'article L. 312-1 du code de l'action sociale et des familles.

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 la personne publique ou privée gère plusieurs établissements ou services sociaux ou médico-sociaux, il peut être institué pour une même catégorie d'établissements ou services, au sens de l'article L. 312-1 du même code, une instance commune de participation.

- **Installation des Conseils de la vie sociale (CVS)**

Parmi les établissements sociaux et médico-sociaux ayant répondu à l'enquête de l'ARS, 548 déclarent l'institution d'un conseil de la vie sociale (CVS), soit 77 % des répondants, 80 (soit 11 %) ne sont pas concernés et 83 (soit 12 %) n'ont pas répondu à cette question.

L'historicité des CVS est très variée en Grand Est, puisque 21 % d'entre eux ont plus de 15 ans d'existence (création avant 2004 et 1977 pour le plus ancien), et, à l'opposé, 14 % ont moins de 5 ans (création entre 2014 et 2018).

Répartition des CVS selon leur ancienneté

Ancienneté	*Année de création*	Effectif	%
Plus de 15 ans	*Avant 2004*	117	21%
Entre 10 et 15 ans	*Entre 2004 et 2008*	210	38%
Entre 5 et 10 ans	*Entre 2009 et 2013*	106	19%
Moins de 5 ans	*Entre 2014 et 2018*	77	14%
Non réponse	*Non réponse*	38	7%
Total		**548**	**100%**

Source : ARS Grand Est, « Enquête sur le respect des droits des usagers du secteur médico-social (Année 2017) ». Exploitation : ORS Grand Est.

- **Composition des CVS**

> **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 (…) »

Les CVS se composent presque tous d'au moins un représentant de chaque catégorie de personnes participant à la vie des établissements et services (personnes accueillies ou prises en charge, familles ou représentants légaux, personnel et membre de l'organisme gestionnaire). De plus, la moitié des CVS a d'autres membres désignés aux fonctions diverses (représentants de la restauration, des collectivités territoriales, d'associations, de professionnels de santé…).

En moyenne, les CVS sont ainsi composés de 12 membres, dont 4 représentants de personnes accueillies.

La composition des CVS doit en outre veiller à deux critères :

- 89 % respectent le critère de deux représentants des personnes accueillies ou prises en charge ;
- 68 % se composent d'un nombre de représentants des personnes accueillies et des familles ou représentants légaux supérieur à la moitié du nombre total des membres du conseil.

Composition des CVS par catégorie de représentants

Composition du CVS	Effectif	%	Nombre moyen
Représentant(s) des personnes accueillies ou prises en charge	513	95%	4
Représentant(s) des familles ou des représentants légaux	520	96%	3
Représentant(s) du personnel	529	98%	2
Représentant(s) de l'organisme gestionnaire	527	97%	2
Autre(s) membre(s) désigné(s)	278	51%	3
Total	**542**	**100%**	**12**

Information manquante (n=6, soit 1 %)

Source : ARS Grand Est, « Enquête sur le respect des droits des usagers du secteur médico-social (Année 2017) ». Exploitation : ORS Grand Est.

La présidence du CVS est assurée dans la majorité des cas par un représentant des personnes accueillies (59 %) et dans 39 % des cas par un représentant des familles ou des représentants légaux. Dans 3 % des cas, en l'absence de candidat parmi ces deux collèges, la présidence est assurée par une autre personne, souvent le directeur de la structure.

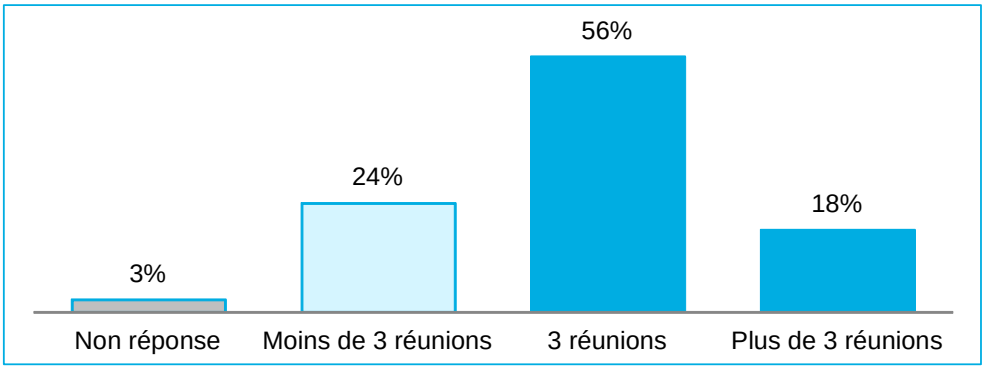
- **Réunions**

> **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. »

Au cours de l'année 2017, 24 % des CVS se sont réunis moins de trois fois, 56 % à trois occasions et 18 % plus de trois fois. L'information n'est pas disponible pour 3 % des CVS.

Ainsi, près de trois quarts des CVS se sont conformés à la réglementation (article 15 du Décret du 25 mars 2004) en se réunissant à au moins trois reprises au cours de l'année 2017. Cette proportion est comparable aux années précédentes (75 % en 2016, 71 % en 2015).

Répartition des CVS selon le nombre de réunions en 2017 (n=548)



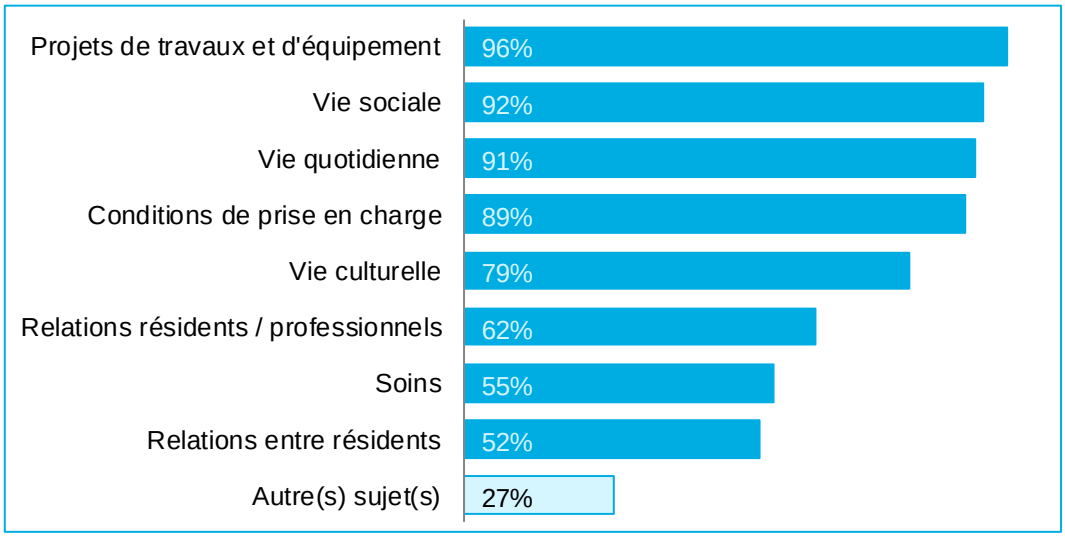
Source : ARS Grand Est, « Enquête sur le respect des droits des usagers du secteur médico-social (Année 2017) ». Exploitation : ORS Grand Est.

Les réunions des différents CVS font l'objet d'un compte-rendu de séance (seuls deux CVS n'en font pas et dix n'ont pas répondu à la question). Dans 88 % des cas, les compte-rendu sont communiqués aux usagers et leurs familles.

Les principaux sujets traités en réunions des CVS portent sur les projets de travaux et d'équipement (96 %), la vie sociale (92 %), la vie quotidienne (91 %) et les conditions de prise en charge (79 %).

En plus des items proposés dans le cadre de l'enquête, 27 % des CVS précisent d'autres sujets traités (projet d'établissement, démarche qualité, aspects législatifs, règlement de fonctionnement…).

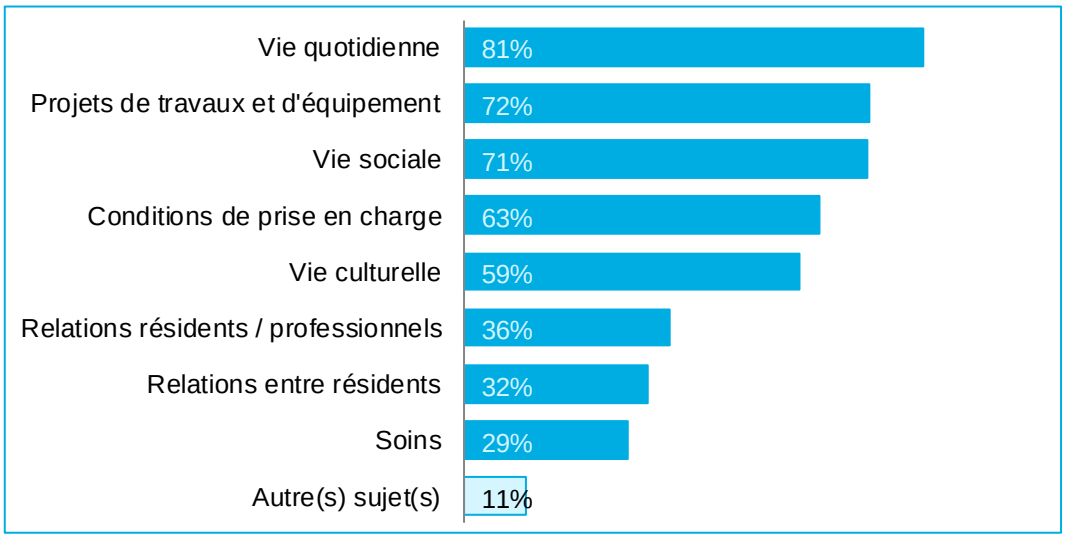
Principales catégories de sujets traités en CVS (n=543)



Source : ARS Grand Est, « Enquête sur le respect des droits des usagers du secteur médico-social (Année 2017) ». Exploitation : ORS Grand Est.
Note de lecture : Plusieurs réponses possibles.

Les CVS ont en outre la possibilité d'émettre des avis ou suggestions[14] sur les thèmes traités : c'est le cas de 92 % d'entre eux. Si l'ordre des avis émis est comparable à l'ordre d'importance des sujets traités, le premier thème qui suscite le plus d'avis est celui de la vie quotidienne (81 %).

Principales catégories d'avis émis en CVS (n=505)



Source : ARS Grand Est, « Enquête sur le respect des droits des usagers du secteur médico-social (Année 2017) ». Exploitation : ORS Grand Est.
Note de lecture : Plusieurs réponses possibles.

[14] Il a été précisé dans le cadre de l'enquête d'entendre « avis / suggestion », comme « tout propos/suggestion exprimé en réunion sans nécessairement de formalisme particulier ».

- **Formations des membres du CVS**

Un quart des répondants (soit 135 CVS) déclare que des formations sont proposées aux membres des CVS. Parmi eux, 64 % ont proposé une formation relative au fonctionnement du CVS et au rôle du représentant des usagers (86 réponses, soit 16 % de l'ensemble des CVS). Les autres réponses identifient des formations relatives aux droits des usagers d'une manière générale (sujet cité 17 fois), des thématiques relevant du respect des droits des usagers (douleur, bientraitance, fin de vie, cité 16 fois), d'autres sujets liés à la prise en charge des personnes (35 fois).

D'une manière générale, 87 % des CVS apportent des informations sur le fonctionnement du CVS aux professionnels exerçant au sein de la structure.

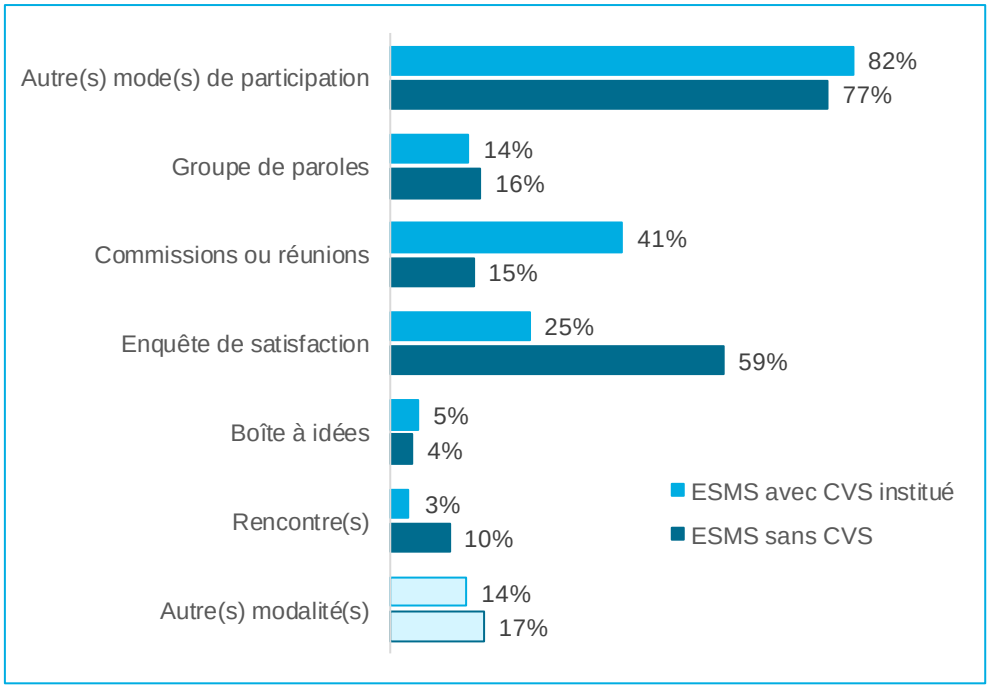
- **Autres modalités de consultation / participation des usagers**

Les établissements et services déclarent d'autres possibilités de consultation et de participation des usagers : c'est le cas de 82 % des ESMS qui ont un CVS institué et 77 % des ESMS sans CVS.

Les modalités mises en place diffèrent sensiblement selon que l'ESMS dispose ou non d'un CVS :

- Pour les établissements et services qui ont un CVS, 41 % d'entre eux proposent à leurs usagers de participer à des commissions thématiques ou réunions (41 %), réalisent des enquêtes de satisfaction (25 %) et animent des groupes de paroles (14 %).
- Pour les établissements et services sans CVS, les enquêtes de satisfaction (59 %) sont la première modalité de participation. Sont également proposés des groupes de paroles (16 %), des commissions ou réunions (15 %) ou des rencontres individuelles avec l'usager et/ou sa famille (10 %).

Autres modes de consultation / participation des usagers (n=448)



Source : ARS Grand Est, « Enquête sur le respect des droits des usagers du secteur médico-social (Année 2017) ». Exploitation : ORS Grand Est.
Note de lecture : Plusieurs réponses possibles. Les statistiques portent sur l'ensemble des ESMS avec CVS institué (n=548) et l'ensemble des ESMS sans CVS (n=163).

- **Les personnes qualifiées**

> **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 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. La personne qualifiée rend compte de ses interventions aux autorités chargées du contrôle des établissements ou services concernés, à l'intéressé ou à son représentant légal dans des conditions fixées par décret en Conseil d'Etat. »

85 % des établissements ou services répondants précisent que les personnes accueillies sont informées de leur droit à faire appel à une personne qualifiée. Cette information est transmise par plusieurs canaux (livret d'accueil, affichage, au moment de l'admission ou dans le contrat d'accueil, sous d'autres formes).

La liste des personnes qualifiées est mise à la connaissance des usagers par voie d'affichage ou dans le livret d'accueil, pour 90 % des ESMS pour lesquels l'information est communiquée aux personnes accueillies (soit 76 % de l'ensemble des ESMS répondants).

27 établissements ou services déclarent que des usagers ont eu recours à une personne qualifiée, soit 4 % des répondants. Par ailleurs, un tiers des répondants précisent ne pas disposer de cette information. Le pourcentage d'usagers concerné par structure est faible (moins de 2 %).

Objectif 3. Droit au respect de la dignité de la personne – Promouvoir la bientraitance

La bientraitance est une démarche globale de prise en charge du patient ou de l'usager 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

Concernant le secteur ambulatoire, se reporter *a minima* aux formations identifiées au sein de l'objectif 1.

Secteur sanitaire

Des actions spécifiques visant à promouvoir la bientraitance ont été mises en place dans 95 % des établissements de santé en 2017 (93 % en 2016). De plus, 63 % d'entre eux déclarent effectuer une évaluation de ces actions (64 % en 2016).

Les données d'activités 2017 précisent la nature des actions mises en œuvre au sein des établissements (majoritairement plusieurs actions combinées par structure) ; pour exemple :

- des actions de formation (68 % des établissements ayant mis en place des actions) ;
- la rédaction et l'affichage d'une charte (31 %) ;
- des groupes de travail ou commissions dédiées (26 %)…

Secteur médico-social

La quasi-totalité des établissements et services médico-sociaux (95 %) a mis en place des actions de promotion de la bientraitance. Cette situation est comparable quelle que soit la catégorie d'établissement répondant (taux de 94 % à 97 %).

Par ailleurs, 84 % déclarent des procédures de prise en charge des situations de maltraitance. De même, l'existence de procédures est comparable entre les catégories d'ESMS.

Objectif 4. Droit au respect de la dignité de la personne – Prendre en charge la douleur

Article L 1110-5, LOI n° 2002-303 du 4 mars 2002 relative aux droits des malades et à la qualité du système de santé (1)
« […] 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.

Les professionnels de santé mettent en œuvre tous les moyens à leur disposition pour assurer à chacun une vie digne jusqu'à la mort. »

ꕥ Secteur ambulatoire

Concernant le secteur ambulatoire, se reporter *a minima* aux formations identifiées au sein de l'objectif 1.

ꕥ Secteur sanitaire

- **Prise en charge de la douleur**

En 2017, l'ensemble des établissements de santé déclare une procédure systématique d'évaluation et de prise en charge de la douleur (en 2016, seuls deux établissements ont déclaré ne pas en disposer).

Par ailleurs, 94 % des établissements disposent d'une procédure d'information des usagers sur la prise en charge de la douleur (taux identique en 2016 et 2017). L'information se fait majoritairement[15] par affichage ou via le livret d'accueil (99 % en 2017, 86 % en 2016), lors de la procédure d'entrée dans l'établissement (22 % en 2017, 20 % en 2016), plus rarement par une permanence spécifique (3 % en 2017, 7 % en 2016).

[15] Des établissements ayant indiqué plusieurs modalités d'information des usagers, le total est supérieur à 100 %.

- **Taux de satisfaction des usagers**

> **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. (…) »

Questionnaire de satisfaction mis en place par les établissements de santé

L'ensemble des établissements déclare remettre un questionnaire de satisfaction[16] à leurs patients. Quatre établissements sur dix le remettent à l'entrée en hospitalisation (41 % en 2017) et presque autant à la sortie (36 %). Il est ponctuellement mis à disposition à l'accueil de l'hôpital (18 %) ou à libre disposition dans les services (4 %).

Par ailleurs, près de 88 % des établissements déclarent proposer aux patients une aide au remplissage du questionnaire en 2017 (93 % en 2016).

28 établissements ont déclaré moins de 50 questionnaires retournés en 2016, ce qui limite leur exploitation.

Les questionnaires peuvent être retournés selon plusieurs modalités (total supérieur à 100 % ; données 2017) :

- dépôt au moment de l'hospitalisation ou à la sortie (93 %) ;
- envoi par voie postale (70 %) ;
- dépôt dans une boîte aux lettres dédiée (68 %) ;
- remise lors d'un entretien spécifique avec un membre du personnel (27 %).

Huit établissements sur dix déclarent en outre d'autres pratiques de recueil de la satisfaction de leurs patients (enquête de satisfaction thématique ou ponctuelle, audit patient traceur, appel du lendemain en ambulatoire, boîte à idées, livret de recueil à l'accueil…). Le plus souvent, les établissements de santé conduisent eux-mêmes ces autres enquêtes.

[16] Deux établissements n'ont pas renseigné cette question au sein de l'enquête.

Questionnaire e-satis

Le dispositif national e-Satis, piloté par la HAS, mesure la satisfaction des patients hospitalisés plus de 48 h dans une clinique ou un hôpital en médecine, chirurgie et obstétrique (MCO). Cet indicateur s'intègre dans une démarche plus générale d'amélioration de la qualité et de la sécurité des soins.

Le recueil de la satisfaction est réalisé en continu et les résultats sont publiés annuellement.

Chaque patient hospitalisé plus de 48 heures 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 53 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).

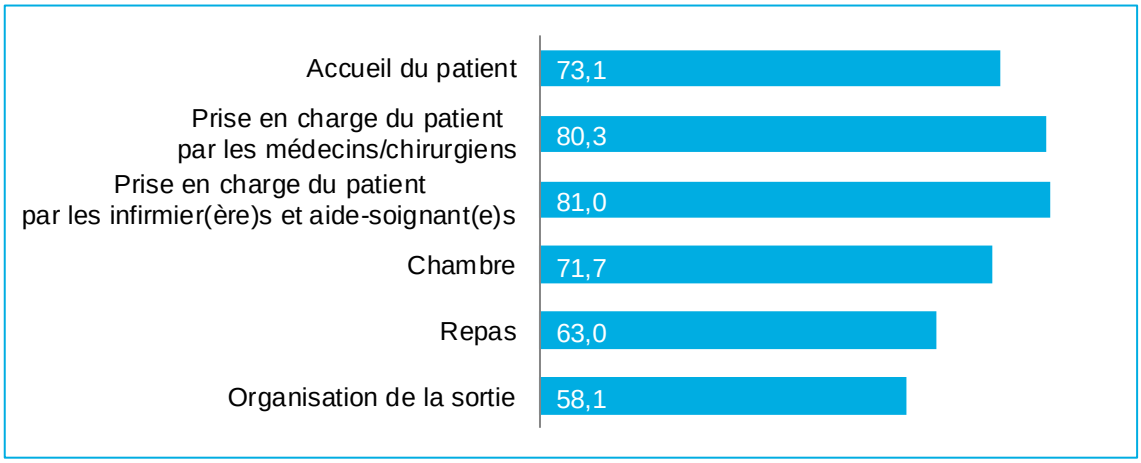
La campagne nationale 2017 s'établit sur la période du 7 novembre 2016 au 8 novembre 2017.

Source : https://www.has-sante.fr/portail/jcms/c_2728770/fr/mesure-de-la-satisfaction-des-patients-hospitalises-48h-en-mco-e-satis [page consultée le 02/05/2018]

Le score national de satisfaction globale est de 73,2/100. Parmi les dimensions qui le composent la prise en charge par les professionnels de santé sont les dimensions les mieux notées. A l'opposé, l'organisation de la sortie et les repas sont les moins bien notées.

La présentation des résultats régionaux sur les composantes du score global est en cours de développement par la HAS et ne sont pas encore disponibles.

Note de satisfaction des patients hospitalisés plus de 48 h dans un service MCO (campagne nationale 2017)

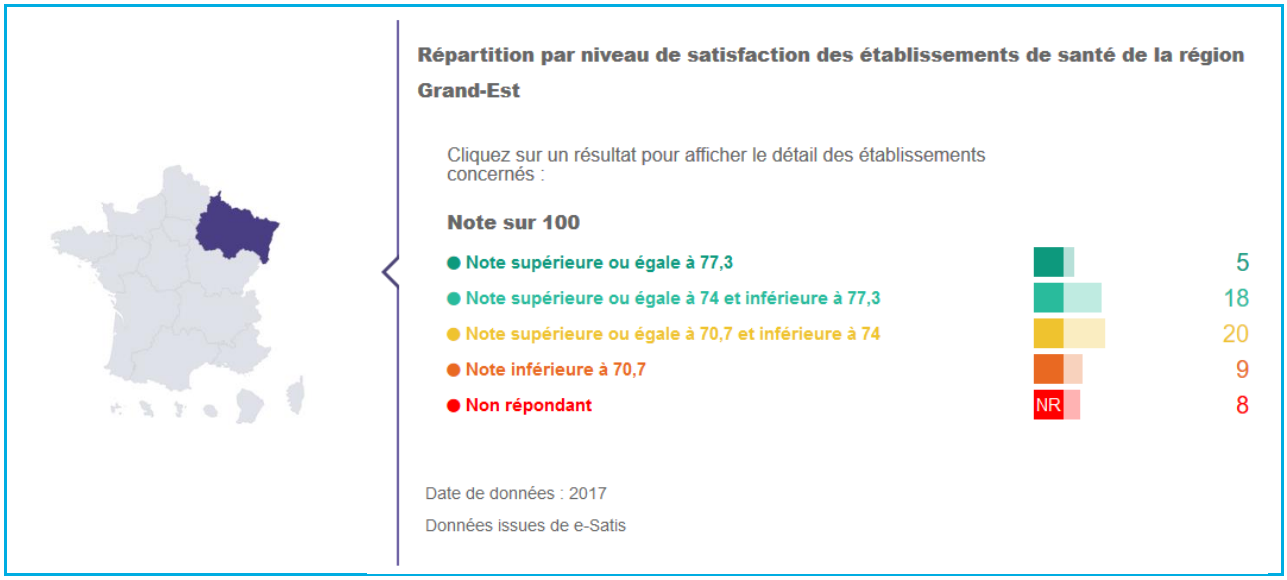


Source : https://www.has-sante.fr/portail/jcms/c_2728770/fr/mesure-de-la-satisfaction-des-patients-hospitalises-48h-en-mco-e-satis [page consultée le 02/05/2018]

Sur les 60 établissements de santé en Grand Est concernés par l'enquête e-Satis, 5 se situent parmi les meilleurs établissements classés (classe A, note supérieure ou égale à 77,3/100) et 18 sont classés B (note supérieure ou égale à 74 et inférieure à 77,3/100), 20 établissements sont classés C (note supérieure ou égale à 70,7 et inférieure à 74/100, classe incluant la moyenne nationale de 73,2/100). Enfin, 9 établissements de santé sont classés D (note inférieure à 70,7) et 8 sont considérés comme non-répondants[17].

En Grand Est, 38 % des établissements de santé sont classés A ou B, soit une proportion équivalente à la moyenne nationale (37 %).

Répartition par niveau de satisfaction des établissements de santé de la région Grand Est (campagne 2017)



Source : Résultats de la campagne 2017. https://www.scopesante.fr/#/ [page consultée le 03/05/2018]

Secteur médico-social

Un peu plus de la moitié des ESMS (54 %) déclare l'existence d'une procédure systématique d'évaluation de la douleur dans leurs services. Cette déclaration varie selon la catégorie d'établissements : une procédure systématique d'évaluation de la douleur est mise en place dans 86 % des EHPAD et 67 % des SSIAD ; elle l'est dans une moindre mesure dans les établissements d'accueil des personnes handicapées (32 % dans les services adultes et 19 % dans les services enfants et adolescents).

Lorsqu'une procédure d'évaluation existe (n=382), une procédure d'information des usagers existe dans 47 % des cas et se déclinent en plusieurs modalités (plusieurs réponses possibles par établissement). L'information est principalement réalisée par voie d'affichage ou dans le livret d'accueil (58 % des établissements ayant une procédure d'évaluation systématique de la douleur), communiquée lors de la procédure d'accueil (29 %) ou encore disponible lors d'une permanence spécifique d'information (11 %). Des modalités complémentaires d'information sont mises en place pour 76 % des établissements.

Satisfaction des usagers

81 % des établissements déclarent la mise en œuvre d'un questionnaire de satisfaction de leurs usagers.

[17] En raison d'un nombre de questionnaires exploitables inférieur à 30 sur la période de la campagne.

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

Article L1111-6 du code de la santé publique

« Toute personne majeure peut désigner une personne de confiance qui peut être un parent, un proche ou le médecin traitant et qui sera consultée au cas où elle-même serait hors d'état d'exprimer sa volonté et de recevoir l'information nécessaire à cette fin. Elle rend compte de la volonté de la personne. Son témoignage prévaut sur tout autre témoignage. Cette désignation est faite par écrit et cosignée par la personne désignée. Elle est révisable et révocable à tout moment. (…)

Article L1111-11 du code de la santé publique

Toute personne majeure peut rédiger des directives anticipées pour le cas où elle serait un jour hors d'état d'exprimer sa volonté. Ces directives anticipées expriment la volonté de la personne relative à sa fin de vie en ce qui concerne les conditions de la poursuite, de la limitation, de l'arrêt ou du refus de traitement ou d'acte médicaux.

A tout moment et par tout moyen, elles sont révisables et révocables. Elles peuvent être rédigées conformément à un modèle dont le contenu est fixé par décret en Conseil d'Etat pris après avis de la Haute Autorité de santé. Ce modèle prévoit la situation de la personne selon qu'elle se sait ou non atteinte d'une affection grave au moment où elle les rédige.

Les directives anticipées s'imposent au médecin pour toute décision d'investigation, d'intervention ou de traitement, sauf en cas d'urgence vitale pendant le temps nécessaire à une évaluation complète de la situation et lorsque les directives anticipées apparaissent manifestement inappropriées ou non conformes à la situation médicale.

La décision de refus d'application des directives anticipées, jugées par le médecin manifestement inappropriées ou non conformes à la situation médicale du patient, est prise à l'issue d'une procédure collégiale définie par voie réglementaire et est inscrite au dossier médical. Elle est portée à la connaissance de la personne de confiance désignée par le patient ou, à défaut, de la famille ou des proches (…)

Secteur ambulatoire

Concernant le secteur ambulatoire, se reporter *a minima* aux formations identifiées au sein de l'objectif 1.

Secteur sanitaire

Presque tous les établissements déclarent avoir mis en place un formulaire spécifique de désignation de la personne de confiance (seuls deux établissements n'ont pas mis en place cette procédure ; soit 99 % en 2017 et 97 % en 2016).

Par ailleurs, 94 % des établissements répondants déclarent que les usagers sont informés de la possibilité de rédiger des directives anticipées. Trois quarts des établissements ont mis en place un formulaire d'aide à la rédaction des directives anticipées (74 % en 2017 ; 78 % en 2016). 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). Seuls cinq établissements précisent que le document est disponible sur demande.

60 % des établissements répondants déclarent que des associations spécialisées dans l'accompagnement à la fin de vie interviennent au sein de leur établissement.

Les soins palliatifs sont le plus souvent organisés par des équipes mobiles intra hospitalière.

Secteur médico-social

Un tiers des ESMS (34 %) déclare 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 34 % se déclarent non concernés (1 % n'ont pas répondu à cette question).

Cette proportion atteint deux tiers dans les EHPAD (67 %) et est inférieure à la moyenne pour les autres catégories d'ESMS, à savoir : 30 % dans les SSIAD, 19 % dans les services d'accueil d'adultes handicapés et 1 % dans les services d'accueil d'enfants et adolescents handicapés.

Il a été demandé aux ESMS de compléter cette information par la part d'usagers ayant rédigé des directives anticipées. Tous établissements confondus, trois établissements sur dix ont pu apporter une réponse (31 %, soit 222 établissements). A la connaissance des ESMS, la part des usagers ayant rédigé des directives anticipées est en moyenne de 20 %. Au sein de la moitié des ESMS ayant répondu, la part des usagers ayant rédigé des directives anticipées atteint 10 % et dans 25 % des ESMS, cette part est supérieure à 30 %.

Objectif 6. Droit à l'information : permettre l'accès au dossier médical

Article L 1111-7 du code de la santé publique

« Toute personne a accès à l'ensemble des informations concernant sa santé détenues, à quelque titre que ce soit, par des professionnels et établissements de santé, qui sont formalisées ou ont fait l'objet d'échanges écrits entre professionnels de santé, notamment des résultats d'examen, comptes rendus de consultation, d'intervention, d'exploration ou d'hospitalisation, des protocoles et prescriptions thérapeutiques mis en œuvre, feuilles de surveillance, correspondances entre professionnels de santé, à l'exception des informations mentionnant qu'elles ont été recueillies auprès de tiers n'intervenant pas dans la prise en charge thérapeutique ou concernant un tel tiers. »

Elle peut accéder à ces informations directement ou par l'intermédiaire d'un médecin qu'elle désigne et en obtenir communication, dans des conditions définies par voie réglementaire au plus tard dans les huit jours suivant sa demande et au plus tôt après qu'un délai de réflexion de quarante-huit heures aura été observé. Ce délai est porté à deux mois lorsque les informations médicales datent de plus de cinq ans ou lorsque la commission départementale des soins psychiatriques est saisie en application du quatrième alinéa. (…)

La consultation sur place des informations est gratuite. Lorsque le demandeur souhaite la délivrance de copies, quel qu'en soit le support, les frais laissés à sa charge ne peuvent excéder le coût de la reproduction et, le cas échéant, de l'envoi des documents »

Secteur ambulatoire

Comme précisé en propos introductifs de l'orientation, les données disponibles à ce jour ne permettent pas de renseigner cet objectif concernant le secteur ambulatoire.

Secteur sanitaire

- **Demandes d'accès au dossier patient**

Au cours de l'année 2017, 19 601 demandes d'accès au dossier patient ont été réceptionnées par les établissements (contre 19 064 demandes en 2016). Dans plus de trois quarts des cas, les demandes sont formulées par le patient lui-même ; elles peuvent également être initiées par les ayants-droits (11 %) ou par un tiers (13 %).

Le délai moyen d'accès au dossier patient pour les dossiers de moins de 5 ans est de 8 jours en 2017 (7 jours en 2016) ; et pour les dossiers de plus de 5 ans, le délai moyen est de 17 jours en 2017 (16 jours en 2016, moyenne des délais moyens déclarés par les établissements).

Une procédure spécifique d'information sur la façon d'accéder à son dossier existe pour 99 % des établissements en 2017 (96 % en 2016). Dans la majorité des cas, l'information est indiquée par affichage ou figure dans le livret d'accueil (97 % en 2017, 89 % en 2016).

Un formulaire d'accès au dossier patient est disponible dans près des trois quarts des établissements (77 % en 2017, 73 % en 2016).

- **Plaintes et réclamations**

Article R1112-80 du code de la santé publique

« (…), l'ensemble des plaintes et réclamations adressées à l'établissement de santé par les usagers ou leurs proches ainsi que les réponses qui y sont apportées par les responsables de l'établissement sont tenues à la disposition des membres de la commission, selon des modalités définies par le règlement intérieur de l'établissement. Dans les conditions prévues aux articles R. 1112-93 et R. 1112-94, la commission examine celles de ces plaintes et réclamations qui ne présentent pas le caractère d'un recours gracieux ou juridictionnel et veille à ce que toute personne soit informée sur les voies de recours et de conciliation dont elle dispose. (…) »

Article R1112-91 du code de la santé publique

« Tout usager d'un établissement de santé doit être mis à même d'exprimer oralement ses griefs auprès des responsables des services de l'établissement. En cas d'impossibilité ou si les explications reçues ne le satisfont pas, il est informé de la faculté qu'il a soit d'adresser lui-même une plainte ou réclamation écrite au représentant légal de l'établissement, soit de voir sa plainte ou réclamation consignée par écrit, aux mêmes fins. Dans la seconde hypothèse, une copie du document lui est délivrée sans délai. »

Article R1112-92 du code de la santé publique

« L'ensemble des plaintes et réclamations écrites adressées à l'établissement sont transmises à son représentant légal (…) Le représentant légal de l'établissement informe l'auteur de la plainte ou de la réclamation qu'il peut se faire accompagner, pour la rencontre avec le médiateur prévue à l'article R. 1112-93, d'un représentant des usagers membre de la commission des usagers.(…) »

Article R1112-94 du code de la santé publique

« Dans les huit jours suivant la rencontre avec l'auteur de la plainte ou de la réclamation, le médiateur en adresse le compte rendu au président de la commission qui le transmet sans délai, accompagné de la plainte ou de la réclamation, aux membres de la commission ainsi qu'au plaignant.

« Au vu de ce compte rendu et après avoir, si elle le juge utile, rencontré l'auteur de la plainte ou de la réclamation, la commission formule des recommandations en vue d'apporter une solution au litige ou tendant à ce que l'intéressé soit informé des voies de conciliation ou de recours dont il dispose. Elle peut également émettre un avis motivé en faveur du classement du dossier.

« Dans le délai de huit jours suivant la séance, le représentant légal de l'établissement répond à l'auteur de la plainte ou de la réclamation et joint à son courrier l'avis de la commission. Il transmet ce courrier aux membres de la commission. »

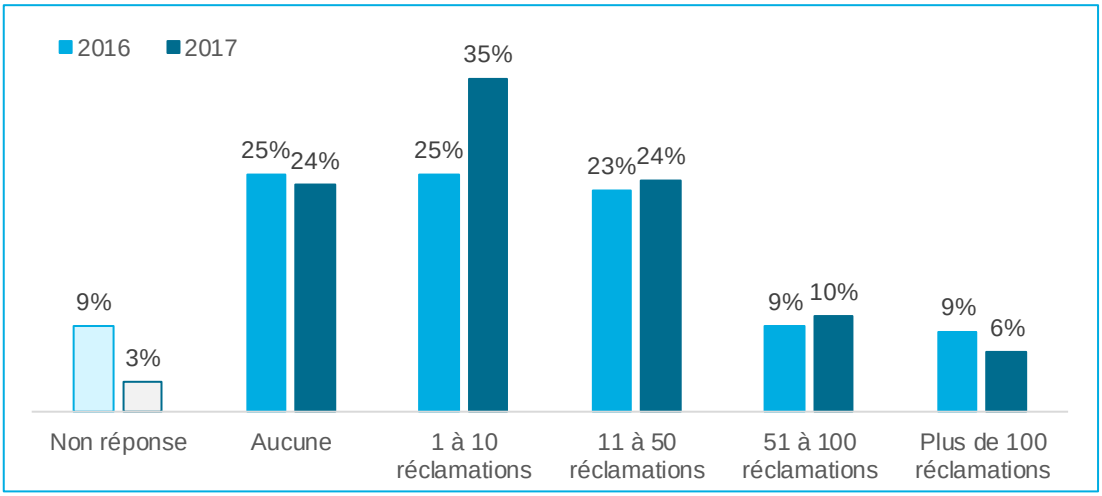
Réclamations

Au total, 5 402 réclamations ont été recensées au cours de l'année 2017.

Le nombre de réclamations est très variable selon les établissements[18]. Près d'un quart des établissements ne déclare aucune réclamation au cours de l'année ; à l'opposé, moins d'un établissement sur dix en déclare plus de 100 (soit 16 établissements en 2016 et 12 en 2017).

[18] Les informations ci-après sont issues de la synthèse 2017, pour laquelle les activités 2016 et 2017 ont été recensées. Les données portent sur les 188 établissements pour lesquels une CDU est installée.

Nombre de réclamations par établissement

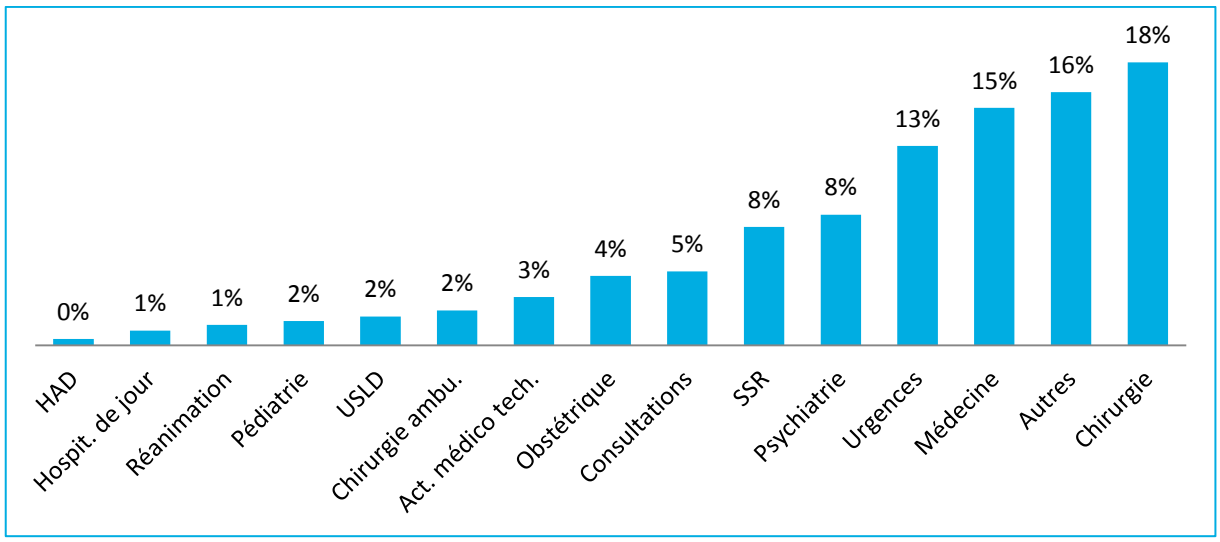


Source : ARS Grand Est, Synthèse régionale des rapports CRUQPC/CDU, années 2016 et 2017.

97 % des établissements déclarent l'existence d'un protocole de gestion des réclamations au niveau de l'établissement. Les membres de la commission déclarent (dans 99 % des cas en 2017 et 94 % en 2016) avoir accès à l'ensemble des plaintes et réclamations déposées par les patients.

La synthèse des CDU 2017 précise la répartition des réclamations par domaines d'activité :

Répartition des réclamations par domaines d'activité



Source : ARS Grand Est, Synthèse régionale des rapports CDU, année 2017.

Les motifs des réclamations peuvent être distingués par catégories ; ainsi en 2017 :

- 40 % des plaintes et réclamations portent sur les aspects médicaux de la prise en charge,
- 23 % portent sur la vie quotidienne et l'environnement,
- 20 % sur les aspects paramédicaux de la prise en charge,
- et 17 % sur l'accueil et l'administration.

Les tendances sont comparables entre les deux années 2017 et 2016 (respectivement 37 %, 25 %, 21 % et 18 %) et le premier motif de réclamations porte sur les aspects médicaux de la prise en charge.

En 2017, le délai moyen de réponse à une plainte ou une réclamation est de 14 jours(12 jours en 2016).

Plaintes

> « La plainte est une **voie de recours judiciaire** utilisée par un particulier ou un organisme qui, s'estimant victime d'une infraction, demande la condamnation pénale de l'auteur de l'infraction, en portant plainte auprès des instances judiciaires compétentes ».
>
> En conséquence, par « plainte » on entend les **recours contentieux** formulés par un usager devant les juridictions pénales ou civiles.
>
> NB : Les recours en contentieux ne sont pas traités par la CDU, qui doit cependant en être informée.

Source : Guide méthodologique IGAS (N°RM 2011-124P)

99 % des établissements déclarent que le recensement des plaintes est organisé.

1 088 plaintes sont enregistrées en 2017, parmi lesquelles :

- 299 ont été précédées d'une procédure amiable ;
- 360 demandes ont été enregistrées en 2017 par la Commission de Conciliation et d'Indemnisation (CCI).

Le délai de réponse moyen (en jours) à une plainte est de 6,5 jours *(délai entre la réception de la plainte et l'envoi d'un courrier de réponse structuré au plaignant/ou entretien ou bien l'accusé de réception pour les cas de proposition de médiation)*.

Médiation

Le recours à la médiation a concerné 16 % des plaintes et réclamations recensées en 2016.

Au cours de l'année 2017, 912 plaintes ou réclamations ont été proposées à la médiation, dont 621 à la médiation médicale (68 % des dossiers) et 339 à la médiation non médicale (37 % des dossiers). De plus, 59 dossiers (soit 6 % d'entre eux) ont été traités en présence d'un représentant des usagers.

Secteur médico-social

Deux tiers des établissements et services médico-sociaux (68 %) déclarent l'existence d'une procédure d'accès au dossier médical.

Sur les trois dernières années (2015-2016-2017), 43 établissements ont enregistré au total 120 demandes d'accès, plaintes ou réclamations, relatives au dossier médical. Selon les établissements et les années, le nombre de plaintes varie de 1 à 14, soit une moyenne inférieure à 3 plaintes.

Objectif 7. Assurer la scolarisation des enfants handicapés en milieu ordinaire ou adapté

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 est l'une des principales lois sur les droits des personnes handicapées, depuis celle de 1975[19].

Elle inscrit le principe d'une scolarisation en milieu ordinaire pour les enfants en situation de handicap, au plus proche de leur lieu de vie.

> **Article 19**
>
> « (…) Art. L. 112-1. – [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. (…) »

L'indicateur à recueillir est le ratio « nombre de prises en charge / nombre de demandes de scolarisation en milieu ordinaire » afin de connaitre le taux de couverture des besoins des enfants handicapés.

Les Rectorats des académies du Grand Est, ainsi que les Maison Départementale des Personnes Handicapées (MDPH) de chaque département ont été sollicités pour obtenir des données permettant de décrire la scolarisation en milieu ordinaire des enfants en situation de handicap. Les données n'étant pas recueillies pour l'ensemble de la région, ne couvrant pas les mêmes périodes, ni ne provenant des mêmes sources, le ratio n'a pas été calculé.

Par ailleurs, il importait à la CSDU de mieux connaître la population en situation de handicap dans la région. Il a ainsi été demandé aux MPDH le nombre d'enfants ou jeunes de moins de 20 ans avec au moins un droit au handicap ouvert.

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

La scolarisation des enfants en milieu ordinaire

Les trois Académies du Grand Est scolarisent plus de 23 000 élèves handicapés (chiffres des années scolaires 2016/2017 ou 2017/2018).

Au sein de l'Académie de Strasbourg, la proportion d'élèves scolarisés en dispositif ULIS (permettant la mise en œuvre des projets personnalisés de scolarisation (PPS)) est plus faible qu'au sein des deux autres académies (67 % à Nancy-Metz et 69 % à Reims).

Nombre d'enfants scolarisés en milieu ordinaire (établissements publics et privés) et proportion de scolarisation en dispositif ULIS par Académie du Grand Est

	Année scolaire	Enfants scolarisés	dont % ULIS
REIMS	2016/2017	6 399	69%
NANCY-METZ	2017/2018	10 310	67%
STRASBOURG	2017/2018	6 681	60%

Source : Rectorats des Académies de Reims, Nancy-Metz, Strasbourg.

Les demandes d'orientation scolaire auprès des MDPH du Grand Est

La « demande d'orientation scolaire » – pour laquelle la Commission des droits et de l'autonomie des personnes handicapées (CDAPH)[20] se prononce sur une orientation en classe ordinaire, en enseignement adapté (SEGPA, EREA) ou en dispositif ULIS – ne couvre qu'un aspect des demandes liées à la scolarité des enfants en situation de handicap.

Elle s'inscrit dans un large spectre de « demandes de scolarisation » : accompagnants (AESH), matériel pédagogique, orientation scolaire, transport scolaire. La CDAPH prend également les décisions relatives aux demandes d'orientation en service ou établissement médico-social.

Nombre de demandes d'orientations scolaires déposées auprès des MDPH du Grand Est en 2017

	Demandes d'orientation scolaire
08- Ardennes	350
10- Aube	422
51- Marne	
52- Haute-Marne	304
54- Meurthe-et-Moselle	2 675
55- Meuse	263
57- Moselle	
67- Bas-Rhin	1 597
68- Haut-Rhin	1 073
88- Vosges	
Grand-Est	

Source : MDPH de chaque département du Grand Est.
Exploitation : ORS Grand Est.

[20] Au sein de la MDPH, la CDAPH prend toutes les décisions concernant les aides et les prestations à la lumière de l'évaluation menée par l'équipe pluridisciplinaire mise en place au sein des MDPH (besoins de compensation et élaboration du plan personnalisé de compensation du handicap).

Les enfants et jeunes de moins de 20 ans ayant une reconnaissance de handicap en Grand Est

Afin de mieux cerner la population des enfants en situation de handicap dans le Grand Est, les MDPH ont été sollicitées pour préciser le nombre d'enfants avec au moins un droit ouvert au 31/12/2017.

Les droits « enfants » couvrent les aides et prestations suivantes :

- Prestation allocation d'éducation de l'enfant handicapé (AEEH) et complément(s)
- Aide humaine à la scolarisation (individuelle ou mutualisée)
- Matériel pédagogique adapté, Avis de transport scolaire
- Orientations en ESMS enfants : IME IEM ITEP SESSAD, sorties de dispositif, autre
- Orientations scolaires : milieu ordinaire, unité d'enseignement, dispositifs LSF-LPC, orientations à temps partagé, CLIS ULIS SEGPA, autre
- Prestations de compensation du handicap (PCH) déposées par des personnes de moins de 20 ans au moment du dépôt de la demande
- Avis de carte de stationnement ou les avis de Carte Mobilité inclusion (CMI) mention "stationnement" déposées par des personnes de moins de 20 ans au moment du dépôt de la demande
- Cartes d'invalidité ou de priorité ou les avis de CMI mention "invalidité" ou "priorité" déposées par des personnes de moins de 20 ans au moment du dépôt de la demande

L'information n'a pas été obtenue pour l'ensemble des départements du Grand Est. Pour ceux pour lesquels l'information est connue, et rapportée au nombre d'enfants ou jeunes de moins de 20 ans, la part des jeunes ayant au moins un droit ouvert au titre du handicap varie entre 1,8 % (département de la Haute-Marne) et 3,8 % (département des Ardennes).

Nombre d'enfants avec au moins un droit ouvert (situation au 31/12/2017), nombre d'enfants de moins de 20 ans et part d'enfants avec droits ouverts au titre du handicap

	Enfants ou jeunes de moins de 20 ans	Enfants ou jeunes de moins de 20 ans avec au moins un droit ouvert	% droits ouverts au titre du handicap
08- Ardennes	67 278	2 560	3,8%
10- Aube	75 024	2 391	3,2%
51- Marne	140 879		
52- Haute-Marne	38 892	691	1,8%
54- Meurthe-et-Moselle	175 920	4 481	2,5%
55- Meuse	44 772	1 594	3,6%
57- Moselle	237 885		
67- Bas-Rhin	262 137	7 078	2,7%
68- Haut-Rhin	181 967	5 633	3,1%
88- Vosges	84 518		
Grand-Est	**1 309 273**		

Source : MDPH de chaque département du Grand Est, Insee, RP2015 exploitation principale. Exploitation : ORS Grand Est.
Lecture : En 2017, 2 560 enfants ou jeunes adultes de moins de 20 ans résidant dans le département des Ardennes ont au moins un droit ouvert au titre du handicap, soit une part de 3,8 % des enfants de moins de 20 ans dans le département. Précision : Une personne peut avoir plusieurs droits ouverts au titre du handicap, cette information n'a pas été demandée aux MDPH.

Objectif 8. Droit des personnes détenues : assurer la confidentialité des données médicales et l'accès des personnes à leur dossier médical

Le cahier des charges du présent rapport prévoit d'indiquer « la proportion de dossiers médicaux à la seule disposition des personnels soignants (dans des armoires fermées à clef) ».

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.

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 intervenir ponctuellement en cas de problème de sécurité.

Les dossiers médicaux sont partagés entre les différents intervenants de santé au sein de l'établissement pénitentiaire.

ꕥ Les extractions médicales de personnes détenues

Le département des soins non programmés et de la santé des détenues (direction des soins de proximité) de l'ARS a été sollicité pour répondre à une demande de recensement des extractions médicales des personnes détenues en Grand Est ainsi qu'une analyse des motifs de refus. La période estivale n'étant pas la plus adaptée pour solliciter des données statistiques, seulement 2/3 des unités sanitaires ont pu répondre au questionnaire.

Après sollicitation des unités sanitaires du Grand Est, il est apparu que ce recensement n'était pas aisé. En effet, chaque unité sanitaire n'a pas la même signification des mots « extraction médicale ». La question s'est posée de comptabiliser exhaustivement les extractions pour consultations de spécialistes à l'extérieur de l'unité sanitaire **et/ou** les hospitalisations inférieures à 48 heures sur les centres hospitaliers de rattachement **et/ou** les hospitalisations sur les deux unités régionales que sont l'UHSI (Unité Hospitalière Sécurisée Interrégionale) et l'UHSA (Unité Hospitalière Spécialement Aménagée) de Nancy.

Les réponses formulées ne permettent pas une agrégation des données qui soit fiable.

De ce fait, une analyse des motifs de non venue a été réalisée sur les réponses clairement identifiées et qui présentaient elles-mêmes une analyse détaillée des motifs. Le terme de refus ayant été abandonné au profit de non-venue ou non-réalisation de l'extraction tant le champ des motivations est large.

Aussi, il apparaît que 73,92 % des extractions programmées (somatiques et psychiatriques) sont honorées. Le champ psychiatrique connaît un taux d'extractions réalisées de 96,70 % et de 3,30 % de non réalisées (1/3 du fait du patient – 2/3 du fait de l'administration pénitentiaire).

Au niveau global, sur l'ensemble des non réalisations d'extractions médicales, plusieurs origines sont indiquées par les unités sanitaires sollicitées :

- du fait du patient : 26,77 %
- du fait de l'administration pénitentiaire (extractions) : 33,29 %
- du fait de la préfecture ou des services de police (escortes) : 5,01 %
- du fait de la libération, d'un transfert, d'une permission ou du décès de la personne détenue : 8,73 %
- du fait du service hospitalier où devait avoir lieu l'extraction : 9,52 %
- du fait de l'unité sanitaire (urgences) : 16,68 %

Les principaux motifs de non réalisation des extractions médicales s'expliquent d'une part du fait d'un manque de personnel de surveillance dans les établissements pénitentiaires de la région ce qui ne permet pas de réaliser le nombre d'extractions nécessaires pour répondre aux besoins de santé des personnes détenues et d'autre part par les choix individuels des personnes détenues qui privilégient plus facilement les parloirs, la formation, le travail et les promenades au détriment de leur prise en charge sanitaire.

La population détenue en Grand Est

Au 1er janvier 2018, 6 083 personnes sont détenues au sein de ces établissements pénitentiaires, pour une capacité opérationnelle de 5 859 places.

Répartition des personnes détenues par établissement (Direction Interrégionale de Strasbourg, 01/01/2018)

Type	Etablissement	Capacité opérationnelle	Nb de personnes écrouées détenues	Densité (%)
MA	Bar-Le-Duc	80	94	117,5
MA	Châlons-en-Champagne	313	300	95,8
MA	Charleville-Mézières	59	51	86,4
MA	Chaumont	78	104	133,3
MA	Colmar	120	162	135,0
MA	Epinal	294	283	96,3
MA	Mulhouse	277	424	153,1
MA	Reims	154	165	107,1
MA	Sarreguemines	71	109	153,5
MA	Strasbourg	445	566	127,2
MA	Troyes	114	143	125,4
qMA	Metz-Queuleu	364	518	142,3
qMA	Nancy Maxéville	453	613	135,3
Ensemble des maisons d'arrêt et qMA		**2 822**	**3 532**	**125,2**
CD	Ecrouves	269	240	89,2
CD	Montmédy	343	293	85,4
CD	Oermingen	263	243	92,4
CD	Saint-Mihiel	400	350	87,5
CD	Toul	427	398	93,2
CD	Villenauxe-La-Grande	606	408	67,3
qCD	Nancy Maxéville	240	218	90,8
MC	Clairvaux	80	63	78,8
MC	Ensisheim	200	191	95,5
qCPA	Metz-Queuleu	77	50	64,9
CSL	Briey	25	19	76,0
CSL	Maxéville	54	40	74,1
CSL	Souffelweyersheim	53	38	71,7
Ensemble des établissements pour peine *		**3 037**	**2 551**	**84,0**
Ensemble des établissements en Grand Est		**5 859**	**6 083**	**103,8**

Note de lecture : MA= maison d'arrêt, CD= centre de détention, MC= maison centrale, CPA= centre pour peine aménagée, CSL= Centre de semi-liberté, q= quartier.. * Article D70 du code de procédure pénale.

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 1er janvier 2018.

Huit des treize maisons ou quartiers de maisons d'arrêt de la région font état d'une surpopulation, à savoir qu'elles affichent une densité carcérale supérieure ou égale à 120 % de leur capacité opérationnelle.

ꕥ Les objectifs du PRS 2

Améliorer l'accès aux soins en milieu pénitentiaire

Les principaux constats identifiés en région sont les suivants :

- Une population détenue fortement touchée par la précarité ;
- Un nombre croissant de pathologies chroniques en milieu carcéral ;
- De forts besoins en matière d'éducation et de promotion de la santé ;
- Une démographie médicale et soignante défavorable ;
- Un accès aux soins inégal ;
- Un taux d'occupation de l'unité hospitalière spécialisée interrégionale du CHRU de Nancy faible.

Source : ARS Grand Est, [PRS] PROJET RÉGIONAL DE SANTÉ 2018-2027, Schéma Régional de Santé et Programme régional d'accès à la prévention et aux soins des personnes les plus démunies 2018-2023, Février 2018(document en consultation réglementaire), p.136.

ꕥ « Les droits fondamentaux à l'épreuve de la surpopulation carcérale », rapport du Contrôleur général des lieux de privation de liberté

Un récent rapport[21] du Contrôleur général des lieux de privation de liberté (CGLPL) paru en février 2018 dénonce la surpopulation carcérale et ses effets sur les droits fondamentaux des détenus. Considérant plus particulièrement la problématique de la surpopulation sur l'accès aux soins des détenus, le contrôleur général relève notamment l'augmentation des besoins des personnes détenues, les conditions matérielles inadaptées et la détérioration de la qualité des soins apportés.

[21] Contrôleur général des lieux de privation de liberté (CGLPL), Rapport thématique : « Les droits fondamentaux à l'épreuve de la surpopulation carcérale. Approche concrète sur la base de l'expérience du Contrôleur général des lieux de privation de liberté » février 2018, 52 p. Voir aussi le Dossier de presse du Rapport thématique, 9 p.

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

Troisième Partie du Code de la santé publique « Lutte contre les maladies et dépendances, Livre II : lutte contre les maladies mentales

Chapitre Ier : Droits des personnes faisant l'objet de soins psychiatriques

Article L3211-1

« Une personne ne peut sans son consentement ou, le cas échéant, sans celui de son représentant légal, faire l'objet de soins psychiatriques, hormis les cas prévus par les chapitres II à IV du présent titre et ceux prévus à l'article 706-135 du code de procédure pénale. (…) »

Article L3211-2

Une personne faisant l'objet de soins psychiatriques avec son consentement pour des troubles mentaux est dite en soins psychiatriques libres. Elle dispose des mêmes droits liés à l'exercice des libertés individuelles que ceux qui sont reconnus aux malades soignés pour une autre cause.

Cette modalité de soins est privilégiée lorsque l'état de la personne le permet.

La loi fixe les modalités d'une admission en soins psychiatriques sans consentement[22], à la demande d'un tiers ou en cas de péril imminent (Chapitre II, articles L3212-1 et 2), sur décision du représentant de l'Etat (Chapitre III, articles L3213-1 et suivants), et pour les personnes détenues atteintes de troubles mentaux (Chapitre IV, articles L3214-1 et suivants).

Le cahier des charges du présent rapport doit permettre d'identifier la proportion de commissions départementales de soins psychiatriques (CDSP) au sein de la région ainsi que celles fournissant un rapport d'activités à l'ARS.

Une CDSP existe au sein de chaque département du Grand Est ; l'ARS Grand Est, via les délégations territoriales (DT), dispose des rapports d'activités des CDSP de l'ensemble de son territoire.

Article L3223-2 du code de la santé publique

La commission prévue à l'article L. 3222-5 se compose :

1° de deux psychiatres, l'un désigné par le procureur général près la cour d'appel, l'autre par le représentant de l'Etat dans le département ;

2° d'un magistrat désigné par le premier président de la cour d'appel ;

3° de deux représentants d'associations agréées respectivement de personnes malades et de familles de personnes atteintes de troubles mentaux, désignés par le représentant de l'Etat dans le département ;

4° d'un médecin généraliste désigné par le représentant de l'Etat dans le département.

(…). »

[22] Les dernières modifications apportées ont été apportées par la LOI n° 2013-869 du 27 septembre 2013 modifiant certaines dispositions issues de la loi n° 2011-803 du 5 juillet 2011 relative aux droits et à la protection des personnes faisant l'objet de soins psychiatriques et aux modalités de leur prise en charge.

L'arrêté du 26 juin 2012 fixe le modèle du tableau des statistiques d'activité des commissions départementales des soins psychiatriques prévu à l'article R. 3223-11 du code de la santé publique.

Il est ainsi possible de décrire l'activité annuelle des CDSP, à partir des éléments comme :

- le nombre de réunions de la CDSP et le nombre de visites d'établissement ;
- le nombre de dossiers examinés par la CDSP (selon les départements, il est en outre possible de distinguer les demandes selon le type de mesures, à savoir : relevant de soins sur décision du directeur d'établissement (SDDE), de soins sur décision du représentant de l'État (SDRE), ou encore de soins psychiatriques en cas de péril imminent (SPI)).

Les données recueillies portant toutes sur la même année d'activité, il est possible de décrire une activité globale à l'échelle du Grand Est (en terme de volume, de moyenne et de médiane).

En Grand Est, ce sont près de 2 000 dossiers qui ont examinés par les 10 CDSP au cours de l'année 2017, l'activité étant très variable selon les départements. La moitié des commissions a ainsi étudié plus de 114 dossiers et réceptionné 4 plaintes et réclamations. Le nombre médian de réunions s'établit à 4.

Synthèse de l'activité des CDSP par département du Grand Est (2017)

	Réunions	Visites établissements	Dossiers examinés	Plaintes et réclamations
08- Ardennes	1	1	116	0
10- Aube	3	2	69	0
51- Marne	4	4	456	6
52- Haute-Marne	4	2	59	3
54- Meurthe-et-Moselle	3	6	111	2
55- Meuse	4	3	216	4
57- Moselle	4	4	212	9
67- Bas-Rhin	4	6	50	7
68- Haut-Rhin	3	4	44	7
88- Vosges	2	2	665	3
Grand-Est				
total	**32**	**34**	**1 998**	**41**
moyenne	**3**	**3**	**200**	**4**
médiane	**4**	**4**	**114**	**4**

Source : Délégations territoriales de l'ARS Grand Est. Activité 2017.

Orientation 2 :
Renforcer et préserver l'accès à la santé pour tous

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

Pourcentage d'offre en tarif opposable par spécialité (secteur 1 + secteur 2) et par territoire de santé

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

La répartition des médecins libéraux entre secteur 1 (respect des tarifs conventionnels) et secteur 2 (honoraires fixés librement[23]) permet d'approcher de façon globale l'accès à une offre de soins au tarif opposable[24].

La Direction de la coordination de la gestion du risque (DCGDR) Grand Est a procédé à une extraction des données du Système national des données de santé (SNDS) pour disposer des effectifs de médecins en exercice au 31 décembre 2017 par département, spécialité médicale et secteur de conventionnement en Grand Est.

Au 21/12/2017 en Grand, 95 % des médecins généralistes libéraux exercent en secteur 1 et 58 % des médecins spécialistes hors médecine générale.

Effectifs de médecins libéraux et proportion en secteur 1 par département au 31/12/2017

	Médecins généralistes		Médecins spécialistes hors MG	
	Effectif	% secteur 1	Effectif	% secteur 1
08- Ardennes	239	97%	126	87%
10- Aube	216	97%	172	64%
51- Marne	519	93%	444	49%
52- Haute-Marne	150	95%	81	78%
54- Meurthe-et-Moselle	724	97%	640	59%
55- Meuse	150	98%	69	72%
57- Moselle	854	97%	699	76%
67- Bas-Rhin	1 224	94%	1 230	45%
68- Haut-Rhin	653	95%	607	52%
88- Vosges	315	96%	186	70%
Grand-Est	**5 044**	**95%**	**4 254**	**58%**

Source : SNDS. Exploitation : DCGDR Grand Est, ORS Grand Est.

[23] Cette catégorie inclut également : (1) les professionnels non conventionnés et (2) les professionnels en secteur 1 avec droit permanent à dépasser, catégorie remplacée par le secteur 2.

[24] L'instauration de deux secteurs conventionnels date de 1980 : Arrêté du 5 juin 1980 portant approbation de la convention conclue entre, d'une part, la Caisse nationale de l'assurance maladie des travailleurs salariés et conjointement la Caisse centrale de secours mutuels agricoles et la Caisse nationale d'assurance maladie et maternité des travailleurs non salariés des professions non agricoles et, d'autre part, la Fédération des médecins de France.

Bien que pour les médecins généralistes, l'exercice en secteur 1 soit la norme dans chaque département du Grand Est, la proportion d'omnipraticiens en secteur 2 varie au plus bas de 2 % en Meuse à 7 % dans la Marne.

Ce constat n'est pas valable pour les médecins spécialistes hors médecine générale, pour lesquels 58 % d'entre eux exercent en secteur 1. De plus, de fortes variations sont observées au sein de la région, ce taux variant du simple au double selon les départements. Le Bas-Rhin et la Marne (respectivement 45 % et 49 %) sont ainsi les deux départements disposant de la plus faible offre de spécialistes en secteur 1 ; à l'opposé, 87 % des médecins spécialistes exerçant dans les Ardennes sont conventionnés en secteur 1.

Ces différences dépendent en partie d'une disparité en termes de spécialités présentes ou non dans chaque département, mais sont également observables entre départements au sein d'une même spécialité.

Effectifs et proportion en secteur 1 de médecins libéraux de certaines spécialités par département au 31/12/2017

	Effectif	% secteur 1	Minimum	Maximum
Tous médecins spécialistes	**4 254**	**58%**	**45%**	**87%**
dont				
Cardiologie	413	78%	40%	100%
Ophtalmologie	348	50%	31%	83%
Psychiatrie	389	60%	46%	100%
Radiologie	439	81%	38%	50%
Gynécologie méd. et obst.	410	44%	25%	92%

Source : SNDS. Exploitation : DCGDR Grand Est, ORS Grand Est.

Ainsi, si l'on s'intéresse à certaines spécialités d'intérêt dont les spécialités en accès direct spécifique (cardiologie, ophtalmologie), la proportion de médecins libéraux en secteur 1 en Grand Est varie de 44 % en gynécologie à 81 % en radiologie. Par ailleurs,

- la radiologie est la spécialité étudiée pour laquelle la variation de professionnels en secteur 1 en Grand Est est la plus faible (entre 38 % et 50 % selon les départements ;
- la gynécologie médicale et obstétrique est la spécialité qui présente le plus de disparités, avec une proportion de praticiens en secteur 1 variant de 25 % à 92 % selon les départements.

∞ 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

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

- **L'Accessibilité potentielle localisée (APL) au médecin généraliste**

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[25]. Ce chantier fait partie de la première priorité du plan national de renforcement de l'accès territorial aux soins, à savoir : « Renforcer l'offre de soins dans les territoires au service des patients »[26].

Comme rappelé dans l'annexe méthodologique[27] de l'arrêté du 13 novembre 2017, 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).

En 2015, un habitant bénéficie en moyenne nationale de 3,8 consultations par an chez un médecin généraliste (source : SNIIRAM 2015, CNAM-TS, Calculs DREES).

Les catégories de zones, conditionnant l'accès à des aides financières et conventionnelles

L'indicateur APL est calculé au niveau des territoires de vie-santé, et correspond à la moyenne, pondérée par la population de chaque commune, des indicateurs APL des communes composant cette unité territoriale.

Dans le cadre de cette méthodologie, deux seuils ont été définis :

- une offre médicale est insuffisante dès lors qu'elle est inférieure d'au moins un tiers à cette valeur (soit inférieure à 2,5 consultations par an par habitant) ;
- le niveau de l'offre de soins ne permet pas de répondre de manière satisfaisante aux besoins de la population lorsque l'indicateur APL est inférieur à 4 consultations par an par habitant.

Le zonage pour les médecins identifie trois catégories de zones, conditionnant l'accès à des aides financières et conventionnelles pour les médecins y exerçant ou souhaitant s'y installer :

- 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 des 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).

[25] **Décret n°2017-632 du 25 avril 2017** relatif aux conditions de détermination des zones caractérisées par une offre de soins insuffisante ou par des difficultés dans l'accès aux soins ou dans lesquelles le niveau de l'offre est particulièrement élevé. Suivi de l'**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.

[26] Site du Ministère des Solidarités et de la Santé : http://solidarites-sante.gouv.fr/systeme-de-sante-et-medico-social/acces-territorial-aux-soins/article/priorite-no1-renforcer-l-offre-de-soins-dans-les-territoires-au-service-des (Page consultée le 12/07/2018).

[27] Annexe méthodologique reprise en annexe du présent rapport.

Le tableau ci-après, repris de l'annexe de l'arrêté du 13 novembre 2017, précise pour chaque région le seuil de population à respecter pour la sélection des zones d'intervention prioritaire.

En France entière, près d'un habitant sur cinq (18 %) résidera dans un territoire de vie-santé identifié comme zones d'intervention prioritaire. En Grand Est, la part de la population concernée est de 8,7 %. Pour déterminer les zones d'intervention prioritaire, une sélection automatique identifie la part de la population vivant dans des zones avec un faible niveau d'accessibilité aux soins (moins de 2,5 consultations par habitant par an), à savoir 1,7 % des habitants de la région, à laquelle s'ajoute une part (7,0 %) laissée à l'appréciation de l'ARS, en concertation avec les partenaires locaux et régionaux.

Part de la population régionale applicable pour la détermination des zones caractérisées par une offre de soins insuffisante ou par des difficultés dans l'accès aux soins

	Zones d'intervention prioritaire		
	Part de la population régionale		
	dans les zones A (en %) (sélection nationale)	dans les zones B (en %) (sélection additionnelle à choisir parmi le vivier)	Total (Zones A + B) (en %)
Auvergne-Rhône-Alpes	7,9	7,2	15,1
Bourgogne-Franche-Comté	6,3	15,6	21,9
Bretagne	1,1	8,9	10,0
Centre-Val de Loire	18,9	20,9	39,8
Corse	8,1	3,8	11,9
Grand Est	1,7	7,0	8,7
Guadeloupe	33,1	16,2	49,3
Guyane	100,0	-	100,0
Hauts-de-France	2,4	5,9	8,3
Ile-de-France	14,6	22,1	36,7
La Réunion	1,5	8,2	9,7
Martinique	45,0	10,7	55,7
Mayotte	100,0	-	100,0
Normandie	4,6	18,5	23,1
Nouvelle-Aquitaine	2,0	8,8	10,8
Occitanie	1,7	4,5	6,2
Pays de la Loire	5,0	13,2	18,2
Provence-Alpes-Côte d'Azur	1,2	2,6	3,8
France entière	**7,0**	**11,0**	**18,0**

Source : 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, Annexe : Méthodologie de détermination des zones caractérisées par une offre de soins insuffisante ou par des difficultés dans l'accès aux soins pour la profession de médecin.

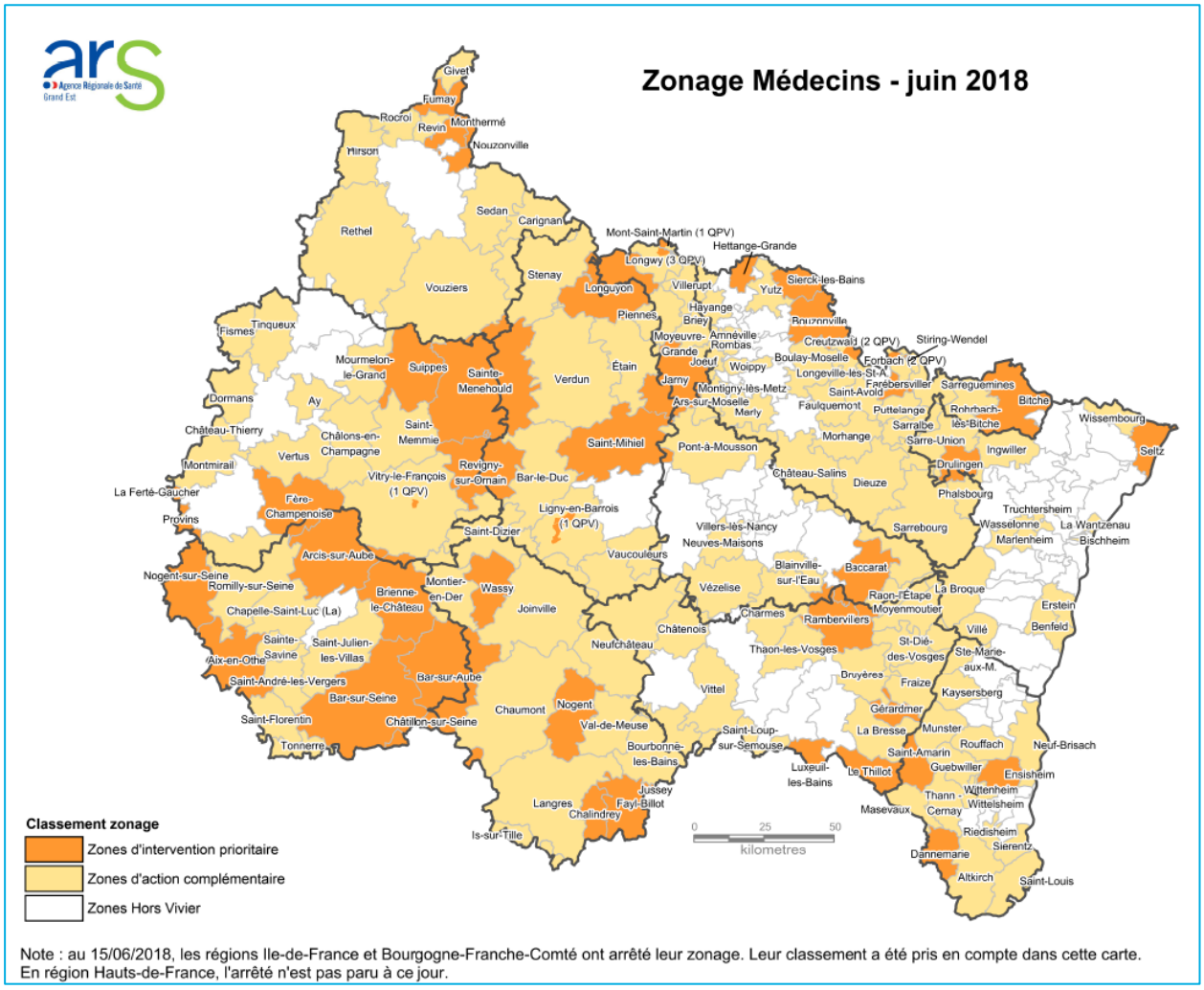
Le renouvellement de la carte régionale du zonage médecins

Le directeur général de l'ARS Grand Est a arrêté le nouveau zonage médecins au 19 juin 2018.

- 483 000 habitants, soit 8,7 % de la population régionale, résident dans des communes situées en **« zones d'intervention prioritaire »**
- 2 810 000 habitants, soit 50,7 % de la population régionale, résident dans des communes situées en **« zones d'action complémentaire »**.

Ce nouveau zonage est applicable à compter du 1er juillet 2018 et fait suite aux travaux réalisés en région avec les partenaires (Union Régionale des Professionnels de Santé – Médecins Libéraux, Conseils de l'Ordre des médecins, élus) et après concertation de l'URPS-ML et de la CRSA. Le zonage est révisé *a minima* tous les trois ans.

Carte du zonage médecins en Grand Est (juin 2018)



Source : ARS Grand Est, (actualité) « L'ARS Grand Est arrête le nouveau zonage médecin », https://www.grand-est.ars.sante.fr/lars-grand-est-arrete-le-nouveau-zonage-medecin [page consultée le 02/07/2018]

Les zones d'intervention prioritaire comptent 34 territoires de vie-santé et couvrent 993 communes de la région et 10 quartiers prioritaires de la politique de la ville (QPV)[28].

[28] Les 10 quartiers sont les suivants : 51- Commune de Vitry-le-François (Quartier Rome Saint Charles) ; 54- Commune de Longwy (Quartier Voltaire, Quartier Gouraincourt - Remparts), Commune d'Herserange (Quartier Concorde), Commune de Mont-Saint-Martin (Quartier Val Saint Martin) ; 55- Commune de Ligny-en-Barrois (Quartier Cité de l'Ornain) ; 57- Commune de Forbach (Quartier Bellevue, Quartier Wiesberg Hommel), Commune de Creutzwald (Quartier Breckelberg Fatima, Quartier Maroc).

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

Dans le cadre des négociations conventionnelles, les partenaires pourront potentiellement utiliser l'APL, à l'instar des médecins pour déterminer la méthodologie permettant de définir le zonage propre à chaque profession.

En effet, l'indicateur APL est calculé et disponible (données 2016) pour les infirmiers, les masseurs kinésithérapeutes, les sages-femmes[29]. Contrairement à l'APL au médecin généraliste, exprimée en consultation / habitant / an, l'APL calculée pour les autres professions s'exprime en équivalent temps plein (ETP) pour 100 000 habitants. Le cas échéant, les partenaires conventionnels détermineront les seuils pour qualifier les zones (de « très sous-dotées » à « très sur-dotées », le nombre de catégories pouvant différer selon les professions).

Ce travail de définition ou d'actualisation d'un zonage conventionnel doit être mis en œuvre sous la même forme pour d'autres spécialités en tension ainsi que d'autres professionnels de santé de premier recours (définition des zones, arrêté ministériel, groupes de travail régionaux en lien avec les URPS et les commissions paritaires et publication d'arrêtés régionaux).

En attendant, il est possible de se référer aux données des ARS et de l'Assurance Maladie, rassemblées au sein de l'outil CartoSanté, accessible via le portail d'accompagnement des professionnels de santé (PAPS)[30] et y consulter les zonages conventionnels en vigueur. Cet outil de représentation cartographique et statistique présente les principales données d'offre et de demande de soins de premier recours pour cinq professions libérales : médecins omnipraticiens, infirmiers, masseurs kinésithérapeutes, chirurgiens-dentistes et orthophonistes.

Le Grand Est se caractérise par une densité de professionnels de santé de premier recours comparable à la moyenne nationale (médecins généralistes, chirurgiens-dentistes) ou inférieure (infirmiers, masseurs-kinésithérapeutes, orthophonistes).

Densité de professionnels de santé pour 10 000 habitants par département du Grand Est en 2016

	Médecins généralistes	Infimiers	Masseurs-kinésithérapeutes	Orthophonistes	Chirurgiens-dentistes
08- Ardennes	8,2	13,4	8,7	27,5	4,1
10- Aube	7,4	9,4	7,4	18,2	4,4
51- Marne	9,3	8,4	7,6	19,3	5,1
52- Haute-Marne	8,3	10,8	5,0	10,5	3,6
54- Meurthe-et-Moselle	10,0	10,2	7,8	33,6	6,0
55- Meuse	7,8	11,1	5,6	21,9	3,4
57- Moselle	8,3	15,0	7,5	27,0	5,5
67- Bas-Rhin	10,9	12,8	12,3	33,8	7,3
68- Haut-Rhin	8,7	9,3	7,6	19,3	5,4
88- Vosges	8,5	10,0	6,8	20,9	4,7
Grand-Est	9,1	11,5	8,4	25,8	5,5
France entière	**9,1**	**13,6**	**9,9**	**29,2**	**5,3**
Minimum (/ 101 dép.)	1,2	4,4	2,4	2,8	0,8
Maximum (/ 101 dép.)	12,4	37,0	20,2	56,5	10,0

Note de lecture : Le code couleurs, appliqué par rapport à la valeur pour la France entière, identifie en rouge les départements pour lesquels la densité est inférieure à la densité nationale (respectivement jaune pour une densité comparable et vert pour une densité supérieure).
Source : CartoSanté (FNPS, INSEE), situation au 31/12/2016, http://cartosante.atlasante.fr/mobile.php .
Exploitation : ORS Grand Est.

[29] Des données plus anciennes (2013) sont disponibles pour les professions libérales suivantes : chirurgiens-dentistes, gynécologues, infirmiers, masseurs-kinésithérapeutes, médecins généralistes, ophtalmologues, pédiatres, pharmaciens, psychiatres, sages-femmes.
[30] Lien direct vers le PAPS-Santé Grand Est : http://www.grand-est.paps.sante.fr/Accueil.38365.0.html

Seuls trois départements du Grand Est affichent une densité de médecins généralistes supérieure à la moyenne nationale (9,1 médecins pour 10 000 habitants) : le Bas-Rhin, la Meurthe-et-Moselle et la Marne, c'est-à-dire les trois départements accueillant les facultés de médecine en Grand Est, également trois préfectures des ante-régions. A l'opposé, l'Aube est le département le moins bien doté avec 7,4 médecins généralistes pour 10 000 habitants, suivi de la Meuse avec 7,8 médecins généralistes pour 10 000 habitants.

La densité de médecins généralistes permet de mettre en perspective les constats effectués sur l'offre opposable : les départements les mieux dotés en omnipraticiens sont ceux qui affichent la proportion la plus importants de professionnels en secteur 2. Ce constat peut également être fait pour les médecins spécialistes[31]. A noter enfin que les trois départements les mieux dotés en médecins généralistes sont également les moins impactés en termes de vieillissement des praticiens (part des professionnels de 55 ans ou plus inférieure aux moyennes régionale et nationale)[32].

La moitié des départements du Grand Est présente une situation plus défavorable qu'en France entière, pour l'ensemble des professions de premiers recours, à savoir : les Ardennes, l'Aube, la Haute-Marne, la Meuse et les Vosges. La situation en Haute-Marne est particulièrement défavorable concernant les masseurs-kinésithérapeutes (densité deux fois plus faible qu'en moyenne nationale) et les orthophonistes (densité près de trois fois plus faible).

[31] Pour les densités relatives aux médecins spécialistes, se reporter au rapport annuel précédent.
[32] ARS Grand Est, Statiss Grand Est 2016, 60 p., p. 48-49.

Taux de satisfaction des usagers de la permanence des soins

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

Nombre de structures d'exercice collectif en milieu ambulatoire

Les structures d'exercice collectif en milieu ambulatoire prennent la forme de maisons ou pôles de santé pluriprofessionnels ou 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 ou pôles de santé pluri professionnels regroupent des professionnels de santé libéraux, tandis que les centres de santé salarient les personnels en exercice.

Les maisons de santé ainsi que les centres de santé en fonctionnement peuvent bénéficier de modes de rémunération spécifiques liés à leur activité coordonnée, par la signature d'un contrat tripartite avec la CPAM du département et l'ARS Grand Est (arrêté du 24 juillet 2017, portant approbation de l'accord conventionnel interprofessionnel relatif aux structures de santé pluriprofessionnelles).

Les structures sous contrat justifient annuellement de l'atteinte d'objectifs fixés par un cahier des charges et déclinés selon trois axes : l'accès aux soins, le travail en équipe et la coordination, enfin le système d'information partagé. Un indicateur optionnel relevant de la thématique « Accès aux soins » permet aux structures de valoriser toute démarche portant sur le recueil et la prise en compte de la satisfaction des patients.

La loi de modernisation de notre système de santé (2016) poursuit cette logique d'organisation des soins en ambulatoire par la création des équipes de soins primaires (ESP, dont la maison de santé est une forme) et des communautés professionnelles territoriales de santé (CPTS).

Le tableau repris ci-après rappelle les principales caractéristiques de ces deux formes d'organisation.

Synthèse des dispositifs créés par la loi de modernisation de notre système de santé (LMSS)

	ÉQUIPE DE SOINS PRIMAIRES	COMMUNAUTÉS PROFESSIONNELLES territoriales de santé
Références réglementaires	L.1411-11-1	L.1434-12
Composition	Professionnels de ville (1er et 2e recours) dont, *a minima*, un médecin généraliste	Tout acteur de santé (ville, sanitaire, médico-social)
Forme juridique	Maison de santé pluriprofessionnelle, centre de santé ou toute autre forme d'organisation	Toute forme d'organisation
Territoire	Correspond à celui de la patientèle des professionnels visée par le projet de l'équipe	Correspond à celui de la population visée par le projet de la communauté
Objet	Répondre à un ou plusieurs besoins identifiés sur le territoire	
Projet de santé	Obligatoire Fixe les modalités de coordination et les actions projetées Pour les maisons et centres, leur projet de santé vaut projet pour leurs membres	Obligatoire Fixe le territoire, les modalités de coordination et les actions projetées par la communauté
Contractualisation	Contrat territorial de santé entre l'ESP ou la CPTS et l'ARS et toute autre partie prenante Fixe les engagements réciproques des acteurs	

Source : Ministère des affaires sociales et de la santé, « Instruction no DGOS/R5/2016/392 du 2 décembre 2016 relative aux équipes de soins primaires (ESP) et aux communautés professionnelles territoriales de santé (CPTS) », Annexe.

- **Les maisons et pôles de santé pluri professionnels**

> **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.

Le Grand Est compte actuellement 95 MSP en fonctionnement[33] et 38 projets[34], inégalement réparties sur le territoire. Trois des quatre départements de l'ante-région Lorraine compte un nombre important de Maison de santé (jusqu'à 21 dans les Vosges). A l'inverse, les départements de l'ante-région Alsace ne comptent que 5 MSP en fonctionnement pour le Bas-Rhin et 4 pour le Haut-Rhin.

Nombre de Maisons de santé pluriprofessionnelles (MSP) par département en Grand Est

	En fonctionnement	En projet
08- Ardennes	6	5
10- Aube	9	3
51- Marne	11	5
52- Haute-Marne	6	4
54- Meurthe-et-Moselle	12	6
55- Meuse	14	4
57- Moselle	7	3
67- Bas-Rhin	5	1
68- Haut-Rhin	4	2
88- Vosges	21	5
Grand-Est	**95**	**38**

Source : ARS Grand Est, Direction Soins de Proximité. MAJ avril 2018.

[33] Les MSP en fonctionnement sont des MSP ouvertes et dont le projet de santé a été « labellisé » par les comités départementaux et régionaux de sélection des projets.
[34] Les MSP en projets correspondent à des équipes de professionnels constituées autour d'un projet, tous stades d'avancement confondus, mais suffisamment précis pour bénéficier d'un accompagnement et/ou d'un suivi par l'ARS et les partenaires impliqués.

- **Les centres de santé**

> **Article L6323-1 du Code de la santé publique**
>
> Les centres de santé sont des structures sanitaires de proximité dispensant principalement des soins de premier recours. Ils assurent des activités de soins sans hébergement, au centre ou au domicile du patient, aux tarifs mentionnés au 1° du I de l'article L. 162-14-1 du code de la sécurité sociale, et mènent des actions de santé publique, de prévention, d'éducation pour la santé et des actions sociales et pratiquent la délégation du paiement du tiers mentionnée à l'article L. 322-1 du même code. Ils peuvent mener des actions d'éducation thérapeutique des patients. […]
>
> Les centres de santé élaborent un projet de santé incluant des dispositions tendant à favoriser l'accessibilité sociale, la coordination des soins et le développement d'actions de santé publique. […]

Le Grand Est compte 201 centres de santé ouverts – dont 53 centres polyvalents, comprenant une offre en médecine générale et une offre paramédicale – et 4 projets d'ouverture (3 sur la Marne et 1 sur la Meurthe-et-Moselle).

La répartition géographique des centres de santé vient compléter le maillage des maisons et pôles de santé. Les départements de la Moselle, du Bas-Rhin et du Haut-Rhin comptent ainsi un nombre important de centres de santé.

Nombre de centres de santé ouverts par département en Grand Est

	Infirmiers	Dentaire	Médical	Polyvalent	Total
08- Ardennes	1	7		1	9
10- Aube	1	4		3	8
51- Marne	11	1		2	14
52- Haute-Marne		5	1		6
54- Meurthe-et-Moselle	4	7		7	18
55- Meuse	0	4		1	5
57- Moselle	6	13	4	34	58
67- Bas-Rhin	28	11		1	41
68- Haut-Rhin	19	10	3	4	36
88- Vosges	1	5			6
Grand-Est	**71**	**67**	**8**	**53**	**201**

Source : ARS Grand Est, Direction Soins de Proximité, MAJ mai 2018.

- **Les communautés professionnelles territoriales de santé**

> **Article L6323-3 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. (…)

L'ARS Grand Est accompagne actuellement 12 projets de CPTS, répartis sur 7 départements.

Les professionnels impliqués dans un projet de CPTS élaborent un projet de santé devant répondre aux besoins de santé d'un territoire. Par ailleurs, cette forme d'organisation s'appuie sur une acception large de la santé, puisqu'elle entend favoriser les liens entre les secteurs sanitaire, médico-social et social.

Nombre de projets de Communautés professionnelles territoriales de santé (CPTS) accompagnés par département en Grand Est

	En projet
08- Ardennes	
10- Aube	
51- Marne	1
52- Haute-Marne	
54- Meurthe-et-Moselle	3
55- Meuse	2
57- Moselle	1
67- Bas-Rhin	2
68- Haut-Rhin	2
88- Vosges	1
Grand-Est	**12**

Source : ARS Grand Est, Direction Soins de Proximité, MAJ mai 2018.

Objectif 11. Assurer financièrement l'accès aux soins

Il n'a pas été possible d'obtenir le nombre de plaintes et de réclamations pour refus de soins pour les personnes en CMU et AME.

Rappel sur les dispositifs d'accès aux soins

Exemple d'une consultation chez votre médecin traitant

Le 1er janvier 2016, la Protection universelle maladie (PUMA) entre en application, elle assure aux personnes qui exercent une activité professionnelle ou qui résident en France de façon stable et régulière, la prise en charge des frais de santé en cas de maladie ou de maternité, à titre personnel et de manière continue tout au long de la vie.

La Couverture maladie universelle (CMU) de base permet l'accès à l'assurance maladie, pour la part obligatoire, pour toutes les personnes résidant en France de manière stable et régulière, et qui n'ont pas droit à l'assurance maladie à un autre titre (activité professionnelle, maintien de droits, ayant-droit, etc.). *Depuis l'entrée en vigueur de la PUMA, la CMU de base est supprimée.*

La Couverture maladie universelle complémentaire (CMU-C) permet aux assurés sociaux ayant des ressources inférieures à un certain plafond de bénéficier d'une exonération du ticket modérateur pour leurs soins et de la dispense d'avance de frais.

L'Aide médicale d'Etat (AME) s'adresse aux étrangers en situation irrégulière aux faibles revenus.

L'Aide à l'acquisition d'une complémentaire santé (ACS) consiste en une prise en charge partielle des cotisations à la mutuelle pour les personnes ayant de faibles ressources mais dépassant le plafond de la CMU-C.

Source : Fonds CMU, http://www.cmu.fr/les_droits_a_la_couverture_maladie.php [page consultée le 24/07/2018]

Article L1110-3 du Code de la santé publique [extrait]

« Aucune personne ne peut faire l'objet de discriminations dans l'accès à la prévention ou aux soins.

Un professionnel de santé ne peut refuser de soigner une personne pour l'un des motifs visés au premier alinéa de l'article 225-1 ou à l'article 225-1-1 du code pénal ou au motif qu'elle est bénéficiaire de la protection complémentaire ou du droit à l'aide prévus aux articles L. 861-1 et L. 863-1 du code de la sécurité sociale, ou du droit à l'aide prévue à l'article L. 251-1 du code de l'action sociale et des familles.

Toute personne qui s'estime victime d'un refus de soins illégitime peut saisir le directeur de l'organisme local d'assurance maladie ou le président du conseil territorialement compétent de l'ordre professionnel concerné des faits qui permettent d'en présumer l'existence. Cette saisine vaut dépôt de plainte. Elle est communiquée à l'autorité qui n'en a pas été destinataire. Le récipiendaire en accuse réception à l'auteur, en informe le professionnel de santé mis en cause et peut le convoquer dans un délai d'un mois à compter de la date d'enregistrement de la plainte. […] »

ꕥ Bénéficiaires de l'ACS ou de la CMU-C ayant sollicité un conciliateur de la CPAM

Au titre de l'année 2017, 48 bénéficiaires de l'ACS ou de la CMU-C pour lesquels le professionnel de santé n'a pas appliqué le tiers payant et/ou a facturé un dépassement ont saisi le conciliateur d'une caisse primaire d'assurance maladie en région Grand Est.

Nombre de bénéficiaires de l'ACS ou de la CMUC pour lesquels le professionnel de santé n'a pas appliqué le tiers payant et/ou a facturé un dépassement en 2017

	Nombre de bénéficiaires concernés en 2017
08- Ardennes	-
10- Aube	2
51- Marne	12
52- Haute-Marne	2
54- Meurthe-et-Moselle	-
55- Meuse	-
57- Moselle	-
67- Bas-Rhin	25
68- Haut-Rhin	7
88- Vosges	-
Grand-Est	**48**

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

ꕥ Travaux nationaux sur les refus de soins

La loi de modernisation du système de santé (décret N°2016-1009 du 21 juillet 2016) charge les Conseils nationaux des ordres médecins, des ordres des chirurgiens-dentistes et des ordres des sages-femmes d'évaluer le respect du principe de non-discrimination dans l'accès à la prévention et aux soins.

Au cours du second semestre 2017, trois commissions ont ainsi été constituées[35], au sein desquelles siègent professionnels de santé et représentants d'associations d'usagers du système de santé. Les travaux doivent se poursuivre en 2018 en vue de la réalisation d'un rapport annuel, remis au Ministère chargé de la santé puis rendu public.

Un rapport annuel, remis au ministre chargé de la santé et rendu public un mois plus tard, doit fournir des éléments d'analyse de ces pratiques, produire des données statistiques et émettre des recommandations. Au titre de l'année 2016, les rapports des conseils nationaux devraient être remis au plus tard le 30 septembre 2017.

[35] Ces quelques éléments sont issus du rapport d'activité 2017 du Fonds CMU.

Objectif 12. Assurer l'accès aux structures de prévention

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

- les taux de participation aux dépistages organisés du cancer colorectal et 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.

℘ Taux de participation aux dépistages organisés des cancers

Dépistage organisé du cancer colorectal

Lors de la campagne 2016-2017, 546 311 personnes de 50 à 74 ans ont été dépistées dans le cadre du dépistage organisé du cancer colorectal. Avec **un taux de participation de 39,2 %**, le Grand Est affiche une participation supérieure de 5,7 points à la France entière (33,5 %), mais qui reste insuffisante par rapport au seuil préconisé par le référentiel européen de 45 %.

Après une forte chute du taux de participation liée à un changement de test (arrêt des invitations au dernier trimestre 2014 et lancement du test immunologique en avril 2015), celui-ci a de nouveau augmenté sur la période 2015-2017.

Le Grand Est se situe en 3e position des régions les plus participantes, derrière les Pays de la Loire (41,0 %) et la Bourgogne-Franche-Comté (39,4 %).

De plus, le taux de participation est égal ou supérieur au taux national pour chacun des dix départements de la région ; il varie ainsi de 33,5 % en Haute-Marne à 45,6 % dans le Haut-Rhin. Le département du Haut-Rhin, 3e département français en termes de participation, atteint ainsi le niveau recommandé par le référentiel européen.

Dépistage organisé du cancer du sein

Avec 444 460 femmes de 50 à 74 ans dépistées au cours de la campagne 2016-2017, le Grand Est affiche un **taux de participation au dépistage organisé du cancer du sein de 51,7 %**. Ce taux est sensiblement supérieur à celui de la France entière (+ 1,4 point), mais inférieur aux préconisations européennes de 70 % pour être jugé efficace.

Le taux de participation national (50,3 %) apparaît à la baisse depuis 2015, après une stabilisation autour de 52 % sur la période 2008-2014.

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

Au sein de la région, le taux de participation varie de 46,0 % pour la Moselle à 58,9 % pour la Marne.

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

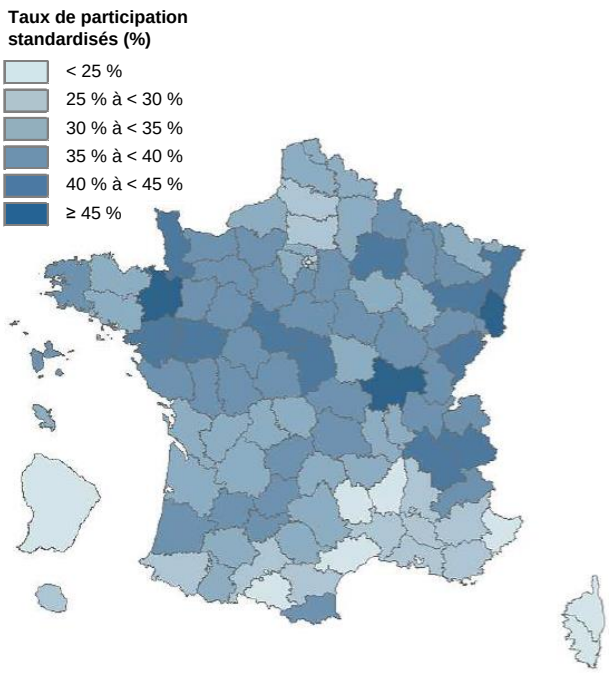
Taux standardisé de participation aux campagnes de dépistage organisé 2016-2017 par département du Grand Est

	DO Cancer colorectal	DO Cancer du sein
08- Ardennes	35,3%	54,6%
10- Aube	34,5%	54,5%
51- Marne	42,3%	58,9%
52- Haute-Marne	33,5%	55,5%
54- Meurthe-et-Moselle	38,5%	50,4%
55- Meuse	35,8%	51,2%
57- Moselle	34,4%	46,0%
67- Bas-Rhin	43,3%	50,9%
68- Haut-Rhin	45,6%	52,5%
88- Vosges	40,4%	54,6%
Grand-Est	39,2%	51,7%
France entière	**33,5%**	**50,3%**
Préconisation (référentiel européen)	*45,0%*	*70,0%*

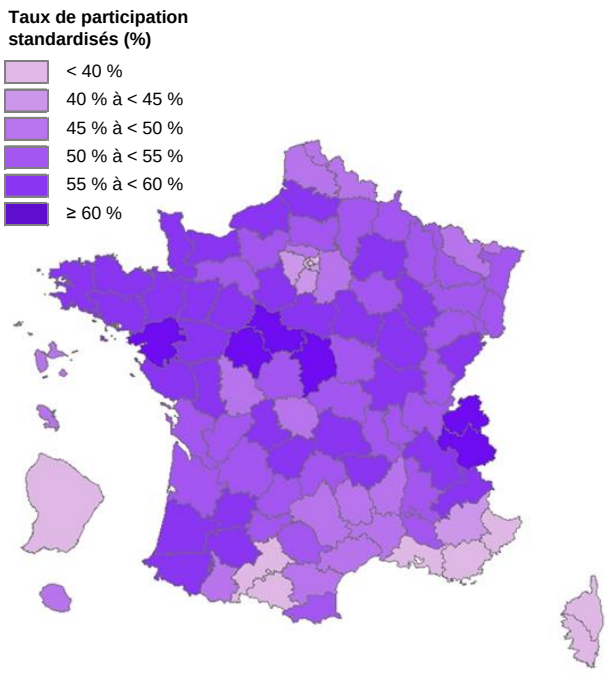
Source : Santé publique France - Données issues des structures départementales du dépistage organisé du cancer colorectal et du cancer du sein - Campagnes 2016-2017.

Taux départementaux standardisés de participation aux programmes nationaux de dépistage organisé (2016-2017)

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 2016-2017 » [publié le 13/04/2018, consultée le 03/05/2018], page : « Taux de participation au programme de dépistage organisé du cancer colorectal 2016-2017 » [publié le 15/02/2018, consultée le 03/05/2018].

Dépistage organisé du cancer du col de l'utérus

Suite à une expérimentation conduite entre 2010 et 2014 et conformément aux préconisations du plan cancer 2014-2019, un programme de dépistage organisé du cancer du col de l'utérus va être déployé sur l'ensemble du territoire national.

> « Chaque femme de 25 à 65 ans va désormais bénéficier d'un dépistage régulier du cancer du col utérin. Les femmes qui n'ont pas réalisé de frottis du col de l'utérus dans les 3 années précédentes vont être invitées, par courrier, à se rendre chez un médecin ou une sage-femme pour effectuer l'examen. Ce frottis sera pris en charge à 100% par l'Assurance maladie. »

Source : Ministère des solidarités et de la santé, « Agnès Buzyn, ministre des Solidarités et de la Santé, annonce la mise en place d'un troisième programme national de dépistage : le dépistage du cancer du col de l'utérus, Paris, 11 mai 2018.

En Grand Est, les deux départements alsaciens faisaient partie des 13 départements concernés par l'expérimentation. Le taux de dépistage du cancer du col de l'utérus s'établit à 62 %, avec d'importantes disparités selon les départements participants.

∞ Taux de couverture vaccinale des enfants de 24 mois contre la rougeole, les oreillons et la rubéole (ROR)

- **Synthèse de la couverture vaccinale des enfants de 24 mois**

A compter du 1er janvier 2018, afin de garantir les objectifs de santé publique, les nouveaux nés sont concernés par 11 vaccins obligatoires, à savoir :

- la vaccination contre la diphtérie, le tétanos et la poliomyélite (précédemment, déjà obligatoires).
- la vaccination contre la coqueluche, les infections invasives à *Haemophilus influenzae* de type b, l'hépatite B, les infections à pneumocoque, les infections invasives à méningocoque de sérogroupe C, la rougeole, les oreillons et la rubéole (précédemment recommandés).

Ces vaccins sont administrés en une à trois doses selon l'infection ciblée avant les 24 mois de l'enfant. Les données sont issues des Certificats du 24e mois (CS 24)[36], transmis par les services départementaux de PMI et traités par Santé Publique France.

Les données suivantes présentent de façon globale les taux de couverture vaccinale au sein des départements du Grand Est en 2016 (données non disponibles pour la Haute-Marne et la Meuse).

Synthèse de la couverture vaccinale des enfants de 24 mois en Grand Est (2016)

	Grand Est		France	Objectif	Grand Est	
	Min	Max			comp. Dept / Fr	comp. Dept / Obj
DT Polio (3 doses)	95,2%	97,3%	96,1%	95,0%	> 5 / 8	8 / 8
Coqueluche (3 doses)	94,7%	97,3%	95,8%	95,0%	> 5 / 8	7 / 8
Haemophilus B (3 doses)	94,2%	97,1%	95,1%	95,0%	> 6 / 8	6 / 8
Hépatite B (3 doses)	89,7%	95,0%	90,0%	95,0%	> 7 / 8	1 / 8
Pneumocoque (3 doses)	90,9%	95,6%	91,8%	95,0%	> 7 / 8	1 / 8
ROR (1 dose)	88,0%	94,8%	90,3%	95,0%	> 5 / 10	0 / 10
ROR (2 doses)	77,4%	84,8%	80,1%	80,0%	> 7 / 8	7 / 8
Méningocoque C	60,2%	80,4%	70,0%	95,0%	> 7 / 10	0 / 10

[36] Sauf pour le Méningocoque C, ainsi que le ROR 1 doses (pour les seuls départements de la Marne et de la Meuse, données non disponibles par les CS 24) ; données issues du SNDS-DCIR.

Source : Santé Publique France, « Couverture vaccinale », http://invs.santepubliquefrance.fr/Dossiers-thematiques/Maladies-infectieuses/Maladies-a-prevention-vaccinale/Couverture-vaccinale/Donnees (pages consultées le 12/09/2018)

En Grand Est, comme pour l'ensemble de la France, la couverture vaccinale contre la DT Polio, la Coqueluche, les méningites à Haemophilus B ainsi que l'Hépatite B est satisfaisante au regard des objectifs de santé publique. Pour chacun des vaccins considérés, un à trois départements de la région[37] présentent un taux de vaccination inférieur à la moyenne nationale, mais supérieur aux objectifs fixés.

Bien que la majorité des départements du Grand Est présente un taux de vaccination supérieur à la moyenne nationale contre les infections invasives à Pneumocoque (91,4 %) ou à Méningocoque C (68,2 %), seul le département des Ardennes (95,6 %) atteint l'objectif fixé pour le Pneumocoque et aucun pour le Méningocoque C.

Le **vaccin ROR** est à réaliser à l'âge de 12 mois avec une deuxième dose entre 16 et 18 mois.

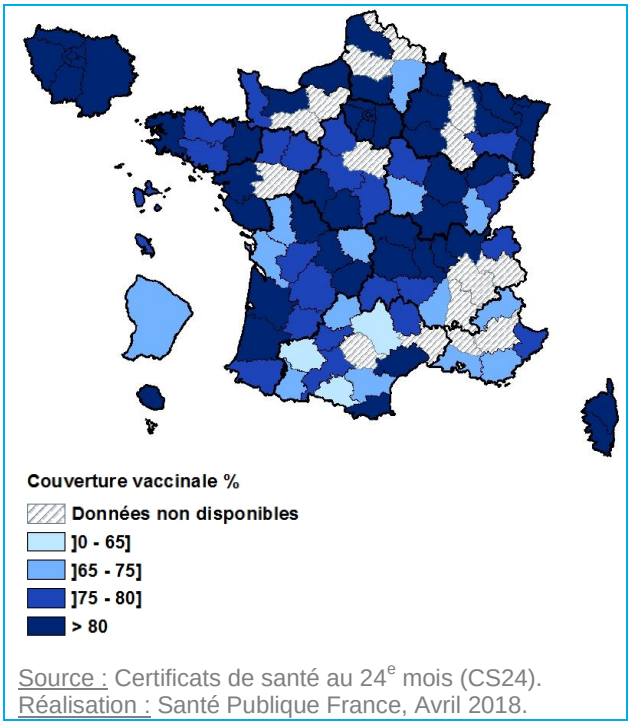
En 2016, le taux national de couverture vaccinale rougeole, oreillons, rubéole **(ROR) 1 dose** à l'âge de 24 mois est de 90,3 %. Ce taux stable reste insuffisant au regard des recommandations.

En Grand Est, bien que cinq départements présentent un taux supérieur au taux national, aucun n'atteint l'objectif fixé à 95 %.

Le taux de couverture national **ROR 2 doses** de 80,1 % est en progression et dépasse tout juste les recommandations (80 %).

Au sein des départements du Grand Est, le taux de vaccination ROR 2 doses est supérieur au taux national et aux recommandations pour sept des huit départements pour lesquels l'information est disponible (taux inférieur pour les Vosges).

Couverture vaccinale ROR « 2 doses » à 24 mois par département, 2016



Source : Certificats de santé au 24e mois (CS24).
Réalisation : Santé Publique France, Avril 2018.

Source : Santé publique France, http://invs.santepubliquefrance.fr/Dossiers-thematiques/Maladies-infectieuses/Maladies-a-prevention-vaccinale/Rougeole/Points-d-actualites, « Bulletin Rougeole S16 » [Page consultée le 03/05/2018]

[37] Il s'agit successivement des départements suivants : Aube (DT Polio, coqueluche), Marne (ROR (1 dose)), Haute-Marne (méningocoque C), Bas-Rhin (DT Polio, coqueluche, Haemophilus B, hépatite B, pneumocoque, ROR (1 dose)) ; Haut-Rhin (ROR (1 dose), méningocoque C), Vosges (DT Polio, coqueluche, Haemophilus B, ROR (1 dose), ROR (2 dose), méningocoque C).

- **Epidémie de rougeole (hiver 2017)**

La rougeole fait partie de la liste des maladies à déclarations obligatoire depuis 2005.

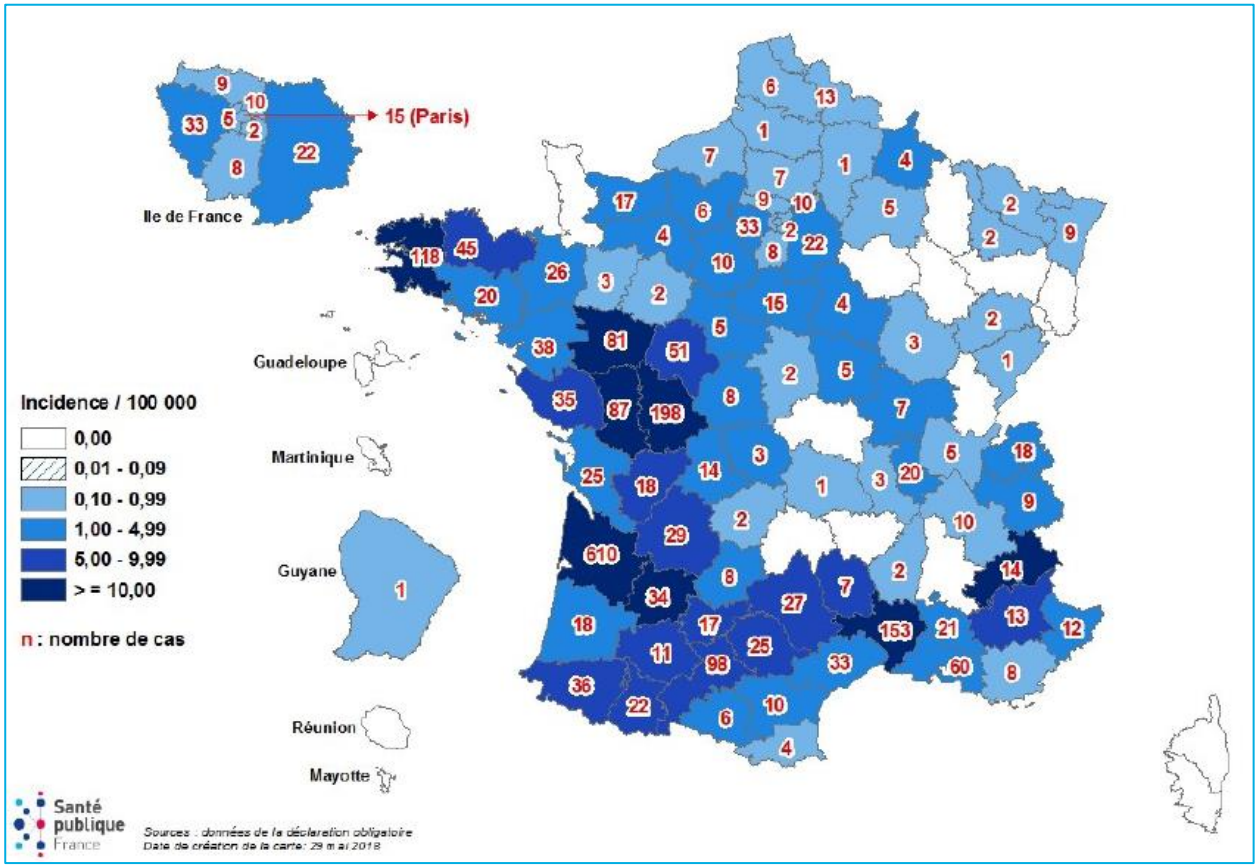
Cet hiver a été marqué par une recrudescence de cas de rougeole, dont le pic épidémique a été atteint à la fin du premier trimestre 2018 (semaine 13, 26/03/2018-01/04/2018). Au 27 mai 2018, 2 364 cas de rougeole ont été déclarés depuis le 6 novembre 2017.

La région Nouvelle Aquitaine a été particulièrement touchée, regroupant près de la moitié des cas déclarés et seule région considérée en situation épidémique (mais ne compte aujourd'hui plus de foyer actif). 83 départements ont déclaré au moins un cas de rougeole.

Le bulletin de Santé Publique France (S 23) précise également que 88 % des cas de rougeole sont des personnes non ou mal vaccinées et que 22 % des cas ont nécessité une hospitalisation.

Le Grand Est a été touché par 22 cas de rougeole répartis sur cinq départements (données provisoires au 27 mai 2018).

Incidence cumulée et nombre de cas de rougeole déclarés par département, du 06 novembre 2017 au 27 mai 2018 (données provisoires n= 2 364)



Source : Santé publique France, http://invs.santepubliquefrance.fr/Dossiers-thematiques/Maladies-infectieuses/Maladies-a-prevention-vaccinale/Rougeole/Points-d-actualites, « Bulletin Rougeole S21 » [Page consultée le 30/05/2018]

ꕥ 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.

Les données présentées ci-après ont fait l'objet d'une présentation plus détaillée au sein du rapport annuel précédent. Il n'existe pas de données plus récentes au moment de la rédaction du présent rapport.

En collaboration avec le Ministère de l'Éducation nationale et l'InVS, la Drees mène tous les 6 ans une enquête nationale de sante scolaire auprès des enfants de 5 à 6 ans. L'enquête conduite pour la troisième fois en 2013 permet de suivre l'évolution de la prévalence du surpoids et de l'obésité depuis 2000. La circulaire de la Drees datée de mai 2014 fournit le détail des données de prévalence par régions et préconise *« de privilégier la comparaison de chaque région à la moyenne nationale, plutôt que la comparaison des régions entre elles »*.

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.

Les trois ante-régions du Grand Est affichent en 2012-2013 une situation comparable à la moyenne nationale (15,4 %) concernant la surcharge pondérale (y compris obésité) des enfants de 5 à 6 ans.

Indicateurs de surcharge pondérale des enfants de 5 à 6 ans – 2012-2013

	Surcharge pondérale (hors obésité)	Obésité	Surcharge pondérale (y compris obésité)
France métropolitaine	***11,9%*** ***[11,5% ; 12,4%]***	***3,5%*** ***[3,3% ; 3,8%]***	***15,4%*** ***[14,8% ; 16,2%]***
Champagne-Ardenne	*12,5%* *[9,5% ; 15,6%]*	*3,1%* *[1,4% ; 4,9%]*	*15,6%* *[10,9% ; 20,5%]*
Lorraine	*12,6%* *[10,5% ; 14,7%]*	*3,7%* *[2,6% ; 4,9%]*	*16,3%* *[13,1% ; 19,6%]*
Alsace	*14,1%* *[11,5% ; 16,8%]*	*3,4%* *[2,3% ; 4,5%]*	*17,5%* *[13,8% ; 21,3%]*

Source : Drees, enquête nationale de santé scolaire, 2014.

Lecture : En 2012, le taux d'enfants scolarisés en classe de grande section de maternelle en surcharge pondérale est estimé à 12,5 % en Champagne-Ardenne. La vraie valeur de ce taux a 90 % de chance d'être comprise entre 9,5 % et 15,6 %. Cet intervalle chevauche l'intervalle de la valeur pour la France entière : on ne peut pas conclure à une différence du taux de surcharge pondérale entre la Champagne-Ardenne et la France.

Source : ARS Grand Est, État de santé de la population et état de l'offre de la région Grand Est, 2. État de santé, Avril 2017, p. 24.

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. Le présent rapport inclut une description de la situation en Grand Est de la prévalence du diabète traité pharmacologiquement ainsi que des comportements 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.

Prévalence du diabète traité pharmacologiquement

Le Grand Est est la région de France qui connaît la plus forte mortalité liée au diabète[38] (plus de 4 000 décès annuels, mortalité due au diabète ou à une cause associée).

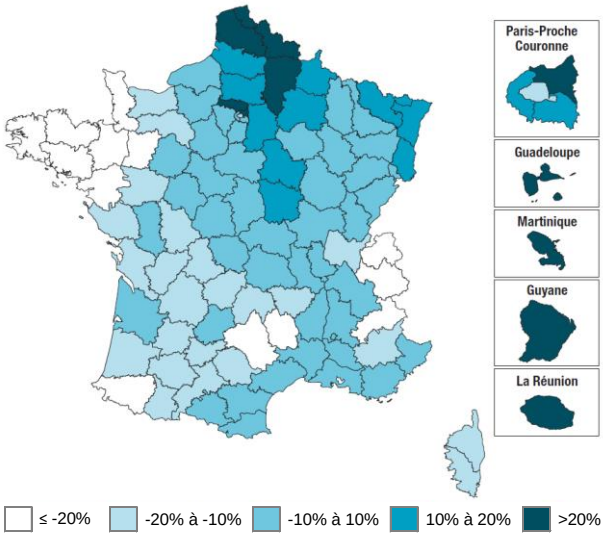
Avec 313 249 personnes diabétiques traitées pharmacologiquement en 2015, le Grand Est affiche un taux de prévalence standardisée de 5,66 %, soit le 2e taux le plus élevé en France métropolitaine après les Hauts-de-France.

L'ensemble des départements du Grand Est présente un taux de prévalence supérieur à la moyenne nationale, dont cinq un taux de prévalence supérieur de 10 à 20 % (Ardennes, Marne, Moselle, Bas-Rhin et Haut-Rhin).

Outre les disparités territoriales, d'autres indices sont associés à la prévalence du diabète traité pharmacologiquement[39] ; celle-ci est

- plus élevée chez les hommes (6,1 %) que les femmes (4,2 %),
- deux fois plus élevée chez les personnes de moins de 60 ans bénéficiant de la CMU-c que celles qui n'en bénéficient pas,
- plus élevée chez les personnes résidant dans les communes métropolitaines les plus défavorisées que celles résidant dans les communes les plus favorisées.

Variations de la prévalence* départementale du diabète traité pharmacologiquement par rapport à la prévalence* nationale en 2015



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

Source : Mandereau-Bruno L, Fosser-Edorth S., BEH 2017 ; (27-28) : pp. 588.

[38] ARS Grand Est, Projet régional de santé 2018-2028, Cadre d'orientation stratégique, juin 2018, 82 p., p. 12.
[39] Mandereau-Bruno L, Fosser-Edorth S., Prévalence du diabète traité pharmacologiquement (tous types) en France en 2015. Disparités territoriales et socio-économiques, Bull. Epidémiol Hebd. 2017 ; (27-28) : pp. 586-591.

Programmes d'éducation thérapeutique du patient en Grand Est (données 2016)

L'éducation thérapeutique du patient (ETP) vise à aider les patients à acquérir ou maintenir les compétences dont ils ont besoin pour gérer au mieux leur vie avec une maladie chronique. Les activités d'éducation thérapeutique du patient – pouvant être portées par des établissements de santé, la médecine de ville ou des associations – requièrent une autorisation obligatoire délivrée par l'ARS.

- 156 programmes d'ETP autorisés en Grand Est portent sur les maladies métaboliques (diabète, obésité, maladies cardiovasculaires), sur 313 programmes actifs en 2016.
- En 2016, 20 185 patients ont initié une démarche éducative dans un programme (nouvelles inclusions)

Source : ARS Grand Est, programmes d'éducation thérapeutique du patient en région Grand Est (données 2016), 24 p.

Expérimentation du dépistage du diabète de type 2 par les pharmacies d'officine (2017)

Une expérimentation – menée en 2107 par l'ARS Grand Est et de nombreux partenaires dans les départements des Ardennes, de la Meurthe-et-Moselle et du Haut-Rhin – avait pour objectif de tester une démarche de repérage des patients à risque de diabète en milieu officinal et de permettre aux personnes dépistées de bénéficier d'une prise en charge diagnostique, éducative et/ou thérapeutique après confirmation du diagnostic par leur médecin traitant.

Elle prévoit que le pharmacien propose une mesure de la glycémie capillaire aux personnes repérées à risque de diabète à partir d'un questionnaire validé (FINDRISC). Si la glycémie capillaire est jugée anormale, les personnes sont invitées à aller consulter leur médecin auquel il revient de prescrire un dosage de glycémie veineuse et d'assurer la prise en charge si le diagnostic de diabète est avéré.

Les résultats présentés dans un rapport dédié à l'expérimentation confirment la forte adhésion des patients au dispositif de dépistage par leur pharmacien (94 % des patients ont accepté de réaliser le test FINDRISC). Les résultats de cette première expérimentation sont limités par le faible retour de glycémies veineuses, mais permettent de supposer l'efficacité d'une stratégie de dépistage en deux temps (identification des facteurs de risque, puis réalisation d'une glycémie veineuse).

Source : ARS Grand Est, Dépistage du diabète de type 2 par les pharmaciens d'officine (2017), 48 p.

Consommations de substances psychoactives

Deux sources de données peuvent être mobilisées pour décrire les comportements individuels en matière d'expérimentation et de consommation de substances psychoactives (alcool, tabac, cannabis) à l'échelle régionale :

- Pour la population adulte, considérée de 15 à 75 ans, les « Baromètres santé » réalisés par l'Inpes abordent les différents comportements et attitudes de santé des Français (dernières données disponibles[40] : 2014).
- L'enquête Escapad menée annuellement par l'OFDT lors de la Journée défense et citoyenneté porte sur la santé et les consommations des jeunes Français de 17 ans, scolarisés ou non, actifs ou non (dernières données disponibles[41] : 2017).

Comportements des 15-75 ans

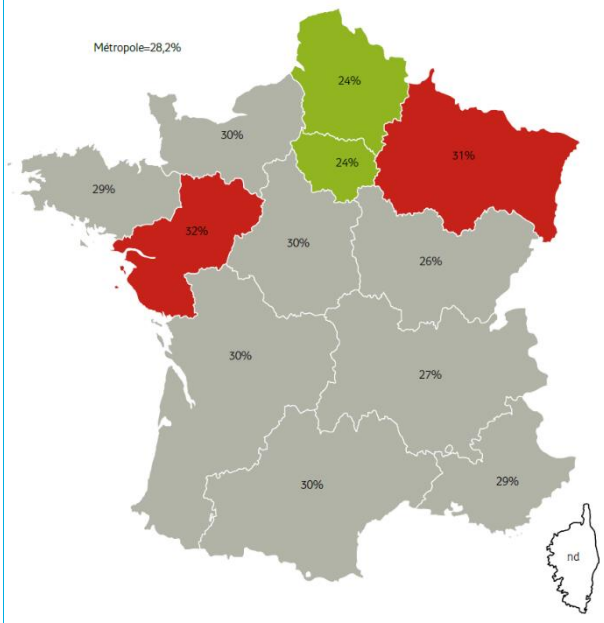
La prévalence du tabagisme quotidien est de 28 % parmi les 15-75 ans en France métropolitaine, taux en légère baisse par rapport à 2010 (29 %).

En 2014, le Grand Est se distingue avec la proportion de fumeurs quotidiens (31 %) parmi les plus élevées avec celle des Pays de la Loire, alors que les régions voisines Hauts-de-France et Ile-de-France présentent des prévalences inférieures à la moyenne métropolitaine.

La situation particulière de la région est à considérer avec attention, à deux égards :

- la prévalence plus élevée peut en partie s'expliquer par une situation économique plutôt défavorable par rapport au reste de la France
- on observe sur la période 2010-2014 une hausse du tabagisme quotidien (de 29 % à 31 %), au contraire de la tendance à la baisse au national.

Tabagisme quotidien (au moins 1 cigarette par jour) parmi les 15-75 ans (2014)



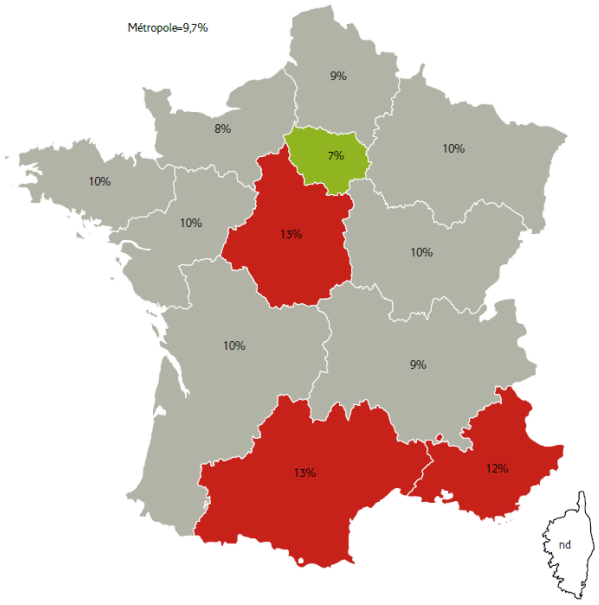
Source : Enquête Baromètre santé 2014, Santé publique France, exploitation régionale, OFDT

Si la consommation quotidienne d'alcool est moins fréquente que pour le tabac (10 %), l'alcool reste la substance psychoactive la plus répandue en France avec un usage au cours des 12 derniers mois déclaré par 86 % des Français. La prévalence de la consommation d'alcool en Grand Est (10 %) est comparable à la moyenne nationale, de même que la baisse observée par rapport à 2005.

Au cours de l'année, 11 % des 15-64 ans déclarent au moins un usage de cannabis en France métropolitaine, taux comparable en région (10 %). Par ailleurs, la région connaît la même orientation à la hausse de l'usage de cannabis dans l'année qu'observée en France métropolitaine.

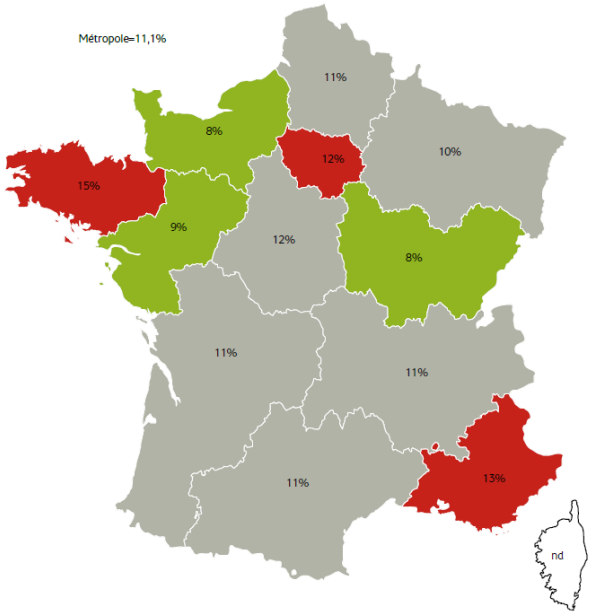
[40] OFDT, ARS Grand Est, « Addictions en Grand-Est, Consommations de substances psychoactives et offre médicosociale », Mai 2017, 105 p.
[41] OFDT, « Les drogues à 17 ans : analyse régionale ESCAPAD 2017 », Septembre 2018, 54 p.

Usage quotidien d'alcool parmi les 15-75 ans (2014)



Source : Enquête Baromètre santé 2014, Santé publique France, exploitation régionale, OFDT

Usage dans l'année de cannabis parmi les 15-64 ans (2014)



Source : Enquête Baromètre santé 2014, Santé publique France, exploitation régionale, OFDT

Bilan de l'opération « Moi(s) sans Tabac » 2017 en Grand Est[42]

13 353 personnes se sont inscrites au défi Moi(s) sans tabac (156 678 inscrits au niveau national).

280 actions inscrites dans l'opération « Moi(s) sans tabac » ont été portées en Grand Est par de nombreux acteurs (133 porteurs identifiés, tels que : associations, établissements de santé, assurance maladie, entreprises…).

- La majorité des actions proposées a permis de promouvoir le dispositif.
- Plus d'une action sur deux a porté sur la sensibilisation aux risques liés au tabagisme et aux bienfaits du sevrage tabagique.
- Un tiers des actions était des actions d'accompagnement au sevrage tabagique (consultation d'arrêt du tabac, remise d'un stater de 7 jours de Traitement de substitution de la nicotine, ateliers collectifs…)
- 35 actions avaient pour ambition de créer de l'engagement collectif (défi sportif, manifestation culturelle, concert, animation d'équipe, etc.)

[42] ANPAA Grand Est, ARS Grand Est, Santé Publique France, « Moi(s) sans tabac 2017 dans la région Grand Est », 15 p.

- **Expérimentation et consommation des jeunes de 17 ans**

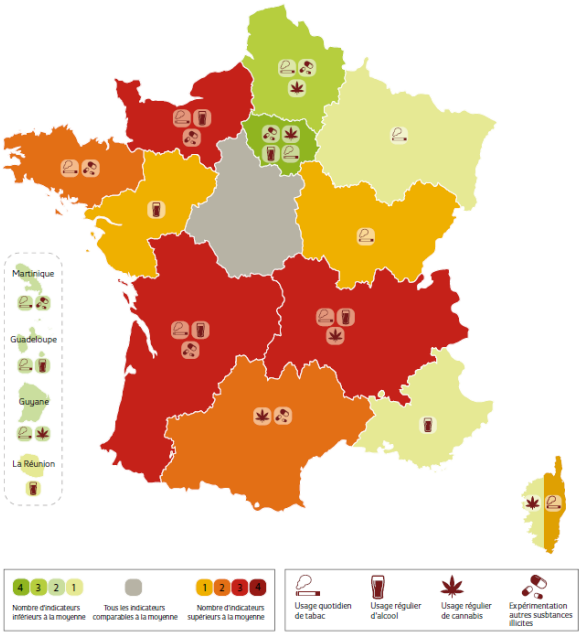
Plusieurs évolutions en matière d'expérimentation et de consommation de substances psychoactives des adolescents de France métropolitaine sont orientées à la baisse : c'est ainsi le cas du tabagisme et de l'expérimentation du cannabis (le niveau de consommation régulière du cannabis restant néanmoins parmi les plus élevés en Europe). L'expérimentation de l'alcool et la consommation au cours du dernier mois présentent également une tendance à la baisse, mais conservent des niveaux importants et se structurent autour de consommations intensives (étudiées à partir des alcoolisations ponctuelles importantes). Par ailleurs, les niveaux d'expérimentation de produits illicites autres que le cannabis concernent moins de 4 % des jeunes.

En retenant les quatre indicateurs que sont les usages réguliers de tabac, d'alcool et de cannabis d'une part et l'expérimentation d'au moins une autre drogue illicite d'autre part, l'OFDT dresse une typologie des régions selon les niveaux observés pour chacun de ces comportements.

Au regard de ces usages, le Grand Est présente une situation plutôt favorable, comme trois autres régions métropolitaines (Hauts-de-France, Île-de-France, PACA), avec au moins un des niveaux d'usage retenus inférieur à la moyenne métropolitaine alors qu'aucun des trois autres ne s'avère supérieur.

La prévalence du tabagisme quotidien des jeunes de 17 ans en Grand Est (23,5 %) est significativement inférieure à la prévalence nationale (25,1 %), au contraire de la situation observée auprès de la population adulte. Les consommations des jeunes de 17 ans de la région (7,8 % déclarent un usage régulier d'alcool, 6,5 % déclarent un usage régulier du cannabis et 6,1 % ont expérimenté d'autres drogues illicites que le cannabis) ne diffèrent pas significativement de la situation en France métropolitaine (respectivement : 8,4 %, 7,2 % et 6,8 %) au regard des autres indicateurs présentés.

Nombre d'indicateurs au-dessous/au-dessus de la moyenne nationale parmi alcool régulier, tabagisme quotidien, cannabis régulier, expérimentation d'au moins un autre produit illicite à 17 ans (2017)



Source : Enquête ESCAPAD 2017, OFDT

Légende complémentaire

- **Tabac quotidien :** avoir fumé en moyenne au moins une cigarette par jour durant les 30 derniers jours précédant l'enquête ;
- **Usage régulier :** au moins 10 usages dans les 30 derniers jours précédant l'enquête
- **Expérimentation d'au moins une drogue illicite autre que le cannabis :** au moins un usage, au cours de la vie, de l'un des produits suivants, cocaïne, MDMA/ ecstasy, amphétamines, champignons hallucinogènes, LSD, crack, héroïne

Objectif 13. Réduire les inégalités d'accès à la prévention, aux soins et à la prise en charge médico-sociale sur tous les territoires

ꕥ Nombre de contrats locaux de santé signés

Le Contrat Local de Santé est un dispositif innovant qui vise à réduire les inégalités territoriales de santé en mobilisant, au profit d'un territoire, les politiques d'organisation de la santé menées par l'ARS, les compétences de l'Etat, l'action des collectivités locales et celles des institutions et organisations partenaires.

L'élaboration de ces Contrats locaux de santé est appuyée sur un diagnostic local partagé. Ce cadre permet aux élus, professionnels et habitants de s'exprimer sur les atouts et difficultés du territoire, ainsi que sur les principales problématiques de santé : le recueil des informations est réalisé sous la forme d'entretiens collectifs ou individuels, de réunions publiques et de questionnaires largement diffusés. Puis, en fonction des thématiques prioritairement identifiées, des groupes de travail sont constitués pour élaborer des propositions d'action.

Source : https://www.grand-est.ars.sante.fr/contrats-locaux-de-sante-9 [Page consultée le 30/04/2018 ; Dernière mise à jour: 19/04/2018]

Le Grand Est compte 19 Contrats locaux de santé (CLS) en cours, répartis sur l'ensemble des départements. À noter que les trois préfectures des ante-régions disposent d'un CLS. Par ailleurs, 10 des 19 CLS sont des contrats 2e génération (contrat faisant suite à un premier CLS signé sur le territoire).

Contrats locaux de santé en cours par délégation territoriale en Grand Est (situation 2018)

Ardennes (08)

- CLS Rives de Meuse 2016-2018
- CLS des Crêtes Préardennaises 2017-2021 *(2e génération)*

Aube (10)

- CLS Romilly sur seine 2015-2017 (avenant de prolongation jusqu'en 2019 avant reconduction)

Marne (51)

- CLS Reims 2018-2020 *(2e génération)*
- CLS Vitry-le-François 2018-2020 *(2e génération)*

Haute-Marne (52)

- CLS Bassin de Joinville 2017-2019

Meurthe et Moselle (54)

- CLS du Grand Nancy 2013-2017
- CLS Longwy 2013-2017
- CLS du Bassin de Pompey 2013-2017

Meuse (55)

- CLS Centre Argonne 2016-2019
- CLS Pays Cœur de Lorraine 2014-2017
- CLS Communauté de Communes du Pays de Stenay 2014 2017
- CLS Communauté de Communes du Val d'Ornois 2016-2019

Moselle (57)

- CLS de la communauté d'agglomération Forbach Porte de France 2014-2017
- CLS de Thionville 2013-2017

Bas-Rhin (67)

- CLS Eurométropole 2015-2020 *(2e génération)*

- CLS Ville de Strasbourg 2015-2020 *(2e génération)*

Haut-Rhin (68)

- CLS Mulhouse 2015-2020 *(2e génération)*

Vosges (88)

- CLS de la Communauté d'Agglomération d'Epinal 2015-2018

Source : ARS Grand Est : https://www.grand-est.ars.sante.fr/contrats-locaux-de-sante-9

- **Focus sur les CLS signés en 2017 et 2018**

L'ARS Grand Est entend s'appuyer sur les contrats locaux de santé dans la mise en œuvre du Projet régional de santé 2018-2028[43], en ce qu'ils constituent des outils privilégiés de contractualisation et de coordination de l'ensemble des acteurs œuvrant pour la santé dans les territoires (axe stratégique 8), et en inscrivant de manière systématique un axe « prévention / promotion de la santé » (axe stratégique 1) dans une logique de vision globale et positive de la santé, contribuant à l'ambition de travailler sur l'ensemble des déterminants de la santé.

CLS Bassin de Joinville 2017-2019

Le CLS du Bassin de Joinville a été signé le 31 janvier 2017, après une première phase de diagnostic débutée en 2014 et des travaux conduits avec les acteurs locaux pour élaborer un plan d'actions (30 fiches actions déclinées).

Le périmètre géographique du CLS s'étend à l'ensemble des communes de la communauté de communes du Bassin de Joinville-en-Champagne, ainsi qu'aux communes de Froncles et de Doulaincourt-Saucourt, soit 61 communes et plus de 15 000 habitants.

Partenaires signataires :

- ARS Grand Est,
- Communauté de communes de Joinville-en-Champagne,
- Ville de Joinville, Commune de Froncles, Commune de Doulaincourt-Saucourt, Commune de Doulevant-le-Château,
- Préfecture,
- Département de la Haute-Marne,
- Mutualité Sociale Agricole Sud Champagne,
- Caisse Primaire d'Assurance Maladie de la Haute-Marne,
- Rectorat de Reims

4 axes stratégiques

- Favoriser le recours aux soins et aux services
- Renforcer les actions de prévention et de promotion de la santé
- Améliorer l'environnement de vie
- Soutenir la parentalité dans une vision de promotion de la santé

Et un axe transversal

- Coordination du CLS

[43] ARS Grand Est, Projet régional de santé 2018-2028, Cadre d'orientation stratégique 2018-2028, juin 2018, 82 p., p. 40 et p. 74.

CLS Reims 2018-2020 *(2e génération)*

Signé le 12 avril 2018, le CLS de seconde génération de Reims valorise les actions existantes dont les résultats ont été jugés les plus efficients et vise à développer les actions de coordination entre acteurs sur le territoire de la ville de Reims. Il s'articule avec le volet santé du Contrat de Ville via la mise en place de projets communs concernant les quartiers prioritaires de la politique de la ville.

Le CLS 2e génération rappelle dans son introduction (page 3) le travail de concertation mené au cours de l'année 2017 avec la participation de nombreux acteurs.

Partenaires signataires :

- ARS Grand Est,
- Ville de Reims,
- Préfecture,
- Région Grand Est,
- Département de la Marne,
- Caisse Primaire d'Assurance Maladie de la Marne,
- Rectorat de Reims,
- Caisse d'Allocations Familiales de la Marne

5 axes stratégiques

- Transversal (animation et coordination du CLS)
- Environnement favorable à la santé
- Accès aux soins et prévention des risques sanitaires
- Mise en réseau des acteurs de la santé mentale
- Promotion prévention et éducation pour la santé

CLS Vitry-le-François 2018-2020 *(2e génération)*

Le CLS 2 de Vitry-le-François a été signé le 9 mars 2018.

A partir du bilan du 1er CLS (repris au sein du CLS 2, p. 28), des axes d'améliorations ont été développés pour renforcer les actions de prévention et de promotion de la santé et évaluer l'impact du CLS sur la qualité de vie, la santé et le bien-être des habitants. Pour exemple, le bilan de l'axe relatif à l'accès aux soins du CLS 1 fait état de la lutte contre la désertification médicale comme priorité d'actions pour le CLS 2.

Partenaires signataires :

- ARS Grand Est,
- Ville de Vitry le François,
- Préfecture,
- Région Grand Est,
- Département de la Marne,
- Caisse Primaire d'Assurance Maladie de la Marne,
- Caisse d'Allocations Familiales de la Marne,
- Rectorat, Direction des Services de l'Education Nationale de la Marne,
- CARSAT Nord-Est,
- Communauté de Communes Vitry Champagne et Der

9 priorités d'actions

- Améliorer les comportements en nutrition favorables à la santé
- Améliorer le repérage et la prise en charge pluridisciplinaire en matière de santé et d'accompagnement vers le soin notamment des publics précaires
- Renforcer la place des parents autour de la prévention et de l'éducation à la santé
- Lutter contre l'isolement et préserver l'autonomie et la santé des personnes âgées
- Améliorer le repérage et la prise en charge pluridisciplinaire notamment des personnes en situation de souffrance psychique
- Renforcer la lutte contre les conduites addictives et les conduites à risques
- Lutter contre la désertification médicale et promouvoir le territoire vitryat pour les professionnels du médical et paramédical
- Accompagner les personnes et les patients atteints de pathologies chroniques
- Agir sur la santé environnementale et améliorer le cadre de vie

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)[44], dans le cadre d'un objectif de répartition plus équitable des ressources sur le territoire.

Les rapports annuels de la CNSA[45] apportent des informations permettant de décrire la situation régionale relative à l'équipement en établissements et services médico-sociaux.

- **Taux d'équipement en ESMS pour personnes handicapées**

Pour les enfants : le taux d'équipement concerne exclusivement des ESMS médicalisés (qui recouvrent l'ensemble de l'offre médico-sociale) : il représente au niveau national **près de 9,8 places pour 1 000 enfants de moins de 20 ans**. Un peu plus des deux tiers de l'offre est en établissement.

Le Grand Est présente un taux d'équipement supérieur à la moyenne régionale (taux compris entre 10,0 et 11,5 places pour 1 000 enfants). Certains départements de la région sont mieux dotés, comme les Ardennes ou la Haute-Marne (taux compris entre 15,0 et 20,0 ‰) ; à l'opposé, les départements de la Marne et du Bas-Rhin présentent des taux deux fois plus faibles (taux compris entre 6,0 et 8,0 ‰).

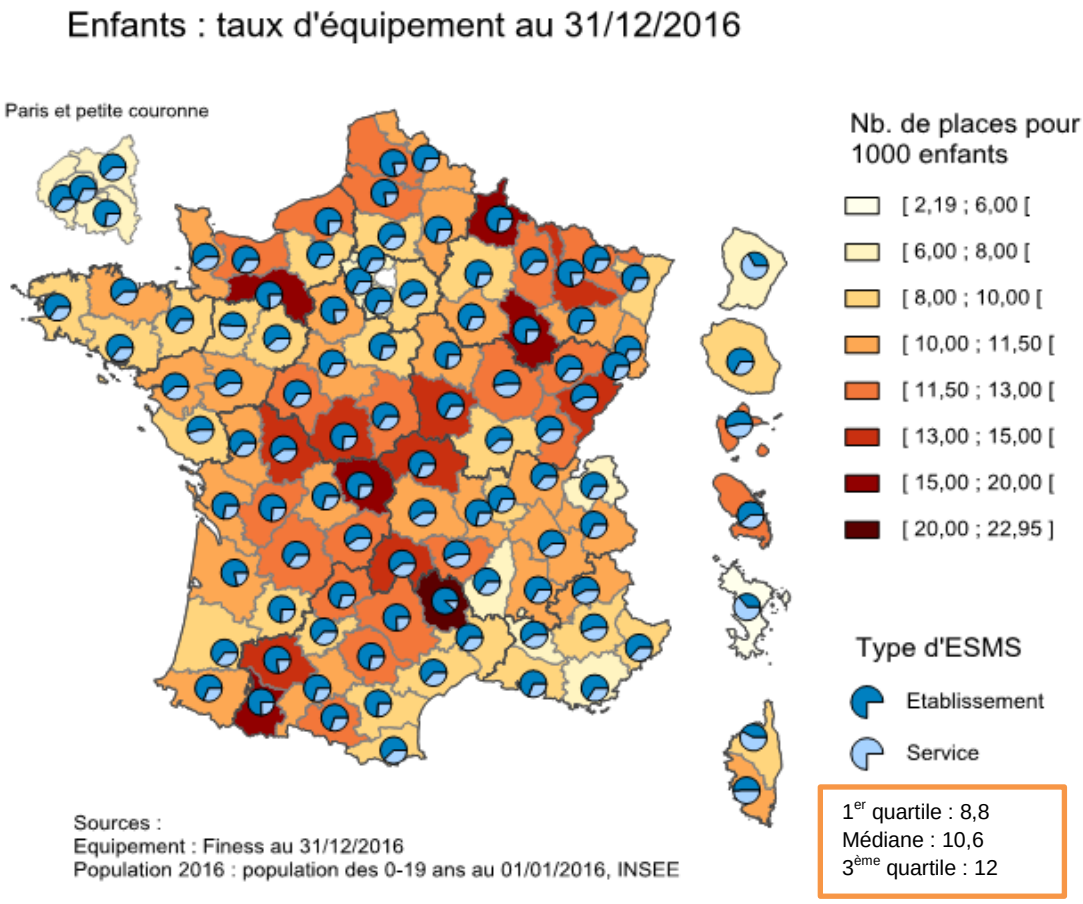
Pour les adultes : L'équipement médicalisé est globalement minoritaire dans l'ensemble de l'offre médico-sociale (41 %) et les trois quarts des structures sont des établissements (cette part s'élève à 81 % pour l'offre médicalisée). **Pour 1 000 français âgés de 20 à 59 ans, on dénombre près de 2,6 places médicalisées et 3,8 places non médicalisées**, soit un taux d'équipement global s'élevant à 6,4 places.

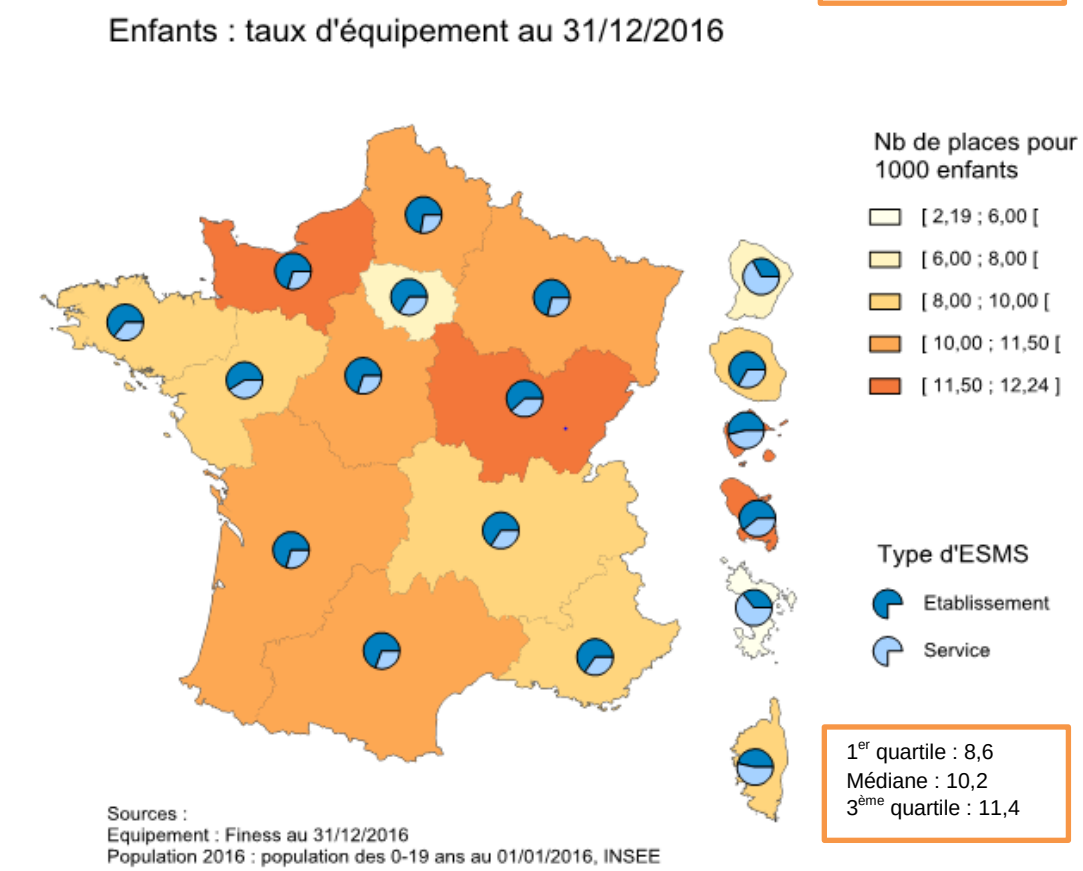
Pour le secteur adulte, l'offre médico-sociale (médicalisée et non médicalisée) en Grand Est est comparable à la moyenne nationale (taux compris entre 6,0 et 8,0 places pour 1 000 adultes de 20 à 59 ans). Le département de la Marne est sensiblement mieux doté (taux compris entre 8,0 et 10,0 ‰) ; néanmoins, cette situation plus favorable est rendue possible par l'offre non médicalisée. En effet, en ne considérant que l'offre médicalisée, la Marne fait partie des départements du Grand Est les moins bien dotés (avec le Bas-Rhin et l'Aube, taux compris entre 2,0 et 2,5 ‰), tandis que les Ardennes sont mieux équipées (taux compris entre 4,0 et 5,5 ‰), suivi du Haut-Rhin (taux compris entre 3,0 et 4,0 ‰).

[44] PLFSS 2018, Annexe « 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 53 (enfants handicapés), 55 (adultes handicapés) et 62 (personnes âgées).

[45] Les deux rapports mobilisés sont disponibles sur le site de la CNSA, page dédiée au « Bilans des plans ». https://www.cnsa.fr/accompagnement-en-etablissement-et-service-loffre-medico-sociale/les-creations-de-places/les-bilans-des-plans (page consultée le 16/07/2018).

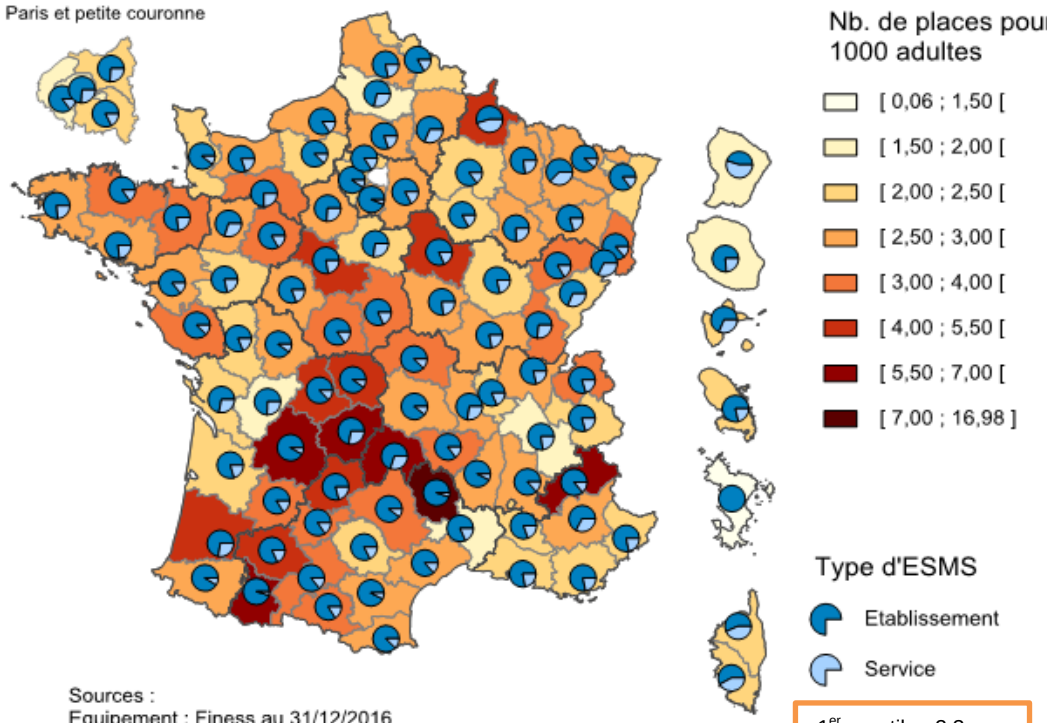
Taux d'équipement en ESMS médicalisés pour enfants au 31/12/2016





Source : CNSA, « Accueil et accompagnement des enfants et adultes en situation de handicap. Bilan des réalisations au 31/12/2016 et programmation du développement de l'offre entre 2017 et 2021 », Juin 2017, 42 p., p. 7.

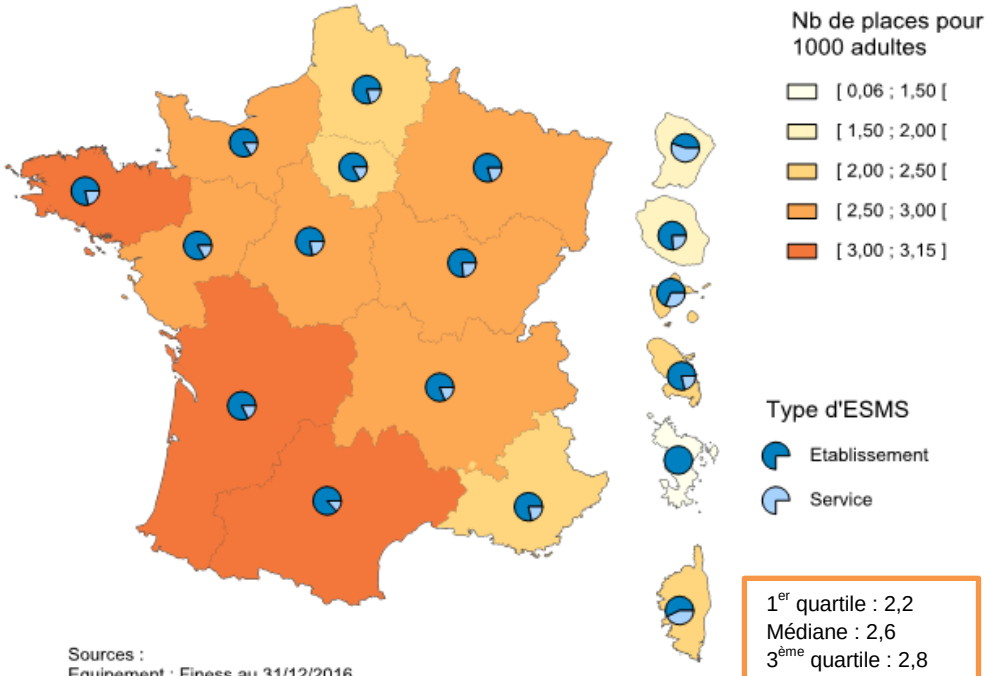
Adultes : taux d'équipement en ESMS avec un financement assurance maladie (hors ESAT) au 31/12/2016



Sources :
Equipement : Finess au 31/12/2016
Population 2016 : population des 20-59 ans au 01/01/2016, INSEE

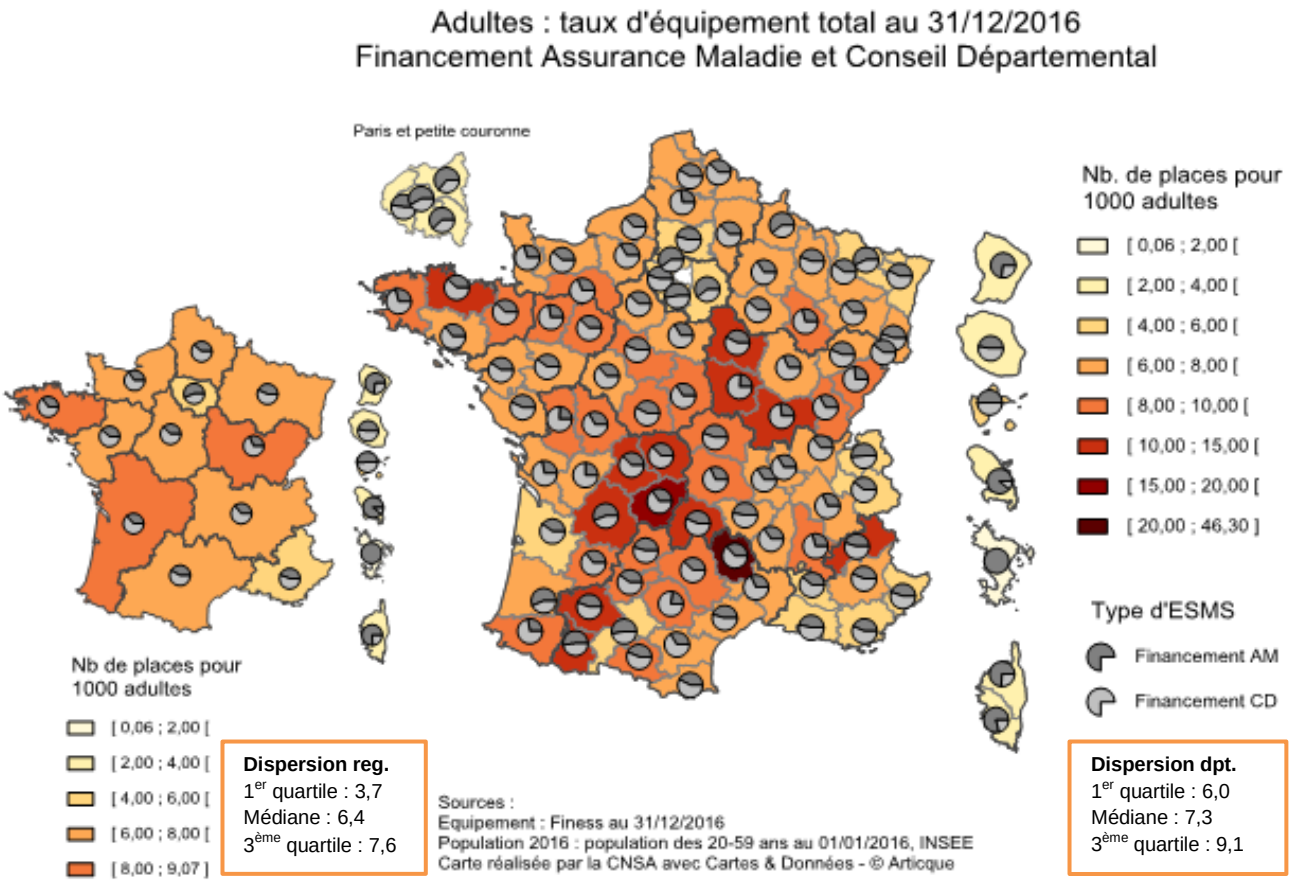
1er quartile : 2,3
Médiane : 2,7
3ème quartile : 3,4

Adultes : taux d'équipement en ESMS avec un financement assurance maladie (hors ESAT) au 31/12/2016



Sources :
Equipement : Finess au 31/12/2016
Population 2016 : population des 20-59 ans au 01/01/2016, INSEE

1er quartile : 2,2
Médiane : 2,6
3ème quartile : 2,8



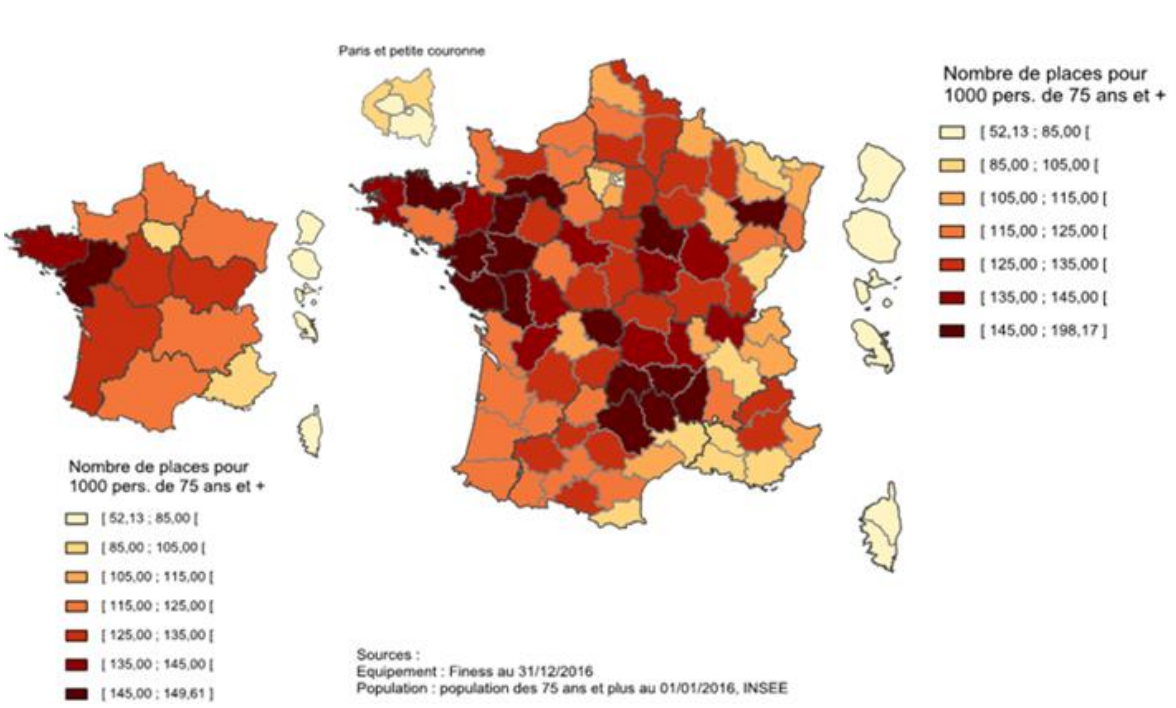
Source : CNSA, « Accueil et accompagnement des enfants et adultes en situation de handicap. Bilan des réalisations au 31/12/2016 et programmation du développement de l'offre entre 2017 et 2021 », Juin 2017, 42 p., p. 8-9.

- **Taux d'équipement en ESMS pour personnes âgées**

Le taux d'équipement en ESMS pour personnes âgées s'établit en rapportant le nombre de places installées en ESMS au nombre de personnes âgées de 75 ans et plus : en France, au 31 décembre 2016, celui-ci il est légèrement inférieur à **119 places pour 1 000 personnes âgées**.

Le Grand Est présente une situation comparable au national (taux compris entre 115 et 125 places pour 1 000 personnes âgées de 75 ans ou plus). Au sein de la région, le département des Vosges fait partie des départements français les mieux équipés (taux supérieur à 145 ‰). La Moselle est à l'opposé le département le moins bien pourvu (taux compris entre 85 et 105 ‰), suivi des Ardennes, de la Haute-Marne, de la Meurthe-et-Moselle et du Bas-Rhin (taux compris entre 105 et 115 ‰), c'est-à-dire que la moitié des départements du Grand Est affiche un taux d'équipement inférieur à la moyenne nationale.

Taux d'équipement en ESMS médicalisés pour personnes âgées au 31/12/2016



Source : CNSA, « Accueil et accompagnement des personnes âgées. Bilan des réalisations au 31/12/2016 et programmation du développement de l'offre entre 2017 et 2021 », Juin 2017, 30 p., p. 7.

ꕥ 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

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 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 »

L'ARS Grand Est suit 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 l'objet d'un recueil dans le cadre de l'enquête nationale annuelle sur les actions engagées pour lutte contre l'habitat indigne (dernier rapport disponible : « Rapport EHI 2016 sur les données 2015 », publication nationale de la DIHAL et des Ministères du logement et de la santé). L'enquête nationale sur les données 2017 et le rapport sur les données 2016 n'ont pas encore été publiés au J.O. à ce jour.

Les données 2017 dépassent le seul cadre de l'article L1331-26 et portent plus généralement sur les arrêtés pris au titre des procédures de LHI-insalubrité du CSP et sont donc susceptibles d'évolution.

En 2017, 137 procédures ont frappé au moins autant de logements d'insalubrité 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 prises au titre du CSP par département du Grand Est

	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 d'usagers siégeant dans les instances du système de santé

L'article 1 de la loi du 26 janvier 2016 relative à la modernisation de notre système de santé consacre la création d'une union nationale des associations agréées d'usagers du système de santé (UNAASS), dont le nom d'usage est France Assos Santé, et dont l'animation territoriale est portée par des unions régionales (URAASS).

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 [page consultée le 03/05/2018]

Parmi ses différentes missions, France Assos Santé intervient dans la formation 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 formation de France Assos Santé. Ces démarches n'ont pas fait l'objet d'un recueil ici.

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

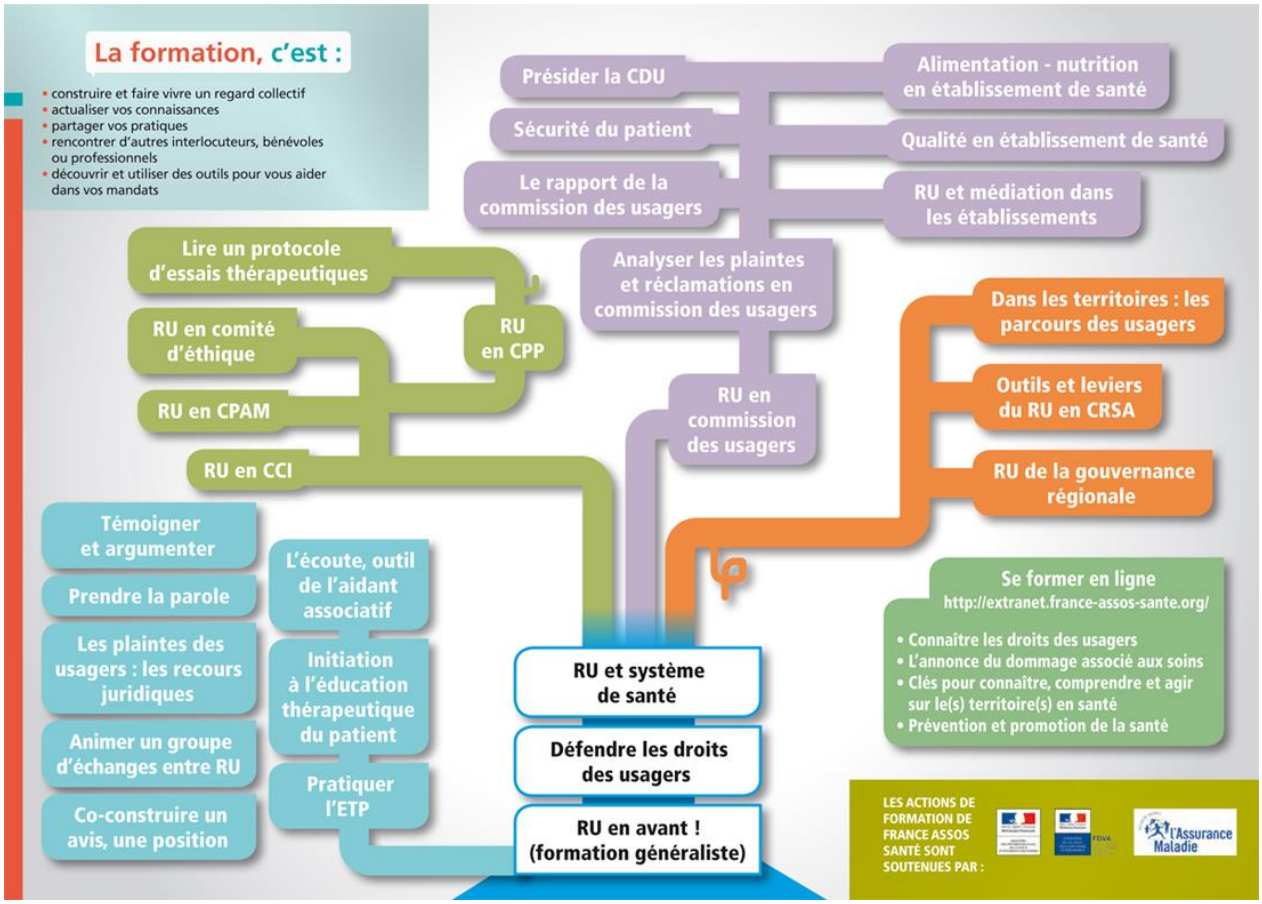
- des formations en présentiel et e-learning,
- des rencontres consacrées à l'échange de pratiques,
- de la documentation axée sur leurs missions.

La formation en présentiel

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

L'annuaire des représentants des usagers créé par le CISS national repris par France Assos Santé est un outil qui permet aux antennes régionales de créer le parcours de formation le plus adapté à leur public de représentants des usagers.

Visuel de l'ensemble des formations réalisées par France Assos Santé National



Source : http://www.france-assos-sante.org/se-former [page consultée le 28/05/2018]

En 2017, France Assos Santé Grand Est a proposé 14 sessions de formation (4 ont été annulées faute de participants), qui ont accueillis 110 participants.

- **Des formations relevant du tronc commun à tous les représentants des usagers**

RU EN AVANT

Formation de base obligatoire (Loi n° 2016-41 du 26 janvier 2016 de modernisation de notre système de santé)

Durée : 2 jours

Public : Nouveaux représentants des usagers (RU) nommés pour un premier mandat dans les instances hospitalières ou de santé publique (idéalement, la formation doit être réalisée dans les 6 mois suivant la prise de mandat) et n'ayant jamais suivi de formation indemnisée.

Objectifs de la formation (conforme au cahier des charges du Ministère des affaires sociales et de la santé, mars 2016)

- Se positionner comme représentant des usagers
- Mobiliser les fondamentaux de la démocratie en santé (notamment les principes, les valeurs, les droits)
- Elaborer et défendre une position d'usagers, dans une approche transversale

Sessions en 2017

- 6 sessions proposées (Châlons-en-Champagne, Nancy, Metz, Epinal, 2 à Strasbourg), 2 annulées faute de participants
- 48 participants

DEFENDRE LES DROITS DES USAGERS

Durée : 1 jour

Public : Représentants des usagers (RU) membres des associations adhérentes de France Assos Santé.

Objectifs :

- Identifier et définir les principaux droits des usagers
- Savoir se documenter et aller chercher de l'information sur les droits des usagers
- Utiliser le droit pour soutenir son argumentation
- Veiller au respect des différents droits dans le cadre de son mandat

Sessions en 2017

- 2 sessions proposées (2 à Metz)
- 25 participants

- **Des formations autour de l'action en établissement de santé :**

REPRESENTER LES USAGERS EN COMMISSION DES USAGERS

Durée : 1 jour

Public : Représentants des usagers membres des associations adhérentes de France Assos Santé, siégeant en commission des usagers (ex-CRUQPC), ayant de préférence suivi la formation « RU l'essentiel ».

Objectifs de la formation

- Comprendre le fonctionnement de la commission des usagers : son rôle, son fonctionnement, la place de chacun de ses membres.
- Identifier les évolutions législatives et réglementaires.
- Identifier ce que défend le RU.
- Agir méthodiquement sur les principaux sujets de la commission.
- Se situer comme acteur de l'amélioration du système de santé.

Sessions en 2017

- 3 sessions proposées (2 à Nancy, Strasbourg), 2 annulées faute de participants
- 15 participants

LE RU ET LA QUALITE EN ETABLISSEMENT DE SANTE

Durée : 2 jours

Public : Représentants des usagers (RU) ayant un mandat en Commission des usagers, membres des associations adhérentes à France Assos Santé et en région, ayant suivi la formation RU en CRUQPC/Commission des usagers et ayant un accès effectif aux plaintes et réclamations.

Objectifs :

- Définir les principes d'une démarche qualité et la logique de la certification V2014 au sein de cette démarche
- Se positionner en tant que RU lors des différentes étapes de cette démarche
- Identifier les outils et méthodes utilisées dans ces démarches (indicateurs, compte qualité, patient traceur, guide HAS destiné au RU...)
- Utiliser les outils de la Commission des usagers sous l'angle de la qualité

- *Pas de session proposée en 2017*

- **Des formations sur l'action dans les territoires et les parcours**

RU DANS LES TERRITOIRES : LES PARCOURS DES USAGERS

Durée : 1 jour

Public : Représentants des usagers dans les instances territoriales, conseils territoriaux de santé ou groupements hospitaliers de territoire, ayant de préférence suivi la formation « RU, en avant ! » et « RU et système de santé »

Objectifs de la formation

- Comprendre les différents sens du mot « parcours » de l'usager du système de santé
- Cerner les points de vigilance dans la conception, l'organisation et la mise en œuvre des « parcours ».
- Mieux comprendre le cadre dans lequel s'intègre la logique du parcours
- Mieux cerner les nouvelles instances territoriales de la démocratie en santé

Sessions en 2017

- 1 session proposée (Châlons-en-Champagne)
- 10 participants

- **Des formations pour accompagner l'usager victime**

TRAITER LES PLAINTES DES USAGERS : LES RECOURS JURIDIQUES

Durée : 1 jour

Public : Représentants des usagers membres des associations adhérentes à France Assos Santé et aux CISS régionaux, ayant suivi la formation « RU, l'Essentiel » ou « RU en avant », connaissant les structures de soins et ayant quelques connaissances des droits des usagers.

Objectifs de la formation

- Cerner la spécificité d'une approche juridique de la plainte
- Savoir distinguer les différents types de plaintes selon leur objet
- Identifier les différentes procédures possibles selon l'objet de la plainte
- Connaître les avantages et les inconvénients des différentes procédures, selon l'intérêt du plaignant et celui des usagers

Sessions en 2017

- 1 session proposée (Chaumont)
- 12 participants

La formation E-learning

En complément des formations en présentiel, France Assos Santé a créé des contenus en e-learning sur les thèmes suivants :

- Connaître les droits des usagers du système de santé
- L'annonce d'un dommage associé aux soins : un levier pour les RU
- Clés pour connaître, comprendre et agir sur les territoires en santé
- Prévention et promotion de la santé

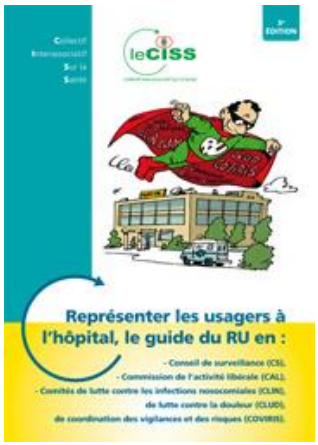
Les groupes d'échanges de pratiques

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

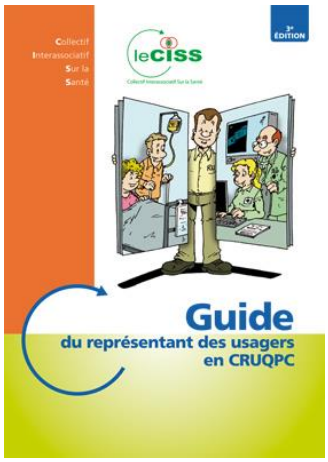
Au cours de l'année 2017, 8 séances de groupes d'échanges ont permis à 60 RU de partager leurs expériences (lieux des séances : Vandoeuvre les Nancy, Metz, Strasbourg, Colmar, Mulhouse).

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 sur chaque mandat de RU existant :



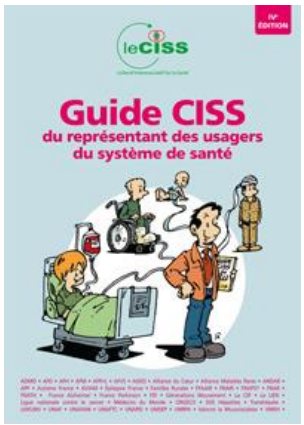
Représenter les usagers à l'hôpital, le guide du RU en CS, CAL, CLIN, CLAN, CLUD, COVIRIS



Guide du représentant des usagers en CRUQPC

Guide du représentant des usagers en Commission de conciliation et d'indemnisation des accidents médicaux (CRCI)

Recherche impliquant la personne humaine. Guide du représentant des usagers en comité de protection des personnes (CPP)



Guide du représentant des usagers du système de santé

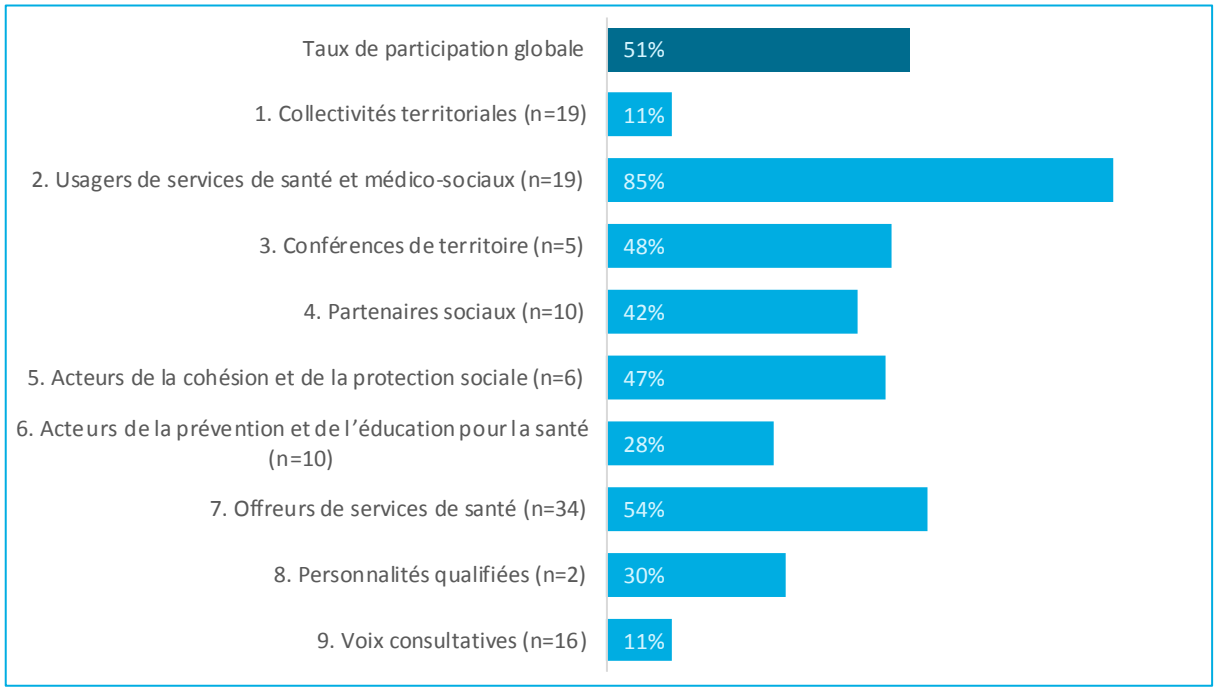
Orientation 4 :
Renforcer la démocratie sanitaire

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

Instances de la CRSA

La CRSA s'est réunie en séance plénière à 5 reprises au cours de l'année 2017. Le taux de participation globale est de 51 %. La représentation la plus importante est celle du collège des usagers des services de santé et médico-sociaux avec 85 % de participation. Il s'agit par ailleurs du seul collège, avec le collège 7 (offreurs de services de santé), qui dépasse 50 % de participation.

Taux de participation globale et par collège aux réunions de la CRSA



Source : Secrétariat de la CRSA Grand Est, activité 2017.

Par ailleurs, la commission permanente de la CRSA s'est réunie à 2 reprises en 2017. Les différentes commissions spécialisées de la CRSA se sont réunies entre 4 et 9 fois :

- Commission Spécialisée « Organisation des soins » : 7 réunions,
- Commission Spécialisée « Offre médico-sociale » : 4 réunions,
- Commission Spécialisée « Prévention » : 7 réunions,
- Commission Spécialisée « Droits des usagers » : 9 réunions.

Le taux de participation aux réunions de la CSDU atteint 60 % en 2017.

Conseils territoriaux de santé (CTS)

La loi de modernisation de notre système de santé (LMSS) du 26 janvier 2016 institue des territoires de démocratie sanitaire et, sur chacun d'eux, la constitution d'un conseil territorial de santé (CTS).

L'ARS Grand Est a arrêté, le 27 octobre 2016, les 5 territoires de démocratie sanitaire (TDS) après avoir recueilli les avis du préfet de région, de la Conférence régionale de la santé et de l'autonomie ainsi que des collectivités territoriales concernées. Ces territoires de démocratie sanitaire ont été délimités afin de permettre, dans chaque territoire :

- la mise en cohérence des projets de l'ARS, des professionnels et des collectivités territoriales,
- la prise en compte de l'expression des acteurs du système de santé et notamment celle des usagers.

Ces territoires doivent permettre le décloisonnement des politiques publiques, l'animation des acteurs et favoriser l'appropriation des politiques publiques par tous.

Carte des Territoires de démocratie sanitaire de la région Grand Est

Source : ARS Grand Est, https://www.grand-est.ars.sante.fr , page : « Territoires de démocratie sanitaire et conseils territoriaux de santé » [page consultée le 09/05/2018]

Au sein de chacun des 5 territoires de démocratie sanitaire, un **conseil territorial de santé (CTS)** se substitue aux conférences de territoire.

Le Conseil territorial de santé est composé de 50 membres répartis en 4 collèges :

- un collège représentant les professionnels et offreurs des services de santé,
- un collège représentant les usagers du système de santé,
- un collège représentant les collectivités locales du TDS concerné,
- un collège représentant l'État et les organismes de sécurité sociale,
- et de 2 personnalités qualifiées.

Le CTS comprend également 2 commissions :

- une commission spécialisée en santé mentale,
- et une commission territoriale des usagers organisant l'expression des usagers et intégrant la participation des personnes en situation de pauvreté ou de précarité.

Les principales missions des CTS portent sur :

- une veille à la conservation de la spécificité des dispositifs et des démarches locales de santé,
- la participation à la réalisation du diagnostic territorial partagé,
- la contribution à l'élaboration, à la mise en œuvre, au suivi et à l'évaluation du Projet Régional de Santé (PRS),
- la contribution au suivi des plateformes territoriales d'appui, contrats locaux de santé,
- l'avis donné sur le projet territorial de santé mentale.

Les CTS, dont la composition a fait l'objet d'arrêtés par l'ARS au 6 février 2017, ont été installés entre le 18 mai et le 2 juin 2017.

Chaque CTS du Grand Est s'est réuni 4 fois au cours de l'année 2017.

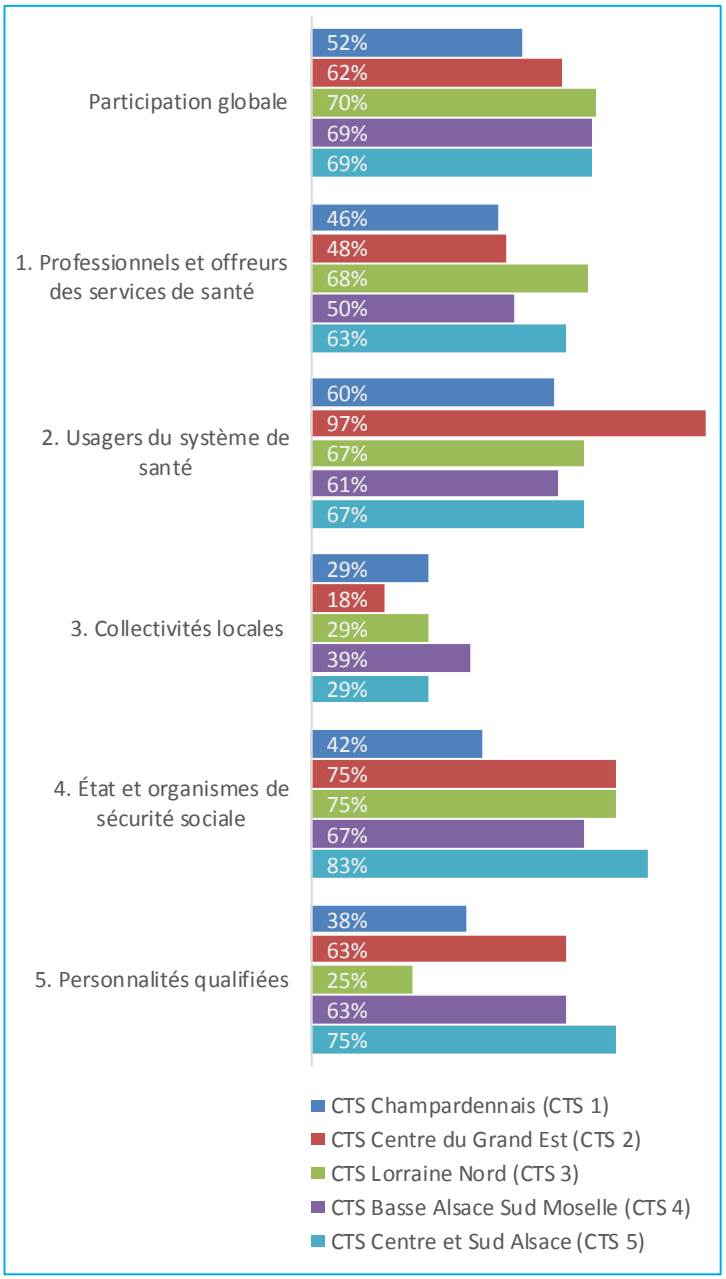
Le taux de participation globale varie de 52 % à 70 % selon le CTS.

Le taux de participation des représentants des usagers du système de santé varie également selon les CTS : il est de 60 % à 67 % pour quatre CTS et atteint 97 % pour le CTS Centre du Grand Est (CTS2).

De plus, 2 CTS ont déjà réuni une fois leur commission territoriale des droits des usagers (CT4 et CT5), avec un taux de participation moins important (respectivement 33 % et 58 % de participation globale, 33 % et 50 % de participation des représentants des usagers).

Au cours de l'année 2018, la présidente de la CSDU avec l'appui de l'ARS s'est déplacée au sein de chaque CTS pour présenter les travaux de la CSDU.

Taux de participation globale et par collège aux CTS



Source : Secrétariat de la CRSA Grand Est, activité 2017.

Avis et recommandations

Avis et recommandations 2017

Objectif 2 : Rendre effectif le processus d'évaluation du respect des droits des usagers	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. **1ère recommandation :** 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 ? **2ème recommandation :** Dans un souci de mieux suivre la mise en œuvre du respect des droits des usagers dans les secteurs sanitaire et médico-social : • 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. **3ème recommandation :** Prévoir un accompagnement des RU et des responsables qualité / qualiticiens 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. **4ème recommandation :** Réactualiser le guide du droit des usagers dans les secteurs sanitaire et médico-social. **5ème recommandation :** Veiller à l'affichage obligatoire et à la mise à jour régulière des listes départementales des personnes qualifiées dans les structures médico-sociales.
Objectif 5 : Droit au respect de la dignité de la personne – Encourager les usagers à rédiger des directives anticipées relatives aux	**Recommandation :** Concernant les directives anticipées : amélioration de l'information des usagers par le biais d'un document synthétique ainsi que leur rédaction

conditions de leur fin de vie	

Objectif 7 : **Assurer la scolarisation des enfants handicapés en milieu ordinaire ou adapté**	**1ère recommandation :** Il est inadmissible, aujourd'hui encore, que des enfants soient déscolarisés par manque d'AVS. **2ème recommandation :** Dans un accompagnement en continu, présentation du dispositif Cap intégration (département de la Marne) et proposition de déploiement sur le Grand Est. **3ème recommandation :** Utilisation et généralisation de Via Trajectoire

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

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

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

Objectif 14 : **Former les représentants des usagers siégeant dans les instances du système de santé**	**Recommandation :** Créer des temps de rencontre et d'échange entre RU dans les secteurs sanitaire et médico-social. (Cf. Objectif n°2)

Suivi des recommandations émises dans le rapport 2016

Les éléments ci-après reprennent les actions issues des recommandations de la CRSA émises dans le rapport 2016.

Rappel des recommandations

Objectif 1 : Former les professionnels de santé sur le respect des droits des usagers	Pour les professions paramédicales, l'évaluation des formations est possible en thème et en heure. Comment mettre en place le processus pour toutes les formations des professionnels de santé ?

Objectif 2 : Rendre effectif le processus d'évaluation du respect des droits des usagers	<u>S'agissant du questionnaire d'enquête de recueil des données portant sur les CDU :</u> Veiller à ce que les termes utilisés soient suffisamment explicites et définis afin qu'ils ne soient pas interprétés de façon différente par les établissements. Veiller à ce que le questionnaire d'enquête traduise davantage le questionnement sur le quotidien des patients et leur ressenti. Recenser les pratiques de recueil de la satisfaction des patients autres que les questionnaires d'entrée et de sortie.
	<u>S'agissant du fonctionnement des CDU :</u> Les membres de la CRSA s'interrogent sur le suivi par les CDU des sujets traités lors de leur séance et sur les solutions apportées. Veiller à ce que toutes les CDU formulent des recommandations et qu'elles soient écrites. Sur le nombre de réunion annuelle, il est utile d'en connaître les motifs lorsque le nombre est inférieur ou supérieur à 4 (pour rappel, la réglementation prévoit 4 réunions annuelles à minima) Il est nécessaire de prévoir un accompagnement des représentants des usagers afin de les aider à accomplir leur rôle, nécessité d'insister sur la formation des RU (formation obligatoire et autre formation Il est souhaitable de concevoir la CDU comme un lieu de force de proposition et de co construction.
	<u>S'agissant de la synthèse régionale des rapports CDU :</u> Il convient de faire la liste des CDU étant tenues de remettre un rapport et parmi elles, celles l'ayant effectivement adressé à l'ARS. Il est souhaité que la synthèse présente les données recueillies par GHT.

	La CRSA demande : • qu'un annuaire des représentants des usagers désignés au sein des CDU de la région Grand Est soit réalisé et qu'il soit accessible • que le mode de désignation des RU dans les CDU des établissements soit revu.

Objectif 7 : Assurer la scolarisation des enfants handicapés en milieu ordinaire ou adapté	La CRSA relève le manque d'éléments qualitatifs sur la thématique de la scolarisation des enfants handicapés. La CRSA émet les recommandations suivantes : • Etre vigilant sur la disparité entre les 3 académies de la proportion d'élèves en attente d'AVS • Nécessité de mieux accompagner les parents dans le suivi des décisions d'orientation prises par les MDPH • la nécessité de connaître le nombre d'enfants handicapés dans la région

Objectif 10 : Assurer l'accès aux professionnels de santé libéraux	La CRSA relève qu'il faut également prendre en compte les indicateurs portant sur les masseurs kinésithérapeutes et les professions para médicales.

Objectif 12 : Assurer l'accès aux structures de prévention	La CRSA relève que le champ de la prévention est beaucoup plus large que les thèmes relevant des indicateurs du cahier des charges (dépistage cancers, couverture vaccinale, obésité/surpoids).

ꕥ Actions réalisées

Objectif 2 : Rendre effectif le processus d'évaluation du respect des droits des usagers	S'agissant du questionnaire d'enquête de recueil des données portant sur les CDU : Le questionnaire de recueil des données 2017 des commissions a été retravaillé avec la CSDU.	☺
	S'agissant du fonctionnement des CDU : Les motifs sur le nombre de réunions et la mention explicite des recommandations sont demandés dans le questionnaire de recueil des données 2017.	☺
Objectif 7 : Assurer la scolarisation des enfants handicapés en milieu ordinaire ou adapté	Afin de mieux décrire la situation des enfants handicapés dans la région, les MDPH ont été sollicitées (nombre d'enfants avec un droit ouvert au titre du handicap). Cette démarche demande à être poursuivie dans les prochaines éditions du rapport.	😐
Objectif 10 : Assurer l'accès aux professionnels de santé libéraux	Les données présentées dans le présent rapport permettent de mieux identifier les disparités d'accès aux soins selon les départements à la fois des médecins (généralistes et spécialistes) selon le type de conventionnement, mais aussi des professionnels de santé de premiers recours (en plus des médecins généralistes : les infirmiers, masseurs-kinésithérapeutes, orthophonistes, chirurgiens-dentistes).	☺
Objectif 12 : Assurer l'accès aux structures de prévention	Il est proposé dans le présent rapport, aux membres de la CSDU, de travailler sur 2 autres thèmes. Ont été retenus, en raison de leur importance au niveau régional, de présenter des indicateurs du diabète traité pharmacologiquement ainsi que des consommations de substances psychoactives.	☺

Annexes

Synthèse régionale 2016 des rapports annuels des Commissions des Usagers (CDU) des établissements de santé du Grand Est

Voir document séparé

Synthèse régionale 2017 des rapports annuels des Commissions des Usagers (CDU) des établissements de santé du Grand Est

Voir document séparé

Règlementation

- Arrêté du 5 avril 2012 portant cahier des charges relatif à l'élaboration du rapport de la conférence régionale de la santé et de l'autonomie sur les droits des usagers du système de santé mentionné à l'article D. 1432-42 du code de la santé publique.
- Décret n°2015-213 du 2 mars 2005 relatif à la commission des relations avec les usagers et de la qualité de la prise en charge et modifiant le code de la santé publique.
- Décret n°2016-726 du 1er juin 2016 relatif à la commission des usagers des établissements de santé.
- 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

- **Arrêté du 5 avril 2012 portant cahier des charges relatif à l'élaboration du rapport de la conférence régionale de la santé et de l'autonomie sur les droits des usagers du système de santé**

Décrets, arrêtés, circulaires

TEXTES GÉNÉRAUX

MINISTÈRE DU TRAVAIL, DE L'EMPLOI ET DE LA SANTÉ

Arrêté du 5 avril 2012 portant cahier des charges relatif à l'élaboration du rapport de la conférence régionale de la santé et de l'autonomie sur les droits des usagers du système de santé mentionné à l'article D. 1432-42 du code de la santé publique

NOR : *ETSP1220103A*

Le ministre du travail, de l'emploi et de la santé et la ministre des solidarités et de la cohésion sociale,

Vu le code de la santé publique, notamment ses articles L. 1432-4 et D. 1432-42 ;

Vu l'avis de la Conférence nationale de santé du 7 février 2012,

Arrêtent :

Art. 1er. – Le rapport spécifique de la conférence régionale de la santé et de l'autonomie prévu à l'article D. 1432-42 du code de la santé publique est élaboré en fonction des orientations et objectifs suivants :

Promouvoir et faire respecter les droits des usagers

1. Former les professionnels de la santé sur le respect des droits des usagers.
2. Rendre effectif le processus d'évaluation du respect des droits des usagers.
3. Droit au respect de la dignité de la personne. – Promouvoir la bientraitance.
4. Droit au respect de la dignité de la personne. – Prendre en charge la douleur.
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.
6. Droit à l'information. – Permettre l'accès au dossier médical.
7. Assurer la scolarisation des enfants handicapés en milieu ordinaire ou adapté.
8. Droits des personnes détenues. – Assurer la confidentialité des données médicales et l'accès des personnes à leur dossier médical.
9. Santé mentale. – Veiller au bon fonctionnement des commissions départementales de soins psychiatriques.

Renforcer et préserver l'accès à la santé pour tous

10. Assurer l'accès aux professionnels de santé libéraux.
11. Assurer financièrement l'accès aux soins.
12. Assurer l'accès aux structures de prévention.
13. Réduire des inégalités d'accès à la prévention, aux soins et à la prise en charge médico-sociale sur tous les territoires.

Conforter la représentation des usagers du système de santé

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

Renforcer la démocratie sanitaire

15. Garantir la participation des représentants des usagers et des autres acteurs du système de santé dans les conférences régionales de la santé et de l'autonomie et les conférences de territoire.

Art. 2. – Ce rapport est établi sur la base des données mentionnées dans le tableau annexé et disponibles en région ; ces données sont collectées et consolidées par l'agence régionale de santé, la conférence régionale de la santé et de l'autonomie étant chargée de leur analyse.

Art. 3. – Le rapport doit assurer le suivi des recommandations des années précédentes. Il peut contenir des analyses et recommandations adaptées aux spécificités de la région.

Art. 4. – Le rapport, portant sur les données de l'année précédente, est transmis au directeur général de l'agence régionale de santé et à la Conférence nationale de santé au plus tard au 31 décembre de l'année en cours.

Art. 5. – La secrétaire générale des ministères chargés des affaires sociales, le directeur général de la santé, le directeur général de l'offre de soins, la directrice générale de la cohésion sociale et le directeur de la sécurité sociale sont chargés, chacun en ce qui le concerne, de l'exécution du présent arrêté, qui sera publié au *Journal officiel* de la République française.

Fait le 5 avril 2012.

Le ministre du travail, de l'emploi et de la santé,

Pour le ministre et par délégation :

La secrétaire générale chargée des affaires sociales,
E. WARGON

Le directeur général de la santé,
J-Y. GRALL

Le directeur général de l'offre de soins,
F.-X. SELLERET

Le directeur de la sécurité sociale,
T. FATOME

La ministre des solidarités et de la cohésion sociale,

Pour la ministre et par délégation :

La directrice générale de la cohésion sociale,
S. FOURCADE

La secrétaire générale chargée des affaires sociales,
E. WARGON

ANNEXE

CAHIER DES CHARGES DU RAPPORT SUR LES DROITS DES USAGERS DU SYSTÈME DE SANTÉ

Validé par le CNP le 23 mars 2012 (visa CNP 2012-86).

ORIENTATIONS	OBJECTIFS	SECTEUR	INDICATEURS/DONNÉES à recueillir	SOURCES d'information existantes
Promouvoir et faire respecter les droits des usagers				
	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	Formations par les URPS via le dispositif de formation continue (DFC) Projets labellisés par les ARS sur les droits des usagers
		Sanitaire		Rapport de l'ANFH pris en application de la circulaire DGOS/ANFH sur la formation des personnels hospitaliers dans les établissements de santé Formations initiales et continues assurées par l'EHESP, l'EN3S, le Centre national de l'équipement hospitalier, etc. Formation médicale continue par établissement : à intégrer aux rapports de CRUQPC

ORIENTATIONS	OBJECTIFS	SECTEUR	INDICATEURS/DONNÉES à recueillir	SOURCES d'information existantes
		Médico-social		Pour les personnels hospitaliers et libéraux : voir ci-dessus Pour les personnels relevant des ESMS autorisés par les seules ARS ou conjointement avec les conseils généraux : – résultats de l'évaluation interne des ESMS (tous les cinq ans) ; – formations assurées par les fédérations d'établissements et de services médico-sociaux ; – formations assurées par des associations de professionnels exerçant dans les établissements et services médico-sociaux (exemple : médecins coordonnateurs, professionnels des SSIAD) ; – formations financées par des organismes paritaires collecteurs agréés
	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	Conseils des ordres des professionnels de santé URPS
		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 CRUPQC 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	Rapports CRUQPC des établissements de santé Enquête SAPHORA Rapports de certification HAS : – pratiques exigées prioritaires (tous les quatre ans) ; – extractions régionales Répertoire opérationnel des ressources en matière d'urgence (base de données)
		Médico-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	Résultats du questionnaire ANESM sur la bientraitance des personnes âgées dans les EHPAD (avec alternance sur le champ personnes handicapées d'une année sur l'autre à partir de 2012) Résultats de l'évaluation interne des établissements et services médico-sociaux (tous les cinq ans) Rapports des CVS ARS
	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	Conseils des ordres des professionnels de santé

ORIENTATIONS	OBJECTIFS	SECTEUR	INDICATEURS/DONNÉES à recueillir	SOURCES d'information existantes
		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)	Rapports des CRUQPC Rapport de certification HAS – référence 10A Orientations stratégiques des établissements de santé
		Médico-social	Proportion d'établissements où un dispositif ou des procédures de promotion de la bientraitance existent	Enquête annuelle sur la bientraitance de l'ANESM pour les EHPAD : http://www.anesm.sante.gouv.fr/IMG/pdf/Bientraitance00-2._Vdefpdf.pdf Inspection-contrôle ou médiation des ARS Projets d'établissement et de service des établissements et services médico-sociaux Contrats pluriannuels d'objectifs et de moyens/convention tripartite des établissements et services médico-sociaux Mobiqual Evaluation interne Outil « Angélique »
	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)	Formations par les URPS via le dispositif de formation continue (DPC) Projets labellisés par les ARS sur les droits des usagers
		Sanitaire	Taux d'établissements où une structures d'étude et de traitement de la douleur chronique (SDCI 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)	Rapport de certification HAS Questionnaire de satisfaction des usagers (SAPHORA) Rapports des comités de lutte contre la douleur (CLUD) Rapports des CRUQPC
		Médico-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	Rapports d'évaluation interne des ESMS Projet d'établissement ou de service Conventions conclues avec les établissements de santé
	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	Ambulatoire	Nombre de formations à la fin de vie (cf point 1)	Formations par les URPS via le dispositif de formation continue (DPC) Projets labellisés par les ARS sur les droits des usagers
		Sanitaire	Proportion d'établissements ayant organisé une information sur les directives anticipées Proportion d'établissements où un dispositif de recueil des directives anticipées existe	Rapports de certification de la HAS - référence 38 Rapports des CRUQPC Autoévaluation des établissements de santé Livret d'accueil des établissements
		Médico-social	Proportion d'établissements et services médico-sociaux prenant en compte cette dimension dans leur projet d'établissement Pour les établissements et services médico-sociaux ayant intégré cette dimension, pourcentage de résidents ayant rédigé des directives anticipées/ nombre total de résidents	Projet d'établissement et de service Livret d'accueil des établissements et services médico-sociaux Rapports des CVS Contrat de séjour

ORIENTATIONS	OBJECTIFS	SECTEUR	INDICATEURS/DONNÉES à recueillir	SOURCES d'information existantes
	6. Droit à l'information. – Permettre l'accès au dossier médical	Ambulatoire	Nombre de plaintes et réclamations relatives à l'accès au dossier médical Taux de réponse apportée aux réclamations et plaintes	Projet médical des maisons, pôles et centres Ordres professionnels ARS
		Sanitaire	Nombre de plaintes et réclamations relatives à l'accès au dossier médical Nombre d'établissements ayant une cotation A, B, C, etc. dans les rapports de certification HAS (référence 14 de la V2010)	Rapport de certification HAS – critère 14b – PEP Rapports des CRUQPC Questionnaire SAPHORA
		Médico-social	Nombre de plaintes et réclamations relatives à l'accès au dossier médical	ARS Remontées d'informations issues des personnes qualifiées
	7. Assurer la scolarisation des enfants handicapés en milieu ordinaire ou adapté		Taux de couverture des besoins des enfants handicapés : nombre de prises en charge/nombre de demandes de scolarisation	Pour les demandes de scolarisation : maisons départementales des personnes handicapées (rapports d'activités) Pour les prises en charge (liste des enfants inscrits) : – en milieu ordinaire : services de l'éducation nationale (rectorat ou académie) ; – en milieu adapté : maisons départementales des personnes handicapées
	8. Droits des personnes détenues. – Assurer la confidentialité des données médicales et l'accès des personnes à leur dossier médical		Proportion de dossiers médicaux à la seule disposition des personnels soignants (dans des armoires fermées à clef)	Etablissements de santé Etablissements pénitentiaires
	9. Santé mentale. – Veiller au bon fonctionnement des commissions départementales de soins psychiatriques (CDSP)		Proportion de commissions départementales de soins psychiatriques existantes Proportion de rapports transmis à l'ARS	ARS Rapport annuel des CDSP
	Renforcer et préserver l'accès à la santé pour tous			
	10. Assurer l'accès aux professionnels de santé libéraux		Pourcentage d'offre en tarifs opposables par spécialité (secteur 1 + secteur 2) et par territoire de santé 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 Taux de satisfaction des usagers de la permanence des soins	CPAM - Ameli-direct.fr Projet régional de santé - schéma d'organisation des soins Contrat pluriannuel d'objectifs et de moyens des ARS
	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 Conseils des ordres des professionnels santé
	12. Assurer l'accès aux structures de prévention		Taux de participation au dépistage organisé du cancer colorectal chez les 50 à 74 ans Taux de participation au dépistage organisé du cancer du sein pour les femmes de 50 à 74 ans Taux de couverture vaccinale des enfants de 24 mois contre la rougeole, les oreillons et la rubéole Prévalence de l'obésité et du surpoids parmi les enfants en grande section de maternelle	Contrat pluriannuel d'objectifs et de moyens des ARS

ORIENTATIONS	OBJECTIFS	SECTEUR	INDICATEURS/DONNÉES à recueillir	SOURCES d'information existantes
	13. Réduire des inégalités d'accès à la prévention, aux soins et à la prise en charge médico-sociale sur tous les territoires		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 (isolés) Ecarts intrarégionaux d'équipements en établissements et services médico-sociaux mesurés à partir de la dépense d'assurance maladie rapportée à la population cible (personnes handicapées de 0 à 59 ans et personnes âgées de 75 ans et plus) 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	Contrat pluriannuel d'objectifs et de moyens des ARS
Conforter la représentation des usagers				
	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 2011) Nombre de formations réalisées Nombre de personnes formées/nombre de rerpésentants issus d'associations agréées en santé (art. L. 1114-1 du code de la santé publique) Dispositif d'information sur ces formations	ARS Collectifs interassociatif sur la santé (CISS) national et régionaux Autres organismes de formation
Renforcer la démocratie sanitaire				
	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 des CRSA et conférences de territoire Taux de participation des représentants des usagers dans les CRSA et les conférences de territoire	ARS : rapport annuel de performance/indicateur du programme 204

Décret n°2015-213 du 2 mars 2005 relatif à la commission des relations avec les usagers et de la qualité de la prise en charge

Décrets, arrêtés, circulaires

TEXTES GÉNÉRAUX

MINISTÈRE DES SOLIDARITÉS, DE LA SANTÉ ET DE LA FAMILLE

Décret n° 2005-213 du 2 mars 2005 relatif à la commission des relations avec les usagers et de la qualité de la prise en charge et modifiant le code de la santé publique (partie Réglementaire)

NOR : *SANH0520635D*

Le Premier ministre,

Sur le rapport du ministre des solidarités, de la santé et de la famille,

Vu le code de la santé publique, notamment l'article L. 1112-3 ;

Vu la loi n° 2004-806 du 9 août 2004 relative à la politique de santé publique, notamment l'article 158 ;

Le Conseil d'Etat (section sociale) entendu,

Décrète :

Art. 1er. – Au chapitre II du titre Ier du livre Ier de la première partie du code de la santé publique (partie Réglementaire), il est créé une section III intitulée : « Commission des relations avec les usagers et de la qualité de la prise en charge » comprenant les articles R. 1112-79 à R. 1112-94 ainsi rédigés :

« Sous-section 1

« Champ d'application et missions

« *Art. R. 1112-79.* – La commission des relations avec les usagers et de la qualité de la prise en charge mentionnée au deuxième alinéa de l'article L. 1112-3 est instituée dans chaque établissement de santé public ou privé ainsi que dans les syndicats interhospitaliers et les groupements de coopération sanitaire autorisés à assurer les missions d'un établissement de santé.

« *Art. R. 1112-80.* – I. – La commission veille au respect des droits des usagers et facilite leurs démarches.

« A cet effet, l'ensemble des plaintes et réclamations adressées à l'établissement de santé par les usagers ou leurs proches ainsi que les réponses qui y sont apportées par les responsables de l'établissement sont tenues à la disposition des membres de la commission, selon des modalités définies par le règlement intérieur de l'établissement. Dans les conditions prévues aux articles R. 1112-93 et R. 1112-94, la commission examine celles de ces plaintes et réclamations qui ne présentent pas le caractère d'un recours gracieux ou juridictionnel et veille à ce que toute personne soit informée sur les voies de recours et de conciliation dont elle dispose.

« II. – La commission contribue par ses avis et propositions à l'amélioration de la politique d'accueil et de prise en charge des personnes malades et de leurs proches. A cet effet :

« 1° Elle reçoit toutes les informations nécessaires à l'exercice de ses missions, notamment :

« *a)* Les mesures relatives à la politique d'amélioration continue de la qualité préparées par la commission médicale d'établissement conformément au 3° de l'article L. 6144-1 ainsi que les avis, vœux ou recommandations formulés dans ce domaine par les diverses instances consultatives de l'établissement ;

« *b)* Une synthèse des réclamations et plaintes adressées à l'établissement de santé par les usagers ou leurs proches au cours des douze mois précédents ;

« *c)* Le nombre de demandes de communication d'informations médicales formulées en vertu de l'article L. 1112-1 ainsi que les délais dans lesquels l'établissement satisfait à ces demandes ;

« *d)* Le résultat des enquêtes concernant l'évaluation de la satisfaction des usagers prévue à l'article L. 1112-2, en particulier les appréciations formulées par les patients dans les questionnaires de sortie ;

« *e)* Le nombre, la nature et l'issue des recours gracieux ou juridictionnels formés contre l'établissement par les usagers ;

« 2° A partir notamment de ces informations, la commission :

« *a)* Procède à une appréciation des pratiques de l'établissement concernant les droits des usagers et la qualité de l'accueil et de la prise en charge, fondée sur une analyse de l'origine et des motifs des plaintes, des réclamations et des témoignages de satisfaction reçus dans les différents services ainsi que des suites qui leur ont été apportées ;

« *b)* Recense les mesures adoptées au cours de l'année écoulée par le conseil d'administration ou l'organe collégial qui en tient lieu en ce qui concerne les droits des usagers et la qualité de l'accueil et de la prise en charge et évalue l'impact de leur mise en œuvre ;

« *c)* Formule des recommandations, notamment en matière de formation des personnels, destinées à améliorer l'accueil et la qualité de la prise en charge des personnes malades et de leurs proches et à assurer le respect des droits des usagers ;

« 3° La commission rend compte de ses analyses et propositions dans le rapport mentionné à l'article L. 1112-3.

« Ce rapport ne comporte que des données anonymes. Après avis des autres instances consultatives concernées, il est transmis au conseil d'administration ou à l'organe collégial qui en tient lieu, quinze jours au moins avant la séance au cours de laquelle ce dernier délibère sur la politique de l'établissement en ce qui concerne les droits des usagers et la qualité de l'accueil et de la prise en charge. Il est également transmis, avec les éléments d'information énumérés au 1°, à l'agence régionale de l'hospitalisation et au conseil régional de santé.

« Sous-section 2

« Composition

« *Art. R. 1112-81.* – I. – La commission est composée comme suit :

« 1° Le représentant légal de l'établissement ou la personne qu'il désigne à cet effet, président ;

« 2° Deux médiateurs et leurs suppléants, désignés par le représentant légal de l'établissement dans les conditions prévues à l'article R. 1112-82 ;

« 3° Deux représentants des usagers et leurs suppléants, désignés par le directeur de l'agence régionale de l'hospitalisation dans les conditions prévues à l'article R. 1112-83.

« Le règlement intérieur de l'établissement peut compléter la composition de la commission dans les conditions prévues aux II à VI ci-dessous.

« II. – Dans les établissements publics de santé, autres que l'Assistance publique-hopitaux de Paris, la commission peut en outre comporter un ou plusieurs des membres suivants :

« 1° Le président de la commission médicale d'établissement ou le représentant qu'il désigne parmi les médecins membres de cette commission ;

« 2° Un représentant de la commission du service de soins infirmiers et son suppléant, désignés par le directeur du service de soins infirmiers parmi les membres mentionnés au *b* de l'article R. 714-62-2 ;

« 3° Un représentant du personnel et son suppléant, choisis par les membres du comité technique d'établissement en son sein ;

« 4° Un représentant du conseil d'administration et son suppléant, choisis par et parmi les représentants des collectivités locales et les personnalités qualifiées.

« III. – Dans chaque hôpital ou groupe hospitalier de l'Assistance publique-hôpitaux de Paris, la commission peut en outre comporter un ou plusieurs des membres suivants :

« 1° Le président du comité consultatif médical ou le représentant qu'il désigne parmi les médecins membres de ce comité ;

« 2° Un représentant de la commission locale du service de soins infirmiers et son suppléant, désignés par le directeur du service de soins infirmiers parmi les membres mentionnés au *b* de l'article R. 714-26-2 ;

« 3° Un représentant du personnel et son suppléant, choisis par les membres du comité technique local d'établissement en son sein ;

« 4° Un représentant de la commission de surveillance et son suppléant, choisis par et parmi les représentants des collectivités locales et les personnalités qualifiées.

« IV. – Dans les établissements de santé privés, la commission peut en outre comporter un ou plusieurs des membres suivants :

« 1° Le président de la commission médicale ou de la conférence médicale ou le représentant qu'il désigne parmi les médecins membres de cette commission ou de cette conférence ;

« 2° Un représentant du personnel infirmier ou aide-soignant et son suppléant, désignés par le représentant légal de l'établissement ;

« 3° Un représentant du conseil d'administration ou de l'organe collégial qui en tient lieu et son suppléant, choisis par et parmi les membres qui n'y représentent pas les professionnels ou les usagers.

« V. – Dans les syndicats interhospitaliers autorisés à assurer les missions d'un établissement de santé, la commission peut en outre comporter un ou plusieurs des membres suivants :

« 1° Le président de la commission médicale d'établissement ou le représentant qu'il désigne parmi les médecins membres de cette commission ;

« 2° Un représentant du personnel infirmier ou aide-soignant et son suppléant, désignés par le représentant légal de l'établissement ;

« 3° Un représentant du personnel et son suppléant, choisis par les membres du comité technique d'établissement en son sein ;

« 4° Un représentant du conseil d'administration et son suppléant, choisis par et parmi les représentants des établissements membres.

« VI. – Dans les groupements de coopération sanitaire autorisés à assurer les missions d'un établissement de santé, la commission peut en outre comporter un ou plusieurs des membres suivants :

« 1° Un médecin et son suppléant, choisis par et parmi les médecins membres des commissions médicales d'établissement, commissions médicales et conférences médicales des établissements de santé membres du groupement ;

« 2° Un représentant du personnel infirmier ou aide-soignant et son suppléant, désignés par le représentant légal de l'établissement ;

« 3° Un représentant de l'assemblée générale du groupement et son suppléant, choisis en son sein par les membres de l'assemblée.

« *Art. R. 1112-82.* – Les médiateurs mentionnés au 2° du I de l'article R. 1112-81 sont un médiateur médecin et un médiateur non médecin.

« Le médiateur non médecin et son suppléant sont désignés par le représentant légal de l'établissement parmi le personnel non médecin exerçant dans l'établissement.

« Le médiateur médecin et son suppléant sont désignés par le représentant légal de l'établissement parmi les médecins exerçant dans l'un des établissements mentionnés aux II à VI de l'article R. 1112-81 ou ayant cessé d'y exercer la médecine ou des fonctions de médiateur depuis moins de cinq ans. Dans les établissements mentionnés aux II à V de l'article R. 1112-81, ces nominations interviennent après avis de la commission médicale d'établissement, du comité consultatif médical, de la commission médicale ou de la conférence médicale. Le médiateur médecin et son suppléant ne doivent pas exercer dans le même service.

« En cas de vacance du siège de médiateur médecin pendant une période supérieure à six mois, le directeur de l'agence régionale de l'hospitalisation en désigne un sur proposition du conseil départemental de l'ordre des médecins, parmi des praticiens remplissant les conditions d'exercice définies à l'alinéa précédent.

« Une même personne ne peut assurer les missions de médiateur médecin titulaire ou suppléant auprès de plus de trois établissements simultanément. Si le médiateur médecin ou son suppléant ne sont pas salariés de l'établissement, ce dernier les assure pour les risques courus au titre de leurs missions.

« *Art. R. 1112-83.* – Les représentants des usagers et leurs suppléants sont désignés par le directeur de l'agence régionale de l'hospitalisation parmi les personnes proposées par les associations agréées en application de l'article L. 1114-1.

« Toutefois, lorsque les personnes siégeant en qualité de représentants des usagers au sein du conseil d'administration ou de l'organe collégial qui en tient lieu dans l'établissement considéré demandent à siéger à ce titre au sein de la commission, le directeur de l'agence est dispensé de solliciter de telles propositions.

« *Art. R. 1112-84.* – 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 l'hospitalisation. 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.

« *Sous-section 3*

« *Fonctionnement*

« *Art. R. 1112-85.* – La durée du mandat des médiateurs, des représentants des usagers et des représentants du personnel mentionnés aux 2° des IV, V et VI de l'article R. 1112-81 est fixée à trois ans renouvelable. Le mandat des autres membres de la commission prend fin en même temps que le mandat ou les fonctions au titres desquels les intéressés ont été désignés.

« *Art. R. 1112-86.* – Le président ne prend pas part aux votes. Il peut se faire accompagner des collaborateurs de son choix. En cas de partage égal des voix, l'avis est réputé avoir été donné ou la recommandation formulée.

« Le responsable de la politique de la qualité assiste aux séances de la commission avec voix consultative.

« La commission peut entendre toute personne compétente sur les questions à l'ordre du jour.

« *Art. R. 1112-87.* – Les membres de la commission, autres que le président, qui sont concernés par une plainte ou une réclamation ne peuvent siéger lorsque la commission délibère sur le dossier en cause.

« Un membre titulaire empêché ou concerné par une plainte ou une réclamation est remplacé par son suppléant.

« Si le médiateur et son suppléant sont simultanément concernés par une plainte ou une réclamation, leur mission est assurée par un agent désigné par le représentant légal, lorsqu'il s'agit du médiateur non médecin, et par un praticien désigné par le président de la commission médicale d'établissement, du comité consultatif médical, de la commission médicale ou de la conférence médicale, lorsqu'il s'agit du médiateur médecin. Dans les établissements mentionnés au VI de l'article R. 1112-81, le praticien est désigné par le représentant légal de l'établissement.

« *Art. R. 1112-88.* – 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 dans les conditions prévues à l'article R. 1112-94. La réunion est de droit à la demande de la moitié au moins des membres ayant voix délibérative.

« L'ordre du jour, qui comporte notamment les questions dont l'inscription a été demandée par la moitié au moins des membres ayant voix délibérative, est arrêté par le président et communiqué aux membres de la commission au moins huit jours avant la réunion. En cas d'urgence, le délai peut être réduit sans pouvoir être inférieur à un jour franc.

« *Art. R. 1112-89.* – La commission établit son règlement intérieur. Le secrétariat est assuré à la diligence du représentant légal de l'établissement. Chaque établissement met à la disposition de la commission ainsi que des médiateurs les moyens matériels nécessaires à l'exercice de leurs missions.

« *Art. R. 1112-90.* – Les membres de la commission sont indemnisés au titre des frais de déplacement engagés dans le cadre de leur mission.

« Sous-section 4

« Examen des plaintes et réclamations

« *Art. R. 1112-91.* – Tout usager d'un établissement de santé doit être mis à même d'exprimer oralement ses griefs auprès des responsables des services de l'établissement. En cas d'impossibilité ou si les explications reçues ne le satisfont pas, il est informé de la faculté qu'il a soit d'adresser lui-même une plainte ou réclamation écrite au représentant légal de l'établissement, soit de voir sa plainte ou réclamation consignée par écrit, aux mêmes fins. Dans la seconde hypothèse, une copie du document lui est délivrée sans délai.

« *Art. R. 1112-92.* – L'ensemble des plaintes et réclamations écrites adressées à l'établissement sont transmises à son représentant légal. Soit ce dernier y répond dans les meilleurs délais, en avisant le plaignant de la possibilité qui lui est offerte de saisir un médiateur, soit il informe l'intéressé qu'il procède à cette saisine.

« Le médiateur médecin est compétent pour connaître des plaintes ou réclamations qui mettent exclusivement en cause l'organisation des soins et le fonctionnement médical du service tandis que le médiateur non médecin est compétent pour connaître des plaintes ou réclamations étrangères à ces questions. Si une plainte ou réclamation intéresse les deux médiateurs, ils sont simultanément saisis.

« *Art. R. 1112-93.* – Le médiateur, saisi par le représentant légal de l'établissement ou par l'auteur de la plainte ou de la réclamation, rencontre ce dernier. Sauf refus ou impossibilité de la part du plaignant, le rencontre a lieu dans les huit jours suivant la saisine. Si la plainte ou la réclamation est formulée par un patient hospitalisé, la rencontre doit intervenir dans toute la mesure du possible avant sa sortie de l'établissement. Le médiateur peut rencontrer les proches du patient s'il l'estime utile ou à la demande de ces derniers.

« *Art. R. 1112-94.* – Dans les huit jours suivant la rencontre avec l'auteur de la plainte ou de la réclamation, le médiateur en adresse le compte rendu au président de la commission qui le transmet sans délai, accompagné de la plainte ou de la réclamation, aux membres de la commission ainsi qu'au plaignant.

« Au vu de ce compte rendu et après avoir, si elle le juge utile, rencontré l'auteur de la plainte ou de la réclamation, la commission formule des recommandations en vue d'apporter une solution au litige ou tendant à ce que l'intéressé soit informé des voies de conciliation ou de recours dont il dispose. Elle peut également émettre un avis motivé en faveur du classement du dossier.

« Dans le délai de huit jours suivant la séance, le représentant légal de l'établissement répond à l'auteur de la plainte ou de la réclamation et joint à son courrier l'avis de la commission. Il transmet ce courrier aux membres de la commission. »

Art. 2. – Après le dixième alinéa de l'article R. 716-3-25 du même code, il est inséré un alinéa ainsi rédigé :

« 10. Le rapport de la commission des relations avec les usagers et de la qualité de la prise en charge mentionné à l'article L. 1112-3. Ce rapport est transmis au conseil d'administration accompagné des propositions et avis de la commission de surveillance. »

Art. 3. – Les articles R. 710-1-1 à R. 710-1-10 du code de la santé publique sont abrogés.

Art. 4. – Les établissements de santé disposent d'un délai de six mois à compter de la publication du présent décret pour mettre en place la commission des relations avec les usagers et de la qualité de la prise en charge. Jusqu'à la mise en place de cette commission, la commission de conciliation continue à assurer ses missions.

Jusqu'à l'expiration d'un délai de six mois à compter de la publication de la première décision prononçant les agréments prévus à l'article L. 1114-1 du code de la santé publique, les représentants des usagers dans les commissions des relations avec les usagers et de la qualité de la prise en charge sont désignés pour un an par le directeur de l'agence régionale de l'hospitalisation parmi les membres des associations régulièrement déclarées ayant une activité dans le domaine de la qualité de la santé et de la prise en charge des malades.

Art. 5. – Le ministre des solidarités, de la santé et de la famille est chargé de l'exécution du présent décret, qui sera publié au *Journal officiel* de la République française.

Fait à Paris, le 2 mars 2005.

JEAN-PIERRE RAFFARIN

Par le Premier ministre :

Le ministre des solidarités,
de la santé et de la famille,
PHILIPPE DOUSTE-BLAZY

- **Décret n°2016-726 du 1er juin 2016 relatif à la commission des usagers des établissements de santé**

Décrets, arrêtés, circulaires

TEXTES GÉNÉRAUX

MINISTÈRE DES AFFAIRES SOCIALES ET DE LA SANTÉ

Décret n° 2016-726 du 1er juin 2016
relatif à la commission des usagers des établissements de santé

NOR : *AFSH1607847D*

Publics concernés : *établissements de santé.*

Objet : *missions et composition de la commission des usagers des établissements de santé.*

Entrée en vigueur : *les dispositions entrent en vigueur le lendemain de leur publication. Les établissements disposent d'un délai de six mois à compter de la publication du décret pour installer les commissions des usagers.*

Notice : *le présent décret fait évoluer les missions et la composition de la commission des usagers des établissements de santé. Il modifie d'une part les attributions de la commission des usagers en prévoyant qu'elle soit informée des actions correctives mises en place en cas d'événements indésirables graves, qu'elle puisse les analyser, qu'elle recueille les observations réalisées par les associations conventionnées intervenant dans l'établissement et qu'elle puisse proposer un « projet des usagers ». D'autre part, le décret modifie la composition et le fonctionnement de la commission des usagers en prévoyant que le président soit élu parmi les représentants des usagers, des médiateurs ou le représentant légal de l'établissement. Enfin, le décret définit l'organisation de l'élection de la présidence de la commission des usagers et de désignation du vice-président.*

Références : *le décret est pris pour l'application de l'article 183 de la loi n° 2016-41 du 26 janvier 2016 de modernisation de notre système de santé. Les dispositions du code de la santé publique modifiées par le présent décret peuvent être consultées, dans leur rédaction résultant de cette modification, sur le site Légifrance (http://www.legifrance.gouv.fr/).*

Le Premier ministre,

Sur le rapport de la ministre des affaires sociales et de la santé,

Vu le code de la santé publique, notamment ses articles L. 1112-3 et L. 1413-14 ;

Le Conseil d'Etat (section sociale) entendu,

Décrète :

Art. 1er. – I. – Le II de l'article R. 1112-80 du code de la santé publique est ainsi modifié :

1° Le 1° est complété par trois alinéas ainsi rédigés :

« *f)* Une présentation, au moins une fois par an, des événements indésirables graves mentionnés à l'article L. 1413-14 survenus au cours des douze mois précédents ainsi que les actions menées par l'établissement pour y remédier.

« Les informations relatives aux événements indésirables graves, à leur analyse et aux mesures correctives garantissent l'anonymat des patients et des professionnels concernés ;

« *g)* Les observations des associations de bénévoles ayant signé une convention avec l'établissement, qu'elle recueille au moins une fois par an. » ;

2° Le II est complété par quatre alinéas ainsi rédigés :

« *4°* La commission peut proposer un projet des usagers, après consultation de l'ensemble des représentants des usagers de l'établissement et des représentants des associations de bénévoles ayant signé une convention avec l'établissement et intervenant en son sein.

« Ce projet s'appuie sur les rapports d'activité établis en application de l'avant-dernier alinéa de l'article L. 1112-3. Il exprime les attentes et propositions des usagers au regard de la politique d'accueil, de la qualité et de la sécurité de la prise en charge et du respect des droits des usagers. La commission médicale d'établissement ou la conférence médicale d'établissement contribue à son élaboration. Il est transmis par la commission des usagers au représentant légal de l'établissement.

« Le projet des usagers est proposé par la commission des usagers en vue de l'élaboration du projet d'établissement des établissements publics de santé, de la politique médicale des établissements de santé privés ou du projet institutionnel des établissements de santé privés d'intérêt collectif.

« Toute analyse, tout rapport, toute proposition ou communication réalisé par la commission et relatif aux plaintes, réclamations et événements indésirables graves garantit le respect de l'anonymat du patient et du professionnel concerné. »

II. – Le premier alinéa de l'article R. 1112-92 du même code est complété par une phrase ainsi rédigée :

« Le représentant légal de l'établissement informe l'auteur de la plainte ou de la réclamation qu'il peut se faire accompagner, pour la rencontre avec le médiateur prévue à l'article R. 1112-93, d'un représentant des usagers membre de la commission des usagers. »

Art. 2. – I. – L'article R. 1112-81 du même code est ainsi modifié :

1° Au 1° du I, le mot : « président » est supprimé ;

2° Le III est remplacé par les dispositions suivantes :

« *III.* – Le directeur général de l'Assistance publique-hôpitaux de Paris institue une commission des usagers, dans les hôpitaux constituant les groupements d'hôpitaux et dans les hôpitaux ne faisant pas partie d'un groupement d'hôpitaux. Il en organise la coordination au sein des mêmes groupements. Le règlement intérieur de l'établissement en organise le fonctionnement par référence aux dispositions de la sous-section 3, ainsi que les modalités par lesquelles les représentants des instances représentatives locales mentionnées aux articles R. 6147-6 et suivants y participent. »

II. – Après l'article R. 1112-81, il est ajouté un article R. 1112-81-1 ainsi rédigé :

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

« Le président est élu, pour un mandat de trois ans renouvelable deux fois, par l'ensemble des membres composant la commission prévus à l'article R. 1112-81.

« Le vote a lieu au scrutin secret et uninominal, à la majorité absolue des suffrages exprimés. Si cette majorité n'est pas atteinte aux deux premiers tours, un troisième tour est organisé. La majorité relative suffit au troisième tour. En cas d'égalité entre les candidats ayant obtenu le plus grand nombre de voix, le plus âgé d'entre eux est déclaré élu.

« La commission des usagers élit dans les conditions prévues aux deux alinéas précédents 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. Son mandat est renouvelable deux fois.

« II. – En cas d'empêchement, d'absence prolongée ou de démission du président de la commission des usagers, ses fonctions au sein de la commission sont assurées par le vice-président. »

III. – Le premier alinéa de l'article R. 1112-86 du même code est remplacé par les dispositions suivantes :

« En cas de partage égal des voix, la voix du président est prépondérante. »

Art. 3. – Aux articles R. 1112-79, R. 6144-2-2, D. 6161-4, R. 6164-5 et R. 6322-19 du même code, les mots : « commission des relations avec les usagers et de la qualité de la prise en charge » sont remplacés par les mots : « commission des usagers ».

Art. 4. – Les commissions des usagers sont installées au sein des établissements de santé dans un délai de six mois à compter de la publication du présent décret.

Les établissements de santé procèdent aux élections du président et du vice-président de la commission dans les conditions prévues à l'article R. 1112-81-1, tel qu'issu du II de l'article 2 du présent décret, dans un délai d'un mois à compter de l'installation de la commission des usagers au sein de l'établissement.

Jusqu'à l'installation dans chaque établissement de la commission des usagers et au plus tard jusqu'à l'expiration du délai de six mois mentionné au premier alinéa, la commission des relations avec les usagers et de la qualité de la prise en charge continue dans l'établissement concerné d'exercer ses missions conformément aux dispositions de la section 3 du chapitre II du titre Ier du livre Ier de la première partie du code de la santé publique, dans leur rédaction applicable à la date de publication du présent décret.

Art. 5. – La ministre des affaires sociales et de la santé est chargée de l'exécution du présent décret, qui sera publié au *Journal officiel* de la République française.

Fait le 1er juin 2016.

MANUEL VALLS

Par le Premier ministre :

La ministre des affaires sociales et de la santé,
MARISOL TOURAINE

- **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**

- **ANNEXE DE L'ARRETE : MÉTHODOLOGIE DE DÉTERMINATION DES ZONES CARACTÉRISÉES PAR UNE OFFRE DE SOINS INSUFFISANTE OU PAR DES DIFFICULTÉS DANS L'ACCÈS AUX SOINS POUR LA PROFESSION DE MÉDECIN**

Conformément aux dispositions du I de l'article R. 1434-41 du code de la santé publique, le directeur général de l'agence régionale de santé arrête les zones caractérisées par une offre de soins insuffisante ou par des difficultés dans l'accès aux soins pour la profession de médecin.

Ces zones sont déterminées selon la méthodologie ici présentée.

I. - Calcul de l'APL par territoire de vie-santé

Les zones caractérisées par une offre de soins insuffisante ou par des difficultés dans l'accès aux soins pour la profession de médecin sont déterminées à partir d'un indicateur principal dénommé Accessibilité potentielle localisée (APL) à un médecin.

L'indicateur APL est calculé par la Direction de la recherche, des études, de l'évaluation et des statistiques (DREES) en considérant notamment :

- l'activité de chaque praticien, mesurée par le nombre de consultations ou visites effectuées par le praticien ;

- le temps d'accès au praticien selon une fonction décroissante entre 0 et 20 minutes ;

- la consommation de soins par classe d'âge pour tenir compte des besoins différenciés en offre de soins.

Pour tenir compte des éventuels départs à la retraite et de la réduction de l'offre de soins qui s'ensuivrait, le champ des professionnels de santé considéré est défini en appliquant une borne d'âge à partir de laquelle les médecins ne sont plus comptabilisés dans l'offre de soins prise en compte dans le calcul de l'indicateur APL.

L'indicateur APL est exprimé en nombre de consultations accessibles par an par habitant standardisé (C./an/hab.).

L'indicateur APL est calculé au niveau des territoires de vie-santé mentionnés à l'article 2 du présent arrêté.

Il correspond à la moyenne, pondérée par la population de chaque commune, des indicateurs APL des communes composant cette unité territoriale.

La méthodologie de la construction de l'indicateur APL est publiée sur le site internet de la DREES (www.drees.social-sante.gouv.fr).

II. - Détermination des seuils d'identification des zones caractérisées par une offre de soins insuffisante ou des difficultés dans l'accès aux soins

L'établissement de ces seuils tient compte du fait qu'un habitant bénéficie en moyenne nationale de 3,8 consultations par an (source : SNIIRAM 2015, CNAM-TS, Calculs DREES).

Pour la présente méthodologie, il est considéré que :

- une offre médicale est insuffisante dès lors qu'elle est inférieure d'au moins un tiers à cette valeur (soit inférieure à 2,5 consultations par an par habitant) ;

- le niveau de l'offre de soins ne permet pas de répondre de manière satisfaisante aux besoins de la population lorsque l'indicateur APL est inférieur à 4 consultations par an par habitant.

Il résulte de ce qui précède :

1. Les zones dans lesquelles l'indicateur APL est inférieur à 2,5 consultations par an par habitant, en tenant compte de l'offre des médecins généralistes âgés de 65 ans ou moins, constituent la sélection nationale. Elles sont obligatoirement sélectionnées par l'agence régionale de santé (zones A) pour faire partie des zones d'intervention prioritaire et sont identifiées par l'arrêté prévu au 1° de l'article L. 1434-4 du code de la santé publique.

2. Les zones dans lesquelles l'indicateur APL est compris entre 2,5 et 4 consultations par an par habitant, en tenant compte de l'offre des médecins généralistes âgés de 65 ans ou moins, constituent le vivier.

Au sein de ce vivier, le directeur général de l'agence régionale de santé détermine deux types de zones qui sont également identifiées par l'arrêté prévu au 1° de l'article L. 1434-4 du code de la santé publique.

2a. sélection additionnelle des zones d'intervention prioritaire, dans le respect du pourcentage de population indiqué dans le tableau ci-après. Pour la sélection de ces zones (zones B), dans le respect de l'article R. 1434-41 du code de la santé publique, le directeur général de l'agence régionale de santé peut retenir des indicateurs complémentaires à l'indicateur APL.

Les indicateurs complémentaires peuvent être par exemple :

- la part de la population en Affection de Longue Durée (ALD) ;
- la proportion de médecins exerçant en secteur 1 ;
- le taux d'hospitalisations potentiellement évitables.

Les zones A et B constituent les zones d'intervention prioritaire.

Elles sont éligibles à toutes les mesures et aides à l'installation des médecins prévues par la réglementation.

2b. sélection des zones d'action complémentaire, constituées de tout ou une partie du vivier restant une fois les zones B sélectionnées. Ces zones sont éligibles aux aides prévues aux articles identifiés ci-dessous.

Le tableau ci-dessous résume les éléments présentés :

	APL de la zone <2,5C/an/hab.	**2,5<APL de la zone<4 C/an/hab.**	
	Sélection nationale	**Vivier**	
Qualificatif	Zone d'intervention prioritaire (A) (sélection nationale)	Zone d'intervention prioritaire (B) (sélection additionnelle par l'agence régionale de santé)	Zones d'action complémentaire (tout ou partie du reste du vivier, sur décision de l'agence régionale de santé)
Mesures applicables en application du 1° de l'article L. 1434-4 du CSP	Zones éligibles aux aides conventionnelles, prises en application des articles L. 162-14-1 et L. 162-32-1 du code de la sécurité sociale, aux aides du *b* du 2° du I de l'article D. 162-30 du code de la sécurité sociale, aux aides prévues aux articles L. 632-6 du code de l'éducation, L. 1511-8 du code général des collectivités territoriales, 151 *ter* du code général des impôts, L. 1435-4-2 à L. 1435-4-5, L. 1435-5-1 à L. 1435-5-4 du code de la santé publique		Zones éligibles aux aides du *b* du 2° du I de l'article D. 162-30 du code de la sécurité sociale et aux aides pré-citées du code de l'éducation, du code général des collectivités territoriales, du code de la santé publique

Au sein du vivier, les zones qui ne sont identifiées ni comme des zones d'intervention prioritaire (zones B) ni comme des zones d'action complémentaire constituent des zones de vigilance pouvant faire l'objet de mesures d'accompagnement par les agences régionales de santé.

III. - La maille applicable

Le directeur général de l'agence régionale de santé détermine les zones caractérisées par une offre de soins insuffisante ou par des difficultés dans l'accès aux soins pour la profession de médecin parmi les territoires de vie-santé mentionnés à l'article 2 du présent arrêté.

Lorsqu'une commune nouvelle est créée à partir de communes implantées dans plusieurs territoires de vie-santé distincts, elle est rattachée au territoire de vie-santé de la commune dont elle reprend le code commune.

Lorsqu'un quartier prioritaire de la ville, tel que défini par le décret susvisé, est situé pour une partie au moins au sein d'un territoire de vie-santé appartenant au vivier, le directeur général de l'agence régionale de santé peut le rendre seul éligible aux aides prévues pour les zones d'intervention prioritaire et les zones d'action complémentaire sans pour autant classer ce territoire de vie-santé dans son intégralité dans l'une de ces catégories. Cette désignation s'opère dans le respect des dispositions prévues aux points II et V de la présente annexe.

IV. - Adaptation régionale

Dans la limite d'une population représentant 5,0 % au plus de la population du vivier régional, l'arrêté du directeur général de l'agence régionale de santé prévu au 1° de l'article L. 1434-4 du code de la santé publique peut comporter une ou plusieurs zones dont l'indicateur APL est supérieur ou égal à 4 consultations par an par habitant.

Ces zones peuvent être qualifiées de zones d'intervention prioritaire, de zones d'action complémentaire ou de zones de vigilance pour bénéficier des mesures prévues au II, sous réserve des conditions suivantes :

- les zones de la sélection nationale (zones A) ne peuvent être modifiées ;

- l'intégration de ces zones au sein de la sélection additionnelle des zones d'intervention prioritaire (zones B) ou au sein des zones d'action complémentaire par le directeur général de l'agence régionale de santé s'effectue :

i/ pour la sélection additionnelle des zones d'intervention prioritaire (zones B) : dans la limite du pourcentage, figurant au V, applicable à la région considérée (colonne Total zones A + B).

ii/ pour les zones d'action complémentaire : dans la limite du vivier augmenté au maximum de 5,0 %.

Toute adaptation régionale retenue par le directeur général de l'agence régionale de santé doit être motivée par arrêté, notamment par des données chiffrées et actualisées au regard des difficultés d'accès aux soins constatées.

V. - Part de la population régionale applicable pour la détermination des zones caractérisées par une offre de soins insuffisante ou par des difficultés dans l'accès aux soins

	Zones d'intervention prioritaire		
Région	Part de la population régionale résidant dans les zones A (sélection nationale) En %	Part de la population régionale dans les zones B (sélection additionnelle à choisir parmi le vivier) En %	Total (Zones A + B) En %
Auvergne-Rhône-Alpes	7,9	7,2	15,1
Bourgogne-Franche-Comté	6,3	15,6	21,9
Bretagne	1,1	8,9	10,0
Centre-Val de Loire	18,9	20,9	39,8
Corse	8,1	3,8	11,9
Grand Est	1,7	7	8,7
Guadeloupe	33,1	16,2	49,3
Guyane	100,0	-	100,0
Hauts-de-France	2,4	5,9	8,3
Ile-de-France	14,6	22,1	36,7
La Réunion	1,5	8,2	9,7
Martinique	45,0	10,7	55,7
Mayotte	100,0	-	100,0
Normandie	4,6	18,5	23,1
Nouvelle-Aquitaine	2,0	8,8	10,8
Occitanie	1,7	4,5	6,2
Pays de la Loire	5,0	13,2	18,2
Provence-Alpes-Côte d'Azur	1,2	2,6	3,8
France entière (arrondi à l'unité)	7	11	18

Les zones B et les zones d'action complémentaire sont déterminées par le directeur général de l'agence régionale de santé au sein du vivier ci-dessous :

Région	Vivier exprimé en part de la population régionale En %
Auvergne-Rhône-Alpes	56,5
Bourgogne-Franche-Comté	61,6
Bretagne	55,4
Centre-Val de Loire	71,4
Corse	80,2
Grand Est	48,3
Guadeloupe	55,5
Guyane	-
Hauts-de-France	38,4
Ile-de-France	76,6
La Réunion	10,6
Martinique	55,0
Mayotte	-
Normandie	73,4
Nouvelle-Aquitaine	49,7
Occitanie	39,4
Pays de la Loire	61,0
Provence-Alpes-Côte d'Azur	37,6
France entière (arrondi à l'unité)	56

VI. - Evolution des zones caractérisées par une offre de soins insuffisante ou par des difficultés dans l'accès aux soins pour la profession de médecin

Les arrêtés des directeurs généraux des agences régionales de santé relatifs 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 peuvent être modifiés en tant que de besoin sur la base des données de l'APL actualisées annuellement par la DREES et mises à disposition sur son site internet (www.drees.social-sante.gouv.fr).

Les modifications s'opèrent dans le respect du taux plafond (zones A + B) figurant dans le tableau relatif aux zones d'intervention prioritaire au point V.

OBJECTIFS	SECTEUR	INDICATEURS/DONNÉES A RECUEILLIR	STRUCTURES A CONTACTER	RAPPORT 2016	RAPPORT 2017
Orientation 1 : Promouvoir et faire respecter les droits des usagers					
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	URPS	*Pas de réponse*	*Eléments partiels*
	Sanitaire		AFNTH	*Pas de réponse*	Données 2017
	Médico-social		Fédérations d'établissements Associations professionnelles Organismes paritaires	*Données non disponibles*	Données enquête ESMS 2017
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	URPS	*Pas de réponse*	*Eléments insuffisants*
	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 CRUPQC 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 CRUQPC 2015 Donnée agrégée V2014 (état 2017)	Données CRUQPC-CDU 2016 / CDU 2017 Donnée agrégée V2014 (état 2018)
	Médico-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	*Données non disponibles*	Données enquête ESMS 2017
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	*Pas de réponse*	*Eléments partiels*
	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 CRUQPC 2015 Donnée agrégée V2014 (état 2017)	Données CRUQPC-CDU 2016 / CDU 2017 Donnée agrégée V2014 (état 2018)
	Médico-social	Proportion d'établissements où un dispositif ou des procédures de promotion de la bientraitance existent	ARS	*Données non disponibles*	Données enquête ESMS 2017
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)	URPS	*Pas de réponse*	*Eléments partiels*
	Sanitaire	Taux d'établissements où une structures d'étude et de traitement de la douleur chronique (SDC) 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 CRUQPC 2015 Donnée agrégée V2014 (état 2017)	Données CRUQPC-CDU 2016 / CDU 2017 Donnée agrégée V2014 (état 2018)
	Médico-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	*Données non disponibles*	Données enquête ESMS 2017

OBJECTIFS	SECTEUR	INDICATEURS/DONNÉES A RECUEILLIR	STRUCTURES A CONTACTER	RAPPORT 2016	RAPPORT 2017
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**	Ambulatoire	Nombre de formations à la fin de vie (*cf* point 1)	URPS	*Pas de réponse*	*Eléments partiels*
	Sanitaire	Proportion d'établissements ayant organisé une information sur les directives anticipées Proportion d'établissements où un dispositif de recueil des directives anticipées existe	ARS	Données CRUQPC 2015 Donnée agrégée V2014 (état 2017)	Données CRUQPC-CDU 2016 / CDU 2017 Donnée agrégée V2014 (état 2018)
	Médico-social	Proportion d'établissements et services médico-sociaux prenant en compte cette dimension dans leur projet d'établissement Pour les établissements et services médico-sociaux ayant intégré cette dimension, pourcentage de résidents ayant rédigé des directives anticipées/ nombre total de résidents	ARS	*Données non disponibles*	Données enquête ESMS 2017
Objectif 6. **Droit à l'information. – Permettre l'accès au dossier médical**	Ambulatoire	Nombre de plaintes et réclamations relatives à l'accès au dossier médical Taux de réponse apportée aux réclamations et plaintes	Ordres professionnels	*Pas de réponse*	*Eléments insuffisants*
	Sanitaire	Nombre de plaintes et réclamations relatives à l'accès au dossier médical Nombre d'établissements ayant une cotation A, B, C, etc. dans les rapports de certification HAS (référence 14 de la V2010)	ARS	Données CRUQPC 2015 Donnée agrégée V2014 (état 2017)	Données CRUQPC-CDU 2016 / CDU 2017 Donnée agrégée V2014 (état 2018)
	Médico-social	Nombre de plaintes et réclamations relatives à l'accès au dossier médical	ARS	*Données non disponibles*	Données enquête ESMS 2017
Objectif 7. **Assurer la scolarisation des enfants handicapés en milieu ordinaire ou adapté**		Taux de couverture des besoins des enfants handicapés : nombre de prises en charge/nombre de demandes de scolarisation	Rectorat/ MDPH	Données 2015-2016 des Rectorats (scolarisation) Données incomplètes et disparates des MDPH > non traitées	Données Rectorats (2016/2017 ou 2017/2018) Données complémentaires des MDPH (7/10)
Objectif 8. **Droits des personnes détenues. – Assurer la confidentialité des données médicales et l'accès des personnes à leur dossier médical**		Proportion de dossiers médicaux à la seule disposition des personnels soignants (dans des armoires fermées à clef)	ARS	Données obtenues	Données obtenues (indicateur ciblé) Complément relatif aux extractions
Objectif 9. **Santé mentale. – Veiller au bon fonctionnement des commissions départementales de soins psychatriques (CDSP)**		Proportion de commissions départementales de soins psychiatriques existantes Proportion de rapports transmis à l'ARS	ARS (DT)	Données 2015 ou 2016 (selon le département)	Données 2017

OBJECTIFS	SECTEUR	INDICATEURS/DONNÉES A RECUEILLIR	STRUCTURES A CONTACTER	RAPPORT 2016	RAPPORT 2017
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. 2013] nombre de structures d'exercice collectif en milieu ambulatoire (maisons de santé, centres de santé)	ARS	1. Indicateur obsolète (plus suivi) 2. Indicateur revu - Données 2016 3. Indicateur obsolète (plus suivi) 4. Données 2016	1. Données 2017 2. Indicateur revu - Données 2016 3. Indicateur obsolète (plus suivi) 4. Données 2017
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 2016	Données 2017
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 2015-2016 2. Données campagne 2015-2016 3. Données 2014 4. Données DREES 2013	1. Données campagne 2016-2017 2. Données campagne 2016-2017 3. Données 2016 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 (isolés) 2. Ecarts intrarégionaux d'équipements en établissements et services médico-sociaux mesurés à partir de la dépense 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 2017 2. Indicateur obsolète (plus suivi) 3. Données 2016	1. Données 2018 2. Indicateur obsolète (plus suivi) > Taux d'équipement (2016) 3. Données 2017
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 2011) Nombre de formations réalisées Nombre de personnes formées/nombre de rerpésentants issus d'associations agréées en santé (art. L. 1114-1 du code de la santé publique) Dispositif d'information sur ces formations	France Assos Sante Grand Est	Données partielles 2016	Données 2017
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 partielles 2016	Données 2017

Glossaire

ACS	Aide au paiement d'une Complémentaire Santé
AME	Aide Médicale de l'État
APL	Accessibilité Potentielle Localisée
ARS	Agence Régionale de Santé
AVS	Auxiliaire de Vie Scolaire
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
CMU	Couverture Médicale Universelle
CNAM-TS	Caisse Nationale de l'Assurance Maladie des Travailleurs Salariés
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
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
EHI	Enquête Habitat Indigne
EHPAD	Établissements d'Hébergement pour Personnes Âgées Dépendantes
ESMS	Etablissements et service médico-sociaux
HAS	Haute Autorité en Santé

HPST	Hôpital Patients Santé et Territoires
IRDES	Institut de Recherche et Documentation en Économie de la Santé
INSEE	Institut National de la Statistique et des Études Économiques
GHT	Groupement Hospitalier de Territoire
HPST	Loi Hôpital, Patients, Santé et Territoires
JO	Journal Officiel
LHI	Lutte contre l'Habitat Indigne
MA	Maison d'Arrêt
MC	Maison Centrale
MCO	Médecine, Chirurgie et Obstétrique
MDPH	Maison Départementale des Personnes Handicapées
MSP	Maison de Santé Pluri-professionnelle
NOTRe	Loi portant sur la Nouvelle Organisation Territoriale de la République
ORS	Observatoire Régional de la Santé
PDCA	Prévoir, Faire, Évaluer, Mettre en œuvre (traduction des termes anglais : *Plan – Do – Check – Act*)
PMI	Protection Maternelle et Infantile
PPS	Projet Personnalisé de Scolarisation
PRS	Projet Régional de Santé
QPV	Quartier Prioritaire de la politique de la Ville
ROR	Rougeole-Oreillons-Rubéole
RPPS	Répertoire Partagé des Professionnels de Santé
RU	Représentant des usagers
SDRE	Soins psychiatriques sur Décision du Représentant de l'État
SDJ	Soins sur Décision de Justice
SDDE	Soins sur Décision du Directeur d'Établissement
SNIIR-AM	Système National d'Information Inter-Régimes de l'Assurance Maladie
SNDS	Système National des Données de Santé
SPI	Soins Psychiatriques en cas de péril Imminent
TDS	Territoires de Démocratie Sanitaire
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

CRSA
Grand Est

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

2017

Secrétariat de la CRSA Grand Est | Agence Régionale de Santé Grand Est - 3 boulevard Joffre - CS 80071 - 54036 NANCY CEDEX
E-mail : ars-grandest-crsa@ars.sante.fr / Tél. 03 88 88 93 16