



Conférence Régionale
de la Santé
et de l'Autonomie

Rapport annuel relatif au respect des droits des usagers du système de santé **2016**

4 janvier 2018



Rapport réalisé avec le concours de l'Agence régionale de santé Grand Est et des Observatoires régionaux de la santé du Grand Est

Sommaire

SOMMAIRE	3
AVANT-PROPOS	5
INSTALLATION DE LA CRSA GRAND EST	7
ORIENTATION 1 :	
PROMOUVOIR ET FAIRE RESPECTER LES DROITS DES USAGERS	9
Propos Introductifs	9
Objectif 1. Former les professionnels de santé sur le respect des droits des usagers	13
Objectif 2. Rendre effectif le processus d'évaluation du respect des droits des usagers	14
Objectif 3. Droit au respect de la dignité de la personne – Promouvoir la bienveillance.....	18
Objectif 4. Droit au respect de la dignité de la personne – Prendre en charge la douleur.....	18
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	20
Objectif 6. Droit à l'information : permettre l'accès au dossier médical	22
Objectif 7. Assurer la scolarisation des enfants handicapés en milieu ordinaire ou adapté ..	25
Objectif 8. Droit des personnes détenues : assurer la confidentialité des données médicales et l'accès des personnes à leur dossier médical	30
Objectif 9. Santé mentale : veiller au bon fonctionnement des commissions départementales de soins psychiatriques (CDSF).....	32
ORIENTATION 2 :	
RENFORCER ET PRESERVER L'ACCES A LA SANTE POUR TOUS	35
Objectif 10. Assurer l'accès aux professionnels de santé libéraux	35
Objectif 11. Assurer financièrement l'accès aux soins	54
Objectif 12. Assurer l'accès aux structures de prévention.....	55
Objectif 13. Réduire les inégalités d'accès à la prévention, aux soins et à la prise en charge médico-sociale sur tous les territoires	63
ORIENTATION 3 :	
CONFORTER LA REPRESENTATION DES USAGERS DU SYSTEME DE SANTE	67
Objectif 14. Former les représentants d'usagers siégeant dans les instances du système de santé	67
ORIENTATION 4 :	
RENFORCER LA DEMOCRATIE SANITAIRE	69
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	69

ANNEXES.....72

Synthèse régionale 2015 des rapports annuels des CRUQPC (Commissions des Relations avec les Usagers et de la Qualité de la Prise en Charge (CRUQPC) des établissements de santé du Grand Est).....	72
Textes de loi.....	72
Méthode Note relative à la consommation de soins libéraux dans les départements du Grand Est.....	86
Glossaire	88

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 conférence régionale de la santé et de l'autonomie 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 2012² 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 Relations avec les Usagers et de la Qualité de la Prise en Charge (CRUQPC), 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 les données de l'année 2015, 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 Voir arrêté repris en annexe.

Installation de la CRSA Grand Est

En application de la loi portant sur la Nouvelle Organisation Territoriale de la République (NOTRe) promulguée le 7 août 2015, l'année 2016 a été une année de transition entre la fin des mandats des CRSA de chacune des trois ante-régions, Alsace, Champagne-Ardenne et Lorraine, et la création de la nouvelle CRSA Grand Est, dont l'installation a eu lieu le 21 septembre 2016.

La CRSA 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** (42 membres), président élu : Dr Vincent ROYAUX, Président du Conseil Régional de l'Ordre des Médecins, collège offreurs des services de santé,
- **Médico-sociale** (28 membres), président élu : Christian MINET, collègue 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** (25 membres), présidente élue : Dr Jeanne MEYER, collègue 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** (10 membres), présidente élue : Danielle QUANTINET, collègue 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).

Les quatre commissions spécialisées ainsi que la Commission Permanente se sont réunies une fois fin 2016. Ces séances ont permis pour les commissions spécialisées de procéder à l'élection de leur vice-président.

Par ailleurs, le premier travail mené par la CRSA Grand Est a été de rendre un avis le 17 octobre 2016 sur le projet de définition des territoires de démocratie sanitaire.

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. Il est toujours difficile de présenter des données pour ces champs, celles-ci étant trop lacunaires.

- Secteur ambulatoire

Des contacts ont été initiés auprès des Conseils des ordres des professionnels de santé et des Unions régionales des professionnels de santé (URPS), mais n'ont pu aboutir pour répondre aux indicateurs de suivi du présent rapport. Quelques Conseils départementaux de l'Ordre des médecins ont répondu, mais les données sont parcellaires et ne permettent pas d'obtenir une vision globale de la région.

Néanmoins, quelques informations d'ordre qualitatif peuvent être apportées pour donner des pistes de réflexion.

- Secteur médico-social

Les données relatives au secteur médico-social, portant notamment sur le fonctionnement des Conseils de vie sociale (CVS) au sein des établissements, n'étaient pas disponibles.

Pour l'essentiel des indicateurs relevant de ce secteur, le recueil des données nécessite un important travail d'exploitation qui n'a pu être mené dans le contexte de réforme territoriale de l'année 2016.

✎ 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 Relations avec les Usagers et de la Qualité de la Prise en Charge (CRUQPC) de l'année 2015, d'autre part, les rapports de certification de la Haute Autorité de Santé (HAS).

- **La synthèse des rapports des CRUQPC**³

Références juridiques relatives aux CRUQPC

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.

C'est le décret du 2 mars 2005⁴ qui 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.

L'ensemble des établissements de santé publics et privés ainsi que les syndicats inter hospitaliers (SIH) et les groupements de coopération sanitaire (GCS) autorisés à assurer les missions d'un établissement de santé, ont l'obligation de constituer une CRUQPC.

Missions de la CRUQPC

La CRUQPC 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 CRUQPC examine les plaintes et réclamations qui ne présentent pas le caractère d'un recours gracieux ou juridictionnel.

La loi de modernisation du système de santé complétée par le décret n°2016-726 du 1^{er} juin 2016⁵ a institué la Commission des usagers (CDU) dans les établissements de santé. Cette dernière remplace la CRUQPC. 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 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 1^{er} 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.

³ Les éléments suivants sont directement repris des propos introductifs du document de synthèse.

⁴ Voir le décret en annexe.

⁵ Voir le décret en annexe.

Pour mémoire, le fonctionnement de la CRUQPC et le respect des droits des usagers font partie des éléments analysés par la HAS dans le cadre de la certification.

Le législateur a fait de la CRUQPC un organe de **consultation sur la politique d'accueil et de prise en charge** dans les établissements de santé. Elle a l'obligation de rédiger un **rapport annuel** soumis à délibération du Conseil de surveillance (ou de l'instance habilitée à cet effet). Ce rapport est ensuite transmis à l'Agence régionale de santé et à la Conférence Régionale de la Santé et de l'Autonomie (CRSA).

Synthèse régionale des rapports des CRUQPC

Comme le prévoit l'article L1112-3 du code de la santé publique, une synthèse régionale de l'ensemble des rapports des CRUQPC des établissements de santé est établie par l'ARS et soumise pour avis à la Commission spécialisée dans le domaine des droits des usagers de la CRSA Grand Est.

Pour l'élaboration du présent rapport, la Conférence Régionale de Santé et de l'Autonomie s'appuie sur cette synthèse régionale⁶.

La synthèse régionale porte sur l'année 2015. Elle vise donc les CRUQPC des trois ante-régions, Champagne-Ardenne, Lorraine et Alsace.

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.

Les modalités de recueil du rapport étaient différentes pour chaque ante région. Pour les régions de Lorraine et Champagne-Ardenne, un questionnaire de recueil des données était utilisé et informatisé sous la forme d'un formulaire d'enquête que chaque établissement devait remplir. La réponse à cette enquête valant remise du rapport d'activité de la CRUQPC et se substituant à l'envoi du rapport au format papier. Ce procédé a facilité la rédaction du rapport par les établissements en leur donnant un cadrage préalable et en a facilité l'exploitation par l'ARS.

Les procédés de recueil des trois ante-régions n'étant pas identiques, l'exploitation des données n'a pu permettre d'obtenir des résultats de niveau égal tant sur le plan quantitatif que qualitatif.

La synthèse est structurée en trois sous chapitres, chacun correspondant à une ante-région. Chaque sous chapitre est organisé par thématiques, lesquelles sont :

- I Identification des établissements de santé*
- II Installation et activité des CRUQPC*
- III Plaintes / Réclamations / médiation*
- IV Satisfaction des patients*
- V Droit d'accès à l'information*
- VI Accès au dossier patient*
- VII Politique liée à la qualité de la prise en charge*
- VIII Recommandations des CRUQPC*

Pour l'année 2016, l'ARS Grand Est a transmis un questionnaire informatique standardisé à l'ensemble des établissements de la région devant répondre à l'obligation d'une CRUQPC.

⁶ La synthèse constitue une annexe du présent rapport, transmise dans un document séparé.

- **La certification HAS**

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. Les établissements de santé sont engagés pour la plupart depuis 3 ans dans la nouvelle procédure de certification de la HAS, la V2014.

Dans cette nouvelle version, la HAS ne procède plus par une analyse par critères, mais par une analyse par thématiques, dans lesquelles sont intégrés les anciens critères de la certification V2010. Les critères retenus par le cahier des charges sont regroupés au sein d'une thématique « Droits des patients ».

Pour chaque thématique évaluée, les experts visiteurs de la HAS effectuent une analyse globale de la thématique (processus) sous la forme d'un PDCA (sous processus) : Prévoir, Faire, Évaluer, Mettre en œuvre. Ils attribuent ensuite une cotation par sous processus qui donne un score global à la thématique, exprimée de la manière suivante : Exigence atteinte, Recommandation d'amélioration, Obligation d'amélioration, Réserve.

La thématique « Droits des patients » de la certification HAS V2014 regroupe les critères suivants :

- 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 à partir de ce lien : https://www.has-sante.fr/portail/jcms/c_2743496/fr/5-droits-des-patients

Pour rappel, le cahier des charges du présent rapport visait les critères suivants de la certification HAS 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).

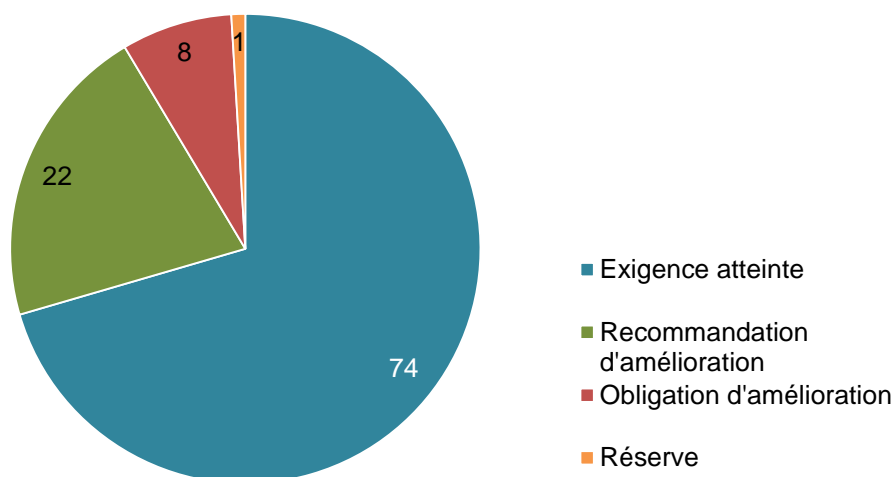
Les résultats de la certification V2014

En 2017, 199 établissements de santé du Grand Est sont concernés par la visite de certification V2014. À ce jour, 105 établissements ont eu leur résultat de certification. La thématique « Droits des patients » étant une thématique obligatoire de la V2014, les 105 établissements ont été investigués sur ce thème.

Sur les 105 établissements ayant obtenu leur résultat de certification :

- 74 établissements ont atteint le niveau d'exigence requis par la HAS sur la thématique « droits des patients »,
- 22 ont eu une recommandation d'amélioration,
- 8 une obligation d'amélioration,
- 1 établissement a eu une réserve sur la thématique.

Répartition des établissements selon le résultat de certification sur la thématique « Droits des usagers » (n=105)



Source : HAS, Certification V 2014, données 2017. Exploitation : ARS Grand Est.

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

Aucune information (liée à la difficulté d'identifier des contacts à l'échelle de la grande région et de non-retours des personnes sollicitées) n'a pu être recueillie pour permettre de décrire les formations dispensées en 2016 aux professionnels de santé sur le respect des droits des usagers.

Analyse/recommandation de la CRSA

- 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**

Au titre de l'année 2015, l'ARS Grand Est a étudié 158 rapports de CRUQPC, pour lesquels une synthèse à l'échelle des ante-régions a été réalisée.

Par ante-régions, le nombre de rapports analysés est le suivant : 32 en Alsace, 48 en Champagne-Ardenne et 78 en Lorraine⁷.

Composition

Rappel de la réglementation

La CRUQPC est présidée par le représentant légal de l'établissement, ou la personne qu'il désigne à cet effet, et 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.

Les CRUQPC du territoire champardennais comprennent les deux représentants des usagers titulaires.

En Lorraine, 97 % des commissions comprennent au moins un représentant des usagers titulaires et 84 % disposent des deux postes pourvus.

Pour le territoire alsacien, dans 88 % des cas, au moins un représentant des usagers titulaire siège dans la commission et pour la moitié des établissements, les quatre postes de représentants des usagers sont pourvus.

Pour les trois ante-régions, la synthèse des CRUQPC fait état de proportions de postes de suppléants pourvus inférieures, avec – pour plusieurs établissements – un voire les deux postes de suppléants vacants.

Les postes de médiateurs requis (titulaires et suppléants) sont pourvus dans 77 % des commissions en Lorraine, 69 % en Champagne-Ardenne et 56 % en Alsace.

Réunions

Rappel de la réglementation

La CRUQPC « 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 (...) Article R 1112-88 du code de la santé

⁷ Les données qui suivent visent les CRUQPC dont le rapport a été analysé.

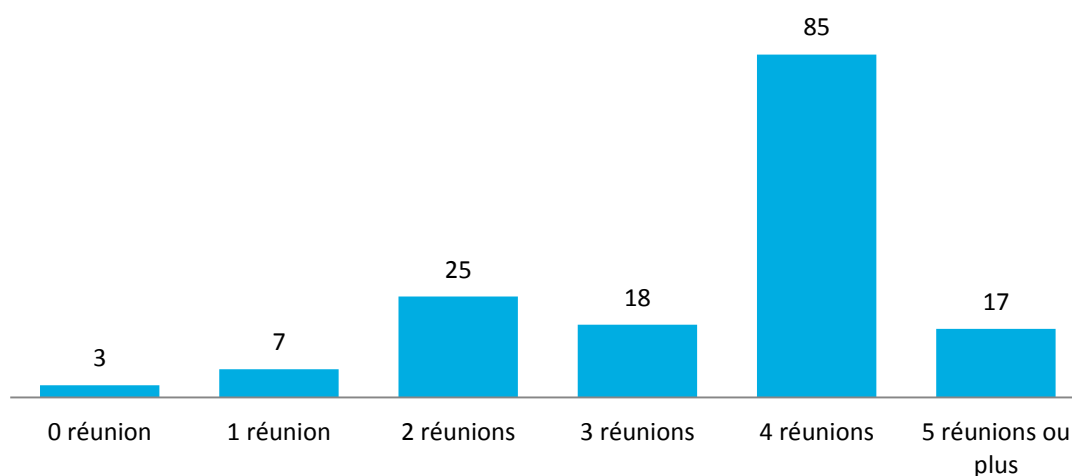
publique.

Sur les 158 rapports de CRUQPC étudiés, trois n'ont pas communiqué le nombre de réunions qui se sont tenues au cours de l'année 2016. L'information suivante porte sur les 155 CRUQPC pour lesquelles l'information est disponible.

Près de deux-tiers (66 %) des CRUQPC se sont réunis au moins 4 fois au cours de l'année 2015 et satisfont ainsi l'article R 1112-88 du Code de la santé publique. Plus précisément, 54 % des CRUQPC se sont réunies quatre fois dans l'année et 11 % se sont réunies plus de quatre fois (de 5 à 13 fois).

Les établissements champardennais sont en proportion plus nombreux (75 %) à avoir respecté le nombre de réunions requis ; c'est le cas de 64 % des établissements lorrains et 57 % des établissements alsaciens.

Répartition des CRUQPC en Grand Est selon le nombre de réunions en 2015 (n=155)



Source : ARS Grand Est, Synthèse régionale des CRUQPC, Année 2015.

Ainsi, 34 % des CRUQPC n'ont pas respecté la réglementation, en se réunissant moins de quatre fois au cours de l'année 2015. Dans 27 % des établissements, la CRUQPC ne s'est réunie qu'à deux ou trois reprises, 4 % à une seule reprise. Enfin, trois établissements n'ont pas tenu de réunions en 2015 (2 %).

☞ Formation des membres

Les formations dispensées aux membres des CRUQPC ne font pas l'objet d'une information systématique au sein des rapports.

Les éléments ci-après présentés ne prétendent pas à l'exhaustivité des formations dispensées au sein des établissements. Enfin, les éléments de l'objectif 14 viendront compléter cette partie, sur la formation de base obligatoire à l'attention des représentants des usagers.

- **Sur le nombre de formations**

En Lorraine, 37 % des établissements ayant répondu ont proposé au moins une formation aux représentants des usagers de leur CRUQPC⁸.

En Champagne-Ardenne, 27 % des établissements déclarent avoir dispensé des formations ou sensibilisations aux représentants des usagers de la CRUQPC. Par ailleurs, 65 % des établissements précisent que les représentants des usagers de leur CRUQPC ont participé à une formation relative aux droits des usagers.

En Alsace, les rapports de CRUQPC abordent peu la question de la formation. Six d'entre eux précisent des formations ou sensibilisations aux représentants des usagers de la CRUQPC.

⁸ Le résultat est calculé sur la base des 76 établissements. Les 2 « non répondants » à la question n'ont pas été inclus dans le calcul.

- **Sur les thèmes de formations**

En Lorraine, deux établissements n'ont pas précisé les thèmes des formations ; pour les autres, les thèmes de formation sont indiqués mais peuvent ne pas être exhaustifs.

En Champagne-Ardenne, les 13 établissements de santé ayant déclaré avoir dispensé des formations aux membres de la CRUQPC (représentants de l'établissement membres de la CRUQPC et représentants des usagers) ont précisé les thèmes de formations.

En Alsace, deux établissements ont précisé cette information, sur six établissements indiquant dispenser des formations ou sensibilisations aux représentants des usagers.

Les formations dispensées aux représentants des usagers et membres de la CRUQPC portent sur des thèmes très variés.

Parmi les exemples de formations citées, plusieurs thèmes se rapportent explicitement au respect de la dignité de la personne (promotion de la bientraitance, prise en charge de la douleur, rédaction des directives anticipées relatives à la fin de vie...), à la démocratie sanitaire et aux droits des usagers (accès au dossier médical...).

Analyse/recommandations de la CRSA

S'agissant du questionnaire d'enquête de recueil des données portant sur les CDU :

Veiller à ce que les termes utilisés soit 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.

Action proposée : co-construire avec la CSDU le questionnaire de recueil des données portant sur les commissions qui sera utilisé pour l'enquête 2017.

S'agissant du fonctionnement des CDU :

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.

Analyse/recommandations de la CRSA (suite)

S'agissant de la synthèse régionale des rapports CDU et dans la perspective de la prochaine synthèse qui portera sur l'année 2016 :

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

Les éléments recueillis indiquent que 92 % des établissements de santé champardennais ont mis en place des actions spécifiques visant à promouvoir la bientraitance.

En Alsace, trois établissements ont indiqué avoir mis en place des actions spécifiques visant à promouvoir la bientraitance.

L'information n'est pas disponible pour les établissements de l'ante-région Lorraine, le recueil de cette information n'ayant été réalisé dans le cadre de l'enquête.

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

Tous les établissements de santé champardennais déclarent avoir une procédure systématique d'évaluation et de prise en charge de la douleur. Seul un établissement ne dispose pas de procédure d'information des usagers sur la prise en charge de la douleur.

95 % des établissements lorrains ont intégré des engagements en matière de qualité de prise en charge dans leur projet d'établissement (deux établissements n'ont pas répondu). Des actions et réalisations spécifiques sont conduites en lien avec la participation des usagers (maisons des usagers, animations, ateliers, débats sur les pathologies...) pour 72 % des établissements.

Quatre établissements alsaciens ont explicitement mentionné l'existence d'une procédure systématique d'évaluation et de prise en charge de la douleur dans les services. Trois d'entre eux ont

par ailleurs souligné l'existence d'une procédure d'information des usagers sur la prise en charge de la douleur.

Taux de satisfaction des usagers

Rappel de la réglementation

L'utilisation des questionnaires de sortie est une obligation issue de l'article L 1112-2 du code de la santé publique. Selon l'article R 1112-67 du même code, toute personne hospitalisée « reçoit avant sa sortie un questionnaire destiné à recueillir ses appréciations et ses observations. »

Tous les établissements du Grand Est, à l'exception de deux établissements n'en faisant pas mention explicite dans leur rapport de CRUQPC, déclarent remettre le questionnaire de satisfaction aux patients. Pour la majorité des établissements, celui-ci est remis à l'entrée en hospitalisation.

Par ailleurs, 83 % des établissements lorrains et 77 % des établissements champardennais déclarent une ou plusieurs enquêtes de satisfaction (en continu ou ponctuellement). L'information n'est pas précisée pour les établissements alsaciens.

• Questionnaire e-satis

Un 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
- Prise en charge du patient
- Chambre et repas
- Organisation de la sortie.

La campagne nationale 2016 a donc débuté mi-avril 2016 et l'ensemble des résultats présentés portent sur extraction des réponses effectuées le 7 novembre 2016.

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 04/10/2017]

Les résultats de la campagne 2016 sont disponibles sous la forme d'une synthèse nationale⁹.

⁹ HAS, « Indicateurs pour l'amélioration de la qualité et de la sécurité des soins. Dispositif national e-Satis : Mesure de la satisfaction des patients hospitalisés + de 48h en Médecine – Chirurgie – Obstétrique », Résultats nationaux de la campagne 2016, Synthèse, Décembre 2016, 13 pages. https://www.has-sante.fr/portail/jcms/c_2728770/fr/mesure-de-la-satisfaction-des-patients-hospitalises-48h-en-mco-e-satis

En termes de perspectives pour 2017, la HAS se donne notamment pour objectif de renforcer la communication de manière ciblée pour permettre une appropriation du dispositif par l'ensemble des personnes concernées (établissements, mais aussi usagers et leurs représentants) par la démarche de mesure de la satisfaction des usagers.

Les résultats portant sur la satisfaction des patients sont de plus disponibles à l'échelle de chaque établissement et accessibles publiquement, au même titre que les décisions de certification de la HAS, sur un site dédié : Scope Santé, <https://www.scopesante.fr/#/>.



Le score affiché représente la note moyenne de satisfaction globale donnée par les patients sur l'ensemble de leur parcours, de l'accueil à la sortie de l'établissement.

Plus le score est élevé, plus la satisfaction des patients hospitalisés est élevée pour l'établissement. Les résultats sont affichés sous forme d'une note sur 100 qui correspond au score obtenu et d'une couleur qui correspond au classement de l'établissement par rapport à la distribution nationale.

En Grand Est, ce sont 154 établissements MCO qui sont concernés par la démarche e-Satis.

Objectif 5. Droit au respect de la dignité de la personne – Encourager les usagers à rédiger des directives anticipées relatives aux conditions de leur fin de vie

☞ Secteur sanitaire

Pour l'ante-région Champagne-Ardenne, 75 % des établissements déclarent avoir mis en place un formulaire d'aide à la rédaction des directives anticipées. De plus, 73 % des établissements déclarent que des associations spécialisées dans l'accompagnement à la fin de vie interviennent au sein de leur établissement.

90 % des établissements lorrains ont déclaré avoir mentionné dans le livret d'accueil le droit à l'expression des directives anticipées relatives aux conditions de fin de vie.

L'information sur les directives anticipées n'est pas disponible pour les établissements alsaciens.

☞ Secteur médico-social

Une étude inédite menée par l'Observatoire national de la fin de vie (ONFV) et l'Institut National d'Études Démographiques (INED) en 2013 sur la fin de vie des personnes âgées apporte quelques éléments sur la problématique des directives anticipées et de la personne de confiance.

« Les études menées depuis 2009 montrent en effet que si la quasi-totalité des EHPAD accueillent les personnes âgées atteintes de la maladie d'Alzheimer jusqu'à la fin de leur vie (2013), seuls 36 % de ces résidents ont désigné une personne de confiance et 5 % d'entre eux ont rédigé des directives anticipées. (...) »

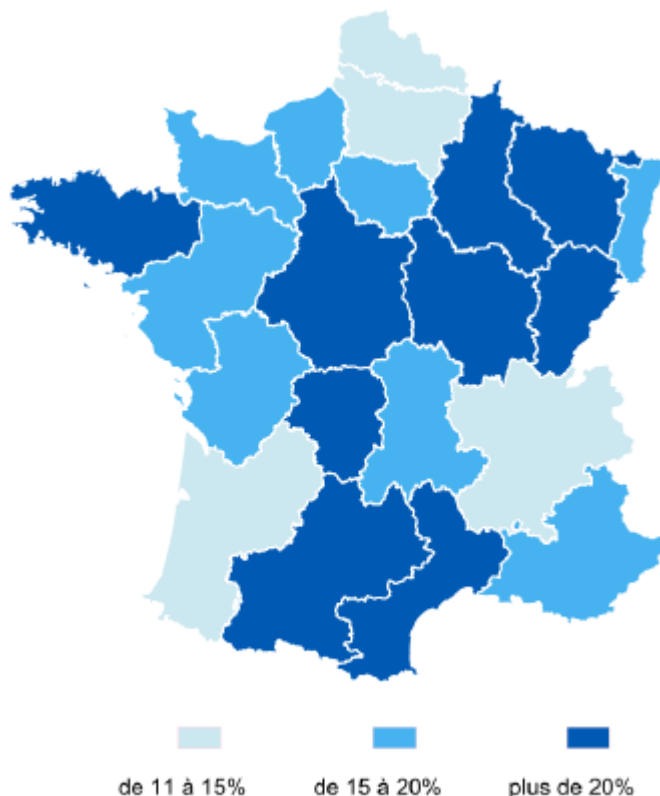
« Ces résultats sont cohérents avec les informations recueillies par l'Observatoire National de la Fin de Vie lors de son étude sur la fin de vie en EHPAD (2013) : 10 % des médecins-coordonnateurs interrogés déclarent ne « *jamais* » aborder la problématique des directives anticipées avec les résidents, tandis que 27 % l'évoquent seulement « *rarement* ». »

Source : Observatoire national de la fin de vie, « Fin de vie des personnes âgées », Rapport 2013, 163 p., p. 24.

La carte ci-contre montre les disparités géographiques dans la manière dont la question est abordée auprès des résidents en EHPAD.

Ainsi, la Champagne-Ardenne et la Lorraine font partie des régions françaises où la proportion d'EHPAD qui n'évoquent « *jamais* » ou « *rarement* » la question de la personne de confiance est la plus forte.

Proportions d'établissements déclarant ne « jamais » ou « rarement » aborder la question de la personne de confiance avec les résidents concernés



Source : ONFV, Étude « Fin de vie en EHPAD », 2013.

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

L'indicateur doit plus précisément recenser le nombre de plaintes et réclamations relatives à l'accès au dossier médical, ainsi que le taux de réponse apportée aux réclamations et plaintes.

La synthèse régionale des rapports de CRUQPC présentent deux informations disponibles au sein des rapports CRUQPC susceptibles d'aborder l'objectif du droit à l'information :

- le nombre de demandes d'accès au dossier médical ;
- le nombre de plaintes et réclamations (sans distinction des motifs).

☞ Nombre de demandes d'accès au dossier médical

L'information n'étant pas toujours de nature homogène, celle-ci est présentée de façon distincte pour chaque ante-région.

Champagne-Ardenne	Lorraine	Alsace
<p>L'ensemble des établissements de santé ayant répondu a mis en place une procédure d'information sur les formalités à remplir pour accéder au dossier patient.</p> <p>73 % des établissements possèdent un formulaire d'accès au dossier patient.</p>	<p>Pour 92 % des établissements, la modalité de traitement des demandes est l'envoi d'un courrier à l'utilisateur précisant la procédure et confirmant la demande.</p>	<p>Quatre établissements alsaciens ont indiqué l'existence d'une procédure spécifique d'information sur la façon d'accéder à son dossier patient.</p> <p>La moitié des établissements possède un formulaire d'accès au dossier patient.</p>
<p>Au cours de l'année 2015, <u>5 113 demandes d'accès au dossier patient</u> ont été reçues.</p>	<p>En 2015, <u>8 360 demandes d'accès au dossier patient</u> ont été réceptionnées par les établissements lorrains, soit une moyenne de 108 demandes par établissement.</p> <p>Le nombre de demandes varie de 0 pour 14 établissements à 1 704 pour l'établissement recevant le plus de demandes.</p> <p>Sur l'ensemble des demandes réceptionnées, 7 720 ont été traitées, soit 92 % d'entre elles.</p>	<p>Au cours de l'année 2015, <u>1 816 demandes d'accès au dossier patient</u> sont recensées au sein de 28 établissements ayant apporté l'information. <i>[Pour rappel, en 2014, 4 267 demandes de dossiers ont été recensées sur 52 établissements, ce qui décrit un volume comparable aux deux autres ante-régions.]</i></p>

Champagne-Ardenne	Lorraine	Alsace
<p>L'auteur a été identifié pour 4 714 demandes. Parmi celles-ci :</p> <ul style="list-style-type: none"> • 81 % ont été formulées par le patient ; • 10 % par les ayants droits ; • 9 % par un tiers. 		<p>Parmi ces demandes :</p> <ul style="list-style-type: none"> • 19 % ont été formulées par le patient ; • 5 % par les ayants droits ; • 42 % par un tiers. <p><i>[Le détail par catégorie n'a pu être recueilli pour l'ensemble des établissements, d'où un total différent de 100 %.]</i></p>
<p>Le délai moyen d'accès au dossier patient est de 8,3 jours pour les dossiers de moins de 5 ans et 16,6 jours pour les dossiers de plus de 5 ans (moyenne des délais moyens déclarés par les établissements).</p>	<p>Le délai d'accès au dossier patient est de 8 jours pour les dossiers datant de moins de 5 ans (délai variant de 0 à 50 jours au sein des 71 établissements ayant répondu) et de 14,5 jours pour les dossiers datant de plus de 5 ans (délais variant de 0 à 62 jours au sein des 57 établissements ayant répondu).</p>	

Nombre de plaintes et réclamations

Nous rappelons que le sujet sur les plaintes et réclamations analysé dans la synthèse des CRUQPC et repris ici ne vise pas uniquement la question de l'accès au dossier médical.

Rappel de la réglementation

La CRUQPC « *est informée de l'ensemble des plaintes et réclamations formées par les usagers de l'établissement ainsi que des suites qui leurs sont données.* »

Les modalités d'examen des plaintes et réclamations dans les établissements de santé sont régies par les articles R 1112-91 à 94 du code de la santé publique. Parmi les obligations des établissements, il est précisé que « *tout usager doit être mis à même d'exprimer oralement des griefs.* » Dans ce cas, la réclamation doit être consignée par écrit par l'établissement de santé afin d'être communiquée à son représentant légal. Par ailleurs, à réception d'une réclamation écrite, le représentant légal de la structure doit informer le requérant dans les meilleurs délais de la possibilité de saisir un médiateur ou l'informer qu'il procède à cette saisie. En cas de médiation, un compte rendu de médiation doit être adressé dans les 8 jours au président de la CRUQPC ainsi qu'à ses membres.

Champagne-Ardenne	Lorraine	Alsace
<p>Au total, <u>1 695 plaintes et réclamations</u> ont été recensées pour l'année 2015.</p> <p>Neuf établissements ont déclaré avoir reçu plus de 50 réclamations. À l'opposé, deux établissements ont déclaré n'en avoir reçu aucune.</p>	<p>Le recensement des réclamations est organisé pour tous les établissements.</p> <p>En 2015, <u>2 301 réclamations</u> ont été recensées.</p> <p>Par ailleurs, les établissements ont répondu à 84 % des réclamations reçues.</p>	<p>Au total, <u>731 plaintes et réclamations</u> ont été recensées pour l'année 2015.</p> <p>Cinq établissements ont déclaré avoir reçu plus de 50 réclamations ; à l'opposé, 3 établissements ont déclaré n'en avoir reçu aucune. Un établissement n'a pas répondu.</p>
<p>L'origine connue des réclamations est la suivante :</p> <ul style="list-style-type: none"> • Réclamations écrites : 1 317 • Réclamations orales : 307 • Réclamations proposées à la médiation : 271 		<p>L'origine connue des réclamations est la suivante :</p> <ul style="list-style-type: none"> • Réclamations écrites : 463 • Réclamations orales : 31 • Réclamations proposées à la médiation : 48
<p>Le recours à la médiation a concerné 16 % des plaintes et réclamations.</p> <p>Dans 39 % des cas, le rapport de médiation est systématiquement présenté à la CRUQPC. Pour trois établissements, la présentation n'est jamais effectuée.</p> <p>90 % des établissements indiquent d'autres modes de résolution des plaintes et réclamations.</p>		<p>Le recours à la médiation a concerné 6,5 % des plaintes et réclamations.</p>
<p>En 2015, le délai moyen de réponse à une plainte ou une réclamation est de 20 jours.</p>	<p>Le délai moyen de réponse par l'établissement à toute réclamation formulée par l'utilisateur, à réception de la demande réputée complète, est en moyenne de 10,7 jours avec une grande variabilité dans le délai de réponse.</p>	<p>Le délai moyen de réponse à une plainte ou une réclamation est de 5,7 jours.</p> <p>L'information ne porte que sur 13 établissements ayant mentionné cette information sur les 32 rapports étudiés.</p>

Une information plus complète est disponible pour les établissements lorrains, en ce qu'elle distingue les réclamations et les plaintes. Sur les 76 établissements ayant déclaré avoir un protocole de traitement des plaintes, 74 l'ont porté à la connaissance de la CRUQPC, soit 97 %.

Par « plainte », on entend les recours contentieux formulés par un usager devant les juridictions pénales ou civiles. Les recours en contentieux ne sont pas traités par la CRUQPC, qui doit cependant en être informée.

Le recensement des plaintes au contentieux est organisé pour 94 % des établissements (2 n'ont pas répondu) et accessible aux membres de la CRUQPC pour 88 % des établissements (5 n'ont pas répondu).

En 2015, 177 contentieux sont enregistrés, répartis sur 42 % des établissements (58 % des établissements répondants n'ont enregistré aucune plainte).

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

Deux des trois Rectorats ont communiqué l'effectif d'enfants handicapés scolarisés dans leur Académie au cours de l'année 2016/2017.

Les données présentées ici portent sur l'année scolaire 2015/2016, année pour laquelle un travail coordonné a été réalisé par les Rectorats.

La région Grand Est compte en 2016, **20 862** élèves en situation de handicap scolarisés en milieu ordinaire en établissements publics et privés sous contrat, ce de la maternelle au lycée. À ces 20 862 élèves s'ajoutent **6 644** élèves handicapés scolarisés en Unités d'Enseignement (UE) au sein des établissements médico-sociaux et établissements hospitaliers.

Source : Académie de Reims, Région académique Grand Est, « Chiffres sur les élèves en situation de handicap – Région académique Grand Est ». Année 2015/2016.

Effectifs d'élèves en situation de handicap scolarisés en milieu ordinaire et adapté par Académie et en Grand Est (année scolaire 2015-2016)

	REIMS	NANCY-METZ	STRASBOURG	GRAND EST
Scolarisation en milieu ordinaire (public et privé)				
Maternelle	777	1 166	1 096	3 039
Elémentaire	2 630	4 083	2 562	9 275
Collège	1 035	3 786	1 989	6 810
Lycée	511	750	477	1 738
Premier et second degrés	4 953	9 785	6 124	20 862
Scolarisation en milieu adapté				
Unités d'Enseignement	1 516	2 858	2 270	6 644
Ensemble	6 469	12 643	8 394	27 506

Source : Académie de Reims, Région académique Grand Est, « Chiffres sur les élèves en situation de handicap – Région académique Grand Est ». Année 2015/2016.

En 2015-2016, 4 953 élèves présentant un handicap sont scolarisés en milieu ordinaire dans l'académie de Reims, 9 785 dans l'académie de Nancy-Metz et 6 124 dans l'académie de Strasbourg.

Les enfants scolarisés en Unités d'Enseignement au sein d'établissements sanitaires ou médico-sociaux sont au nombre de 1 516 dans l'académie de Reims, 2 858 dans l'académie de Nancy-Metz et de 2 270 dans l'académie de Strasbourg.

Au niveau national, la part d'élèves en situation de handicap scolarisés dans les établissements publics représentent 2,4 % des élèves dans le premier degré et 2,3 % dans le second degré.

Les Académies de Reims et de Nancy-Metz présentent des indicateurs comparables ; en revanche, dans l'Académie de Strasbourg, la part d'élèves en situation de handicap ne représente que 2,1 % des élèves du premier degré et 1,8 % des élèves du second degré.

Part d'élèves en situation de handicap parmi l'ensemble des élèves scolarisés (public)

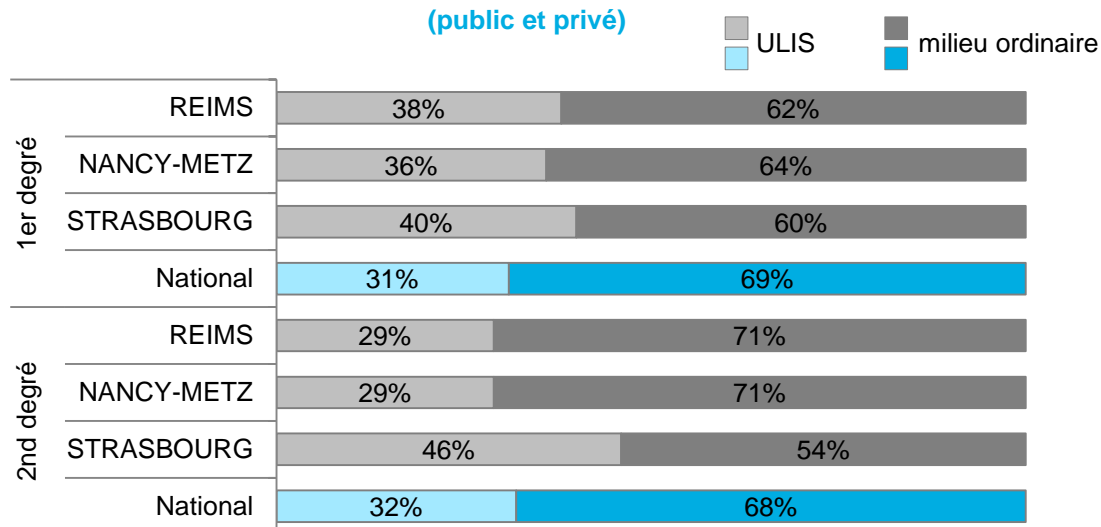
	REIMS	NANCY-METZ	STRASBOURG	National
Premier degré	2,7%	2,5%	2,1%	2,4%
Second degré	2,4%	2,5%	1,8%	2,3%

Source : Académie de Reims, Région académique Grand Est, « Chiffres sur les élèves en situation de handicap – Région académique Grand Est ». Année 2015/2016.

Deux modes de scolarisation sont possibles :

- **La scolarisation individuelle** : Recherchée en priorité, elle consiste à scolariser un ou plusieurs élèves présentant des troubles dans une classe ordinaire, à temps partiel ou à temps plein.
- **La scolarisation collective** : Au sein d'établissements scolaires ordinaires, des groupes de 10 à 12 élèves sont accueillis dans des structures spécialisées nommées unités localisées pour l'inclusion scolaire (ULIS).

Répartition des élèves en situation de handicap selon le mode de scolarisation par académie (public et privé)



Source : Académie de Reims, Région académique Grand Est, « Chiffres sur les élèves en situation de handicap – Région académique Grand Est ». Année 2015/2016.

Dans le premier degré, la scolarisation en milieu ordinaire est moins souvent effective dans les académies du Grand Est (variant de 60 à 62 % selon l'académie) qu'au niveau national (69 %). Dans le second degré, la scolarisation en milieu ordinaire est sensiblement supérieure au niveau national (68 %) dans les académies de Reims (71 %) et de Nancy-Metz (71 %), mais largement inférieure dans l'académie de Strasbourg (54 %).

La scolarisation peut se dérouler sans aucune aide particulière ; elle peut sinon faire l'objet d'aménagements lorsque les besoins de l'élève l'exigent.

Pour un équivalent temps plein d'auxiliaire de vie scolaire (AVS), 2,7 élèves sont accompagnés dans l'académie de Nancy-Metz, 2,9 dans l'académie de Reims et 3,1 élèves dans l'académie de Strasbourg (contre 2,9 au niveau national).

La proportion d'élèves en attente d'AVS est très inégale selon les académies : elle est de 1,3 % à Reims, 1,9 % à Nancy-Metz et de 6,7 % à Strasbourg (contre 6,1 % au niveau national).

Enfin, entre 11 % et 14 % des élèves bénéficient d'un matériel pédagogique adapté pour suivre les enseignements.

Éléments relatifs à l'accompagnement des élèves en situation de handicap

	REIMS	NANCY-METZ	STRASBOURG	National
Nombre d'élèves / équivalent temps plein d'auxiliaire de vie scolaire (AVS)	2,9 élèves / AVS	2,7 élèves / AVS	3,1 élèves / AVS	2,9 élèves / AVS
% d'élèves en attente d'AVS	1,3%	1,9%	6,7%	6,1%
Nombre d'heure d'aide humaine individuelle prescrite par la MDPH	15,2 h	18,9 h	15,5 h	14,6 h
% d'élèves bénéficiant de matériel adapté	14,0%	11,0%	11,0%	13,0%

Source : Académie de Reims, Région académique Grand Est, « Chiffres sur les élèves en situation de handicap – Région académique Grand Est ». Année 2015/2016.

Outre les Rectorats, les maisons départementales des personnes handicapées (MDPH) ont également été sollicitées. Plusieurs d'entre elles ont répondu, mais l'information récoltée ne permet pas de couvrir le Grand Est. À titre d'exemple, les informations recueillies permettraient de décrire le nombre de droits ouverts, ainsi que le nombre de dossiers de demande de scolarisation déposés auprès de leurs services.

Les modes de scolarisation dépendent des troubles des enfants. Ces données ne sont pas diffusées à l'échelle du Grand Est (traitement qui n'est pas disponible pour les trois académies) ; il est néanmoins intéressant de se reporter à la répartition nationale de la scolarisation des élèves en situation de handicap selon leur déficience (année scolaire 2015-2016) :

- 41 % des élèves souffrent de troubles intellectuels et cognitifs (troubles concernant d'une part les déficiences intellectuelles, d'autre part les troubles envahissants du développement (TED), dont l'autisme) ;
- 21 % sont atteints de troubles psychiques qui recouvrent les troubles de la personnalité et les troubles du comportement ;
- 13 % souffrent de troubles du langage et de la parole dont la dyslexie et la dysphasie ;

- 7 % souffrent de troubles moteurs ;
- 3 % sont atteints de troubles auditifs et 2 % de troubles visuels ;
- 1 % de troubles viscéraux, dont ceux liés à une pathologie cancéreuse et des maladies chroniques ;
- 8 % présentent plusieurs troubles associés ;
- 3 % présentent d'autres troubles.

En 2015-2016, quatre élèves en situation de handicap sur dix présentent des troubles intellectuels ou cognitifs, 43 % dans le premier degré et 36 % dans le second degré. Ces élèves suivent plus souvent que les autres une scolarité en ULIS (55 %) qu'en classes ordinaires (45 %).

Pour les autres troubles recensés, la majorité des élèves poursuit une scolarité en classes ordinaires (de 78 % à 94 % selon les troubles).

Au sein des établissements spécialisés (hospitaliers ou médico-sociaux), les élèves souffrant de troubles intellectuels ou cognitifs sont également majoritaires (46 %) par rapport aux élèves présentant d'autres troubles.

Source : L'état de l'École 2016. Coûts, activités, résultats. Synthèses statistiques - Statistiques - publications annuelles - Numéro 26, décembre 2016, pp. 34-35. Données issues des enquêtes MENESR-DEPP et MENESR-DGESCO, enquêtes n°3 et n°12 relatives aux élèves porteurs de maladies invalidantes ou de handicaps scolarisés dans le premier et dans le second degré ; enquête n°32 concernant la scolarisation dans les établissements hospitaliers et médico-sociaux. Champ : France métropolitaine + DOM, public et privé. Année 2015-2016.

☞ Enfants et adolescents bénéficiaires de l'AEEH

L'allocation d'éducation de l'enfant handicapé (AEEH) est une prestation familiale versée par la Caisse d'Allocations Familiales (CAF) ou la Mutualité sociale agricole (MSA) destinée à compenser les frais d'éducation et de soins apportés à un enfant en situation de handicap.

Cette allocation est versée, sans condition de ressources, à la famille d'un enfant en situation de handicap de moins de 20 ans et dont le taux d'incapacité est de 80 % ou plus, ou d'au moins 50 % s'il fréquente un établissement spécialisé ou bien si son état exige le recours à un service d'éducation spécialisée ou de soins à domicile.

La commission des droits et de l'autonomie des personnes handicapées (CDAPH) de la MDPH détermine le taux d'incapacité de l'enfant.

Les données présentées ci-dessous sont issues de l'État des lieux du Projet régional de santé (PRS) réalisé par l'ARS Grand Est et les ORS Alsace et ORSAS Lorraine (fin 2016)¹⁰.

En décembre 2015, 17 231 foyers allocataires perçoivent l'AEEH dans le Grand Est.

¹⁰ Les pages 13 à 26 du document « 4. Approche par population » dressent un état complet de la situation et des prises en charges des enfants et adolescents en situation de handicap en Grand Est.

Nombre de foyers allocataires percevant l'AAEH et taux de bénéficiaires de l'AAEH par département au 31 décembre 2015

	Foyers allocataires	Taux de bénéficiaires (pour 1 000 personnes âgées de - 20 ans)
08- Ardennes	1 362	19,7
10- Aube	1 333	17,8
51- Marne	2 438	17,4
52- Haute-Marne	833	20,8
54- Meurthe-et-Moselle	1 685	9,6
55- Meuse	478	10,6
57- Moselle	2 479	10,3
67- Bas-Rhin	2 398	9,1
68- Haut-Rhin	3 172	17,4
88- Vosges	1 053	12,1
Grand Est	17 231	13,1

Source : CAF, fichier FILEAS – BENETRIM ; Insee, RP 2012 et RP 2013.

Champ : France métropolitaine, régime général (hors caisse nationale maritime).

Source : ARS Grand Est, État de santé de la population et état de l'offre de la région Grand Est, 4. Approche par population, Avril 2017, p. 13.

Le taux de bénéficiaires (pour 1 000 personnes âgées de moins de 20 ans) varie du simple au double selon les départements du Grand Est. Il est ainsi inférieur à 10 ‰ dans le Bas-Rhin (9,1 ‰) et en Meurthe-et-Moselle (9,6 ‰) ; à l'opposé, les départements de la Haute-Marne et des Ardennes enregistrent les taux les plus importants (respectivement 20,8 ‰ et 19,7 ‰).

Analyse/recommandations de la CRSA

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 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 de soins 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.

☞ Concernant l'état de santé des personnes détenues

Peu de données sont actuellement disponibles sur l'état de santé des personnes détenues.

Un dispositif d'observatoire déployé dans les unités sanitaires des établissements pénitentiaires de Picardie permet depuis 2011 de connaître, par un recueil continu, l'état de santé de la population nouvellement détenue. Cette enquête répond aux impératifs de l'article R 6112-19 du code de santé publique prévoyant l'examen systématique de la personne entrant en prison par un personnel de santé, ainsi qu'aux objectifs du Plan national santé-justice.

L'ARS Grand Est et la Direction Interrégionale des Services Pénitentiaires (DISP) Est-Strasbourg ont souhaité prendre part à ce dispositif, afin d'avoir une vision précise de l'état de santé des personnes nouvellement détenues et d'être en mesure d'adapter leurs politiques et leurs accompagnements. Le déploiement de ce recueil qui a débuté en 2017 est en cours dans plusieurs établissements (saisie débutée en phase test). Il va se poursuivre en 2018 et des premiers résultats devraient être disponibles à l'horizon 2019.

☞ Quelques données sur la population détenue en Grand Est

La région compte 22 établissements pénitentiaires, 7 en Champagne-Ardenne, 9 en Lorraine et 6 en Alsace. La répartition selon le type d'établissements est la suivante :

- 11 maisons d'arrêt (MA), accueillant les prévenus en attente de jugement, les condamnés à de courtes peines (inférieurs à deux ans) ou les condamnés en attente d'affectation dans un établissement pour peines ;
- 9 établissements pour peines (condamnation de plus de 2 ans) : 6 centres de détention (CD), 1 maison centrale (MC) et 2 centres de semi-liberté (CSL),
- 2 centres pénitentiaires (CP), regroupant une maison d'arrêt et un centre de détention.

Au 1^{er} janvier 2017, 6 357 personnes sont détenues au sein de ces établissements pénitentiaires, pour une capacité opérationnelle de 5 956 places.

Répartition des personnes détenues par établissement en Grand Est

Type	Etablissement	Ante-région	Capacité opérationnelle	Nb de personnes écrouées détenues	Densité (%)
MA	Bar-Le-Duc	Lorraine	80	89	111,3
MA	Châlons-en-Champagne	Champagne-Ardenne	313	325	103,8
MA	Charleville-Mézières	Champagne-Ardenne	59	52	88,1
MA	Chaumont	Champagne-Ardenne	78	101	129,5
MA	Colmar	Alsace	120	158	131,7
MA	Epinal	Lorraine	294	276	93,9
MA	Mulhouse	Alsace	283	398	140,6
MA	Reims	Champagne-Ardenne	154	161	104,5
MA	Sarreguemines	Lorraine	67	105	156,7
MA	Strasbourg	Alsace	445	655	147,2
MA	Troyes	Champagne-Ardenne	114	163	143,0
qMA	Metz-Queuleu	Lorraine	364	603	165,7
qMA	Nancy Maxéville	Lorraine	453	670	147,9
Ensemble des maisons d'arrêt et qMA			2 824	3 756	133,0
CD	Ecrouves	Lorraine	269	245	91,1
CD	Montmédy	Lorraine	343	317	92,4
CD	Oermingen	Alsace	263	224	85,2
CD	Saint-Mihiel	Lorraine	400	352	88,0
CD	Toul	Lorraine	427	393	92,0
CD	Villenauxe-La-Grande	Champagne-Ardenne	606	476	78,5
qCD	Nancy Maxéville	Lorraine	240	219	91,3
MC	Clairvaux	Champagne-Ardenne	198	80	40,4
MC	Ensisheim	Alsace	200	192	96,0
qCPA	Metz-Queuleu	Lorraine	77	45	58,4
CSL	Maxéville	Lorraine	56	21	37,5
CSL	Souffelweyersheim	Alsace	53	37	69,8
Ensemble des établissements pour peine *			3 132	2 601	83,0
Ensemble des établissements en Grand Est			5 956	6 357	106,7

Acronymes utilisés : 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 la 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 1^{er} janvier 2017 ». Exploitation : ORS Alsace.

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.

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

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.

Une CDSP est composée¹¹ de :

- deux psychiatres, l'un désigné par le procureur général près la cour d'appel, l'autre part le représentant de l'État dans le département ;
- un magistrat désigné par le premier président de la cour d'appel ;
- deux représentants d'associations agréées respectivement de personnes malades et de familles de personnes atteintes de troubles mentaux, désignés par le représentant de l'État dans le département ;
- un médecin généraliste désigné par le représentant de l'État dans le département.

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 ne relevant pas toutes de la même année d'activité (l'information est précisée pour chaque département), il n'est pas réalisé de volume d'activité globale à l'échelle du Grand Est.

Il est néanmoins possible de constater que l'activité des commissions est plus ou moins importante selon les départements.

Sollicités pour le recueil des données d'activité, certains référents au sein des DT font état de difficultés pour réunir la commission en respectant le quorum des membres requis.

¹¹ Article L 3223-2 du code de la santé publique.

Données d'activité annuelle des CDSP par département du Grand Est

	Année d'activité	Réunions	Visites établissements	Dossiers examinés	Plaintes et réclamations
08- Ardennes	2016	1	0	113	0
10- Aube	2016	4	2	69	0
51- Marne	2016	4	4	302	3
52- Haute-Marne	2016	3	1	36	3
54- Meurthe-et-Moselle	2015	1	3	77	NC
55- Meuse	2015	3	3	87	0
57- Moselle	2016	9	4	261	5
67- Bas-Rhin	2016	2	6	40	3
68- Haut-Rhin	2016	4	4	37	8
88- Vosges	2015	2	2	18	3

Source : ARS Grand Est, Délégations territoriales, Rapport d'activités des CDSP.

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.

⌘ 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).

- Les zones prioritaires en médecine générale en Grand Est

Cet indicateur traduit la préoccupation d'identifier au sein de la région des territoires plus fragiles en matière d'accès aux soins.

Article L1434-4 du Code de la santé publique
Modifié par LOI n°2016-41 du 26 janvier 2016 - art. 158 (V)

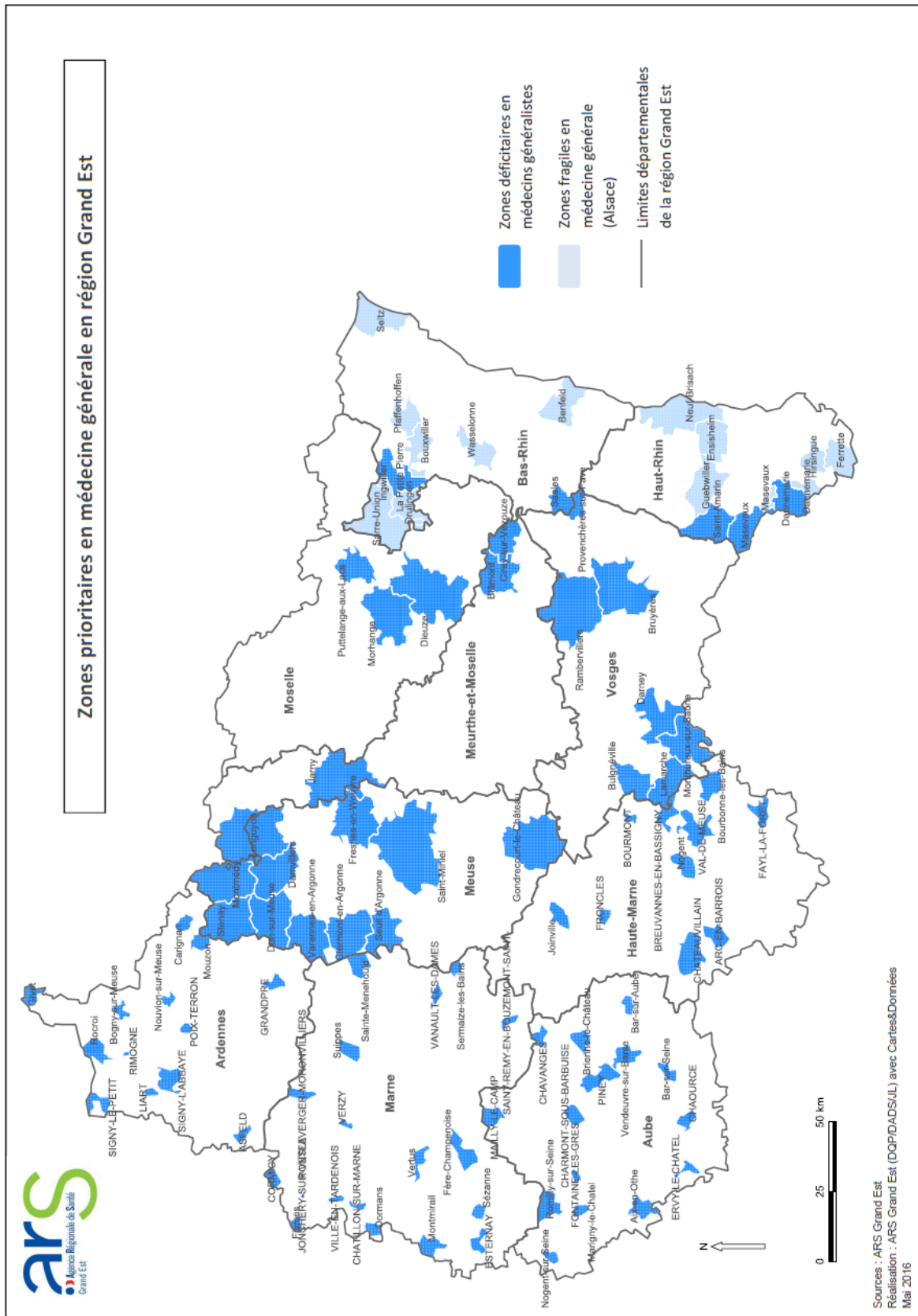
Le directeur général de l'agence régionale de santé détermine par arrêté, après concertation avec les représentants des professionnels de santé concernés :

1° Les zones caractérisées par une offre de soins insuffisante ou par des difficultés dans l'accès aux soins ;

2° Les zones dans lesquelles le niveau de l'offre de soins est particulièrement élevé, s'agissant des professions de santé pour lesquelles les conventions mentionnées à l'article L. 162-14-1 du code de la sécurité sociale ont prévu des mesures de limitation d'accès au conventionnement. Elles sont arrêtées dans le respect de la méthodologie déterminée dans ces conventions.

Dans les zones mentionnées aux 1° et 2° du présent article, sont mises en œuvre les mesures destinées à réduire les inégalités en matière de santé et à favoriser une meilleure répartition géographique des professionnels de santé, des maisons de santé, des pôles de santé et des centres de santé prévues notamment aux articles L. 1435-4-2 et L. 1435-5-1 à L. 1435-5-4 du présent code, à l'article L. 1511-8 du code général des collectivités territoriales, à l'article 151 ter du code général des impôts, à l'article L. 632-6 du code de l'éducation et par les conventions mentionnées au chapitre II du titre VI du livre Ier du code de la sécurité sociale.

La carte des zones prioritaires en médecine générale en Grand Est (2016)



Source : PAPS Grand Est, Portail d'accompagnement des professionnels de santé, <http://www.grand-est.paps.sante.fr> [page consultée le 04/10/2017]

Chaque ante-région avait latitude de retenir, en concertation avec les partenaires professionnels concernés, la méthode permettant d'identifier les zones prioritaires ; celle-ci diffère sensiblement selon les ante-régions du Grand Est, mais portait d'une manière générale sur la démographie des professionnels de santé et les caractéristiques sociales de la population.

Le Pacte Territoire Santé II

Visant à renforcer le maillage de soins de premiers recours, le Pacte Territoire Santé II (2015-2017)¹² est bâti autour de deux axes et se décline au sein de chaque région en 10 engagements.

- **AXE I – Pérenniser et amplifier les actions menées depuis le pacte territoire santé 1** (Engagements 1 à 4)
- **AXE II – Innover pour s'adapter aux besoins des professionnels et des territoires** (Engagements 5 à 10)

Engagements du Pacte Territoire Santé

- Engagement 1** - Développer les stages des futurs médecins en cabinet de ville
- Engagement 2** - Faciliter l'installation des jeunes médecins dans les territoires fragiles
- Engagement 3** - Favoriser le travail en équipe, notamment dans les territoires ruraux et périurbains
- Engagement 4** - Assurer l'accès aux soins urgents en moins de 30 minutes
- Engagement 5** - Augmenter de manière ciblée le numerus clausus régional pour l'accès aux études de médecine
- Engagement 6** - Augmenter le nombre de médecins libéraux enseignants
- Engagement 7** - Soutenir la recherche en soins primaires
- Engagement 8** - Mieux accompagner les professionnels de santé dans leur quotidien
- Engagement 9** - Favoriser l'accès à la télémédecine pour les patients chroniques et pour les soins urgents
- Engagement 10** - Soutenir une organisation des soins de ville adaptée à chaque territoire et à chaque patient

Source : ARS Grand Est, « Pacte territoire santé, Des mesures concrètes pour lutter contre les déserts médicaux. Les résultats 2016 en région Grand Est », 24 pages.

¹² Le Pacte Territoire Santé II s'appuie sur le bilan du premier volet du Pacte Territoire Santé (2012-2015). <http://solidarites-sante.gouv.fr/archives/pts/article/2012-pacte-territoire-sante-1> [page consultée le 25/10/2017]

Le bilan 2016 de l'ARS Grand Est fait état de l'avancement des actions réalisées sur le territoire.

Bilan en Grand Est de l'engagement 4

Engagement 4 : Assurer l'accès aux soins urgents en moins de 30 minutes

- **29 médecins correspondants de SAMU** en région Grand Est
- **97,3 %** de la population Grand Est est située à moins de 30 minutes d'une structure de médecine d'urgence.

L'Agence Régionale de Santé Grand Est a actualisé en juillet 2016 le volet accessibilité aux soins urgents en moins de 30 minutes de son plan d'actions sur les urgences. Il doit permettre de promouvoir les médecins correspondants du SAMU sur certains territoires.

Source : ARS Grand Est, « Pacte territoire santé, Des mesures concrètes pour lutter contre les déserts médicaux. Les résultats 2016 en région Grand Est », 24 pages.

Le renouvellement de la carte des zones prioritaires

Dans son plan pour « Renforcer l'accès territorial aux soins »¹³ présentée le 13 octobre 2017, la Ministre des solidarités et de la santé fait mention d'un seuil de 2,5 consultations par habitant et par an pour identifier des « territoires à faible densité médicale » (Préambule, p. 5). Ce seuil se rapporte à l'indicateur d'accessibilité potentielle localisée (APL) (voir plus loin).

En régions, les ARS sont en attente de la publication au Journal Officiel de l'arrêté ministériel du zonage pour les médecins généralistes, avant de lancer la concertation avec les partenaires concernés et de déterminer les zones « sous-denses », éligibles à des aides conventionnelles.

« Le nouveau zonage qui interviendra en novembre prochain procédera à un élargissement sensible des zones éligibles à ces aides incitatives puisque la population couverte passera de 7 % à 18 %, soit plus qu'un doublement. Les ARS adapteront au mieux ce zonage en fonction des spécificités du territoire. » (Priorité 1 : « Renforcer l'offre de soins dans les territoires au service des patients : une présence médicale et soignante accrue », point 1 : « Aider à l'installation et à l'exercice des médecins dans les zones en tension », p 8)

¹³ Ministère des solidarités et de la santé. « Renforcer l'accès territorial aux soins ». Dossier de presse du 13 octobre 2017. <http://solidarites-sante.gouv.fr/systeme-de-sante-et-medico-social/acces-territorial-aux-soins/> [page consultée le 19/10/2017]

- **L'indicateur d'accessibilité potentielle localisée (APL)**

Un document récent de la Direction de la recherche, des études, de l'évaluation et des statistiques (DREES) s'intéresse à la question des « déserts médicaux »¹⁴. Quels que soient les termes régulièrement utilisés : « accès aux soins », « répartition territoriale des médecins » ou « déserts médicaux » (terme le plus récent dans les débats et repris dans le sous-titre du Pacte Territoire Santé II), ceux-ci recouvrent des réalités différentes, dont les frontières sont parfois subjectives, normatives, voire floues, et ne permettent pas de rendre compte de la réalité de la problématique.

La citation reprise ci-après illustre la difficulté de l'exercice d'un indicateur fiable :

« De plus, l'étude de la répartition territoriale des professionnels de santé par rapport à celle de la population se concentre sur la localisation de l'offre et de la demande et n'intègre que de façon frustrante les comportements de recours et les pratiques de mobilité des patients. Du reste, ces deux sujets demeurent assez peu étudiés. » (p. 4)

Les éléments de contexte et de définition de l'indicateur d'accessibilité potentielle localisée (APL) sont repris du document de la DREES :

La DREES et l'Irdes ont développé conjointement un indicateur d'accessibilité aux soins : l'APL (accessibilité potentielle localisée). Cet indicateur synthétique permet de tenir compte à la fois de la proximité et de la disponibilité des médecins. Il est donc plus fin et plus opérant que les indicateurs traditionnels de densité médicale par bassin de vie ou de temps d'accès au professionnel le plus proche. Il intègre également une estimation de l'activité des médecins ainsi que des besoins en fonction de l'âge de la population locale et permet des variantes tenant compte de l'âge des médecins ou encore de leur secteur de conventionnement. Développé en 2012, il a été mobilisé depuis par plusieurs ARS pour définir leurs zones fragiles et sa pertinence est désormais reconnue.

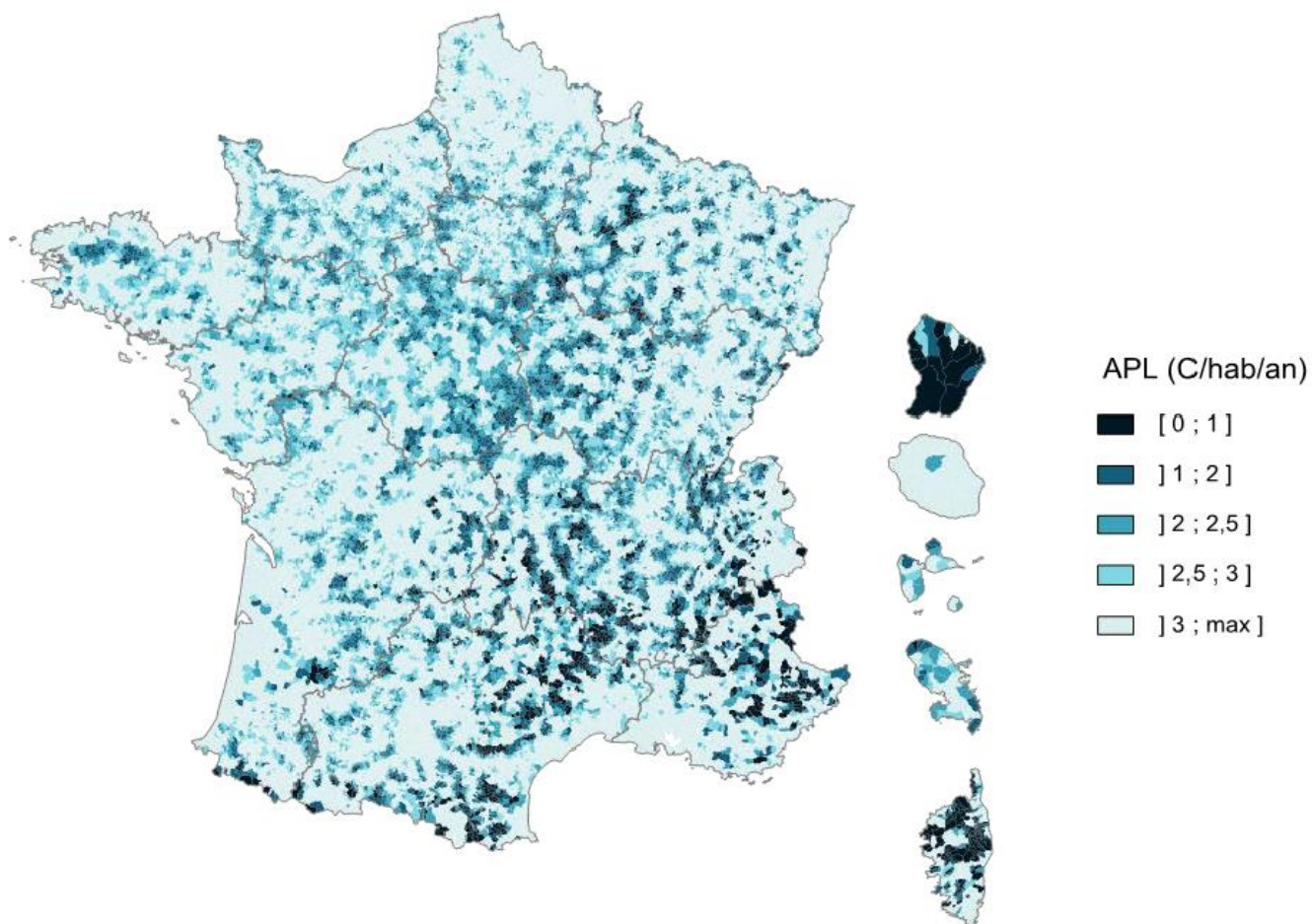
L'indicateur d'APL peut être synthétisé ainsi. Un patient a dans son entourage plusieurs médecins accessibles (zone de recours, voir illustration). Plus le médecin est éloigné, plus son accessibilité est faible voire nulle au-delà d'un seuil. Chaque médecin accessible peut délivrer un certain nombre de consultations/visites aux patients susceptibles de le solliciter (patients de sa zone de patientèle). Pour la plupart des médecins, ce nombre est égal au nombre total d'actes que le médecin effectue dans l'année (prise en compte de l'activité réelle) divisé par le nombre de patients susceptibles de le solliciter. Ces derniers sont pondérés par leur âge (pour tenir compte des besoins de soins différenciés en fonction de l'âge) et par leur éloignement. Au final, pour connaître l'accessibilité d'un patient, on somme le nombre de consultations/visites que peuvent lui proposer les médecins accessibles. On obtient ainsi un nombre de consultations/visites accessibles pour chaque habitant.

Source : Vergier N., Chaput H., Lefebvre-Hoang I., « Déserts médicaux : comment les définir ? Comment les mesurer ? », Les dossiers de la DREES, DREES, Mai 2017, n°17, p. 22.

¹⁴ Vergier N., Chaput H., Lefebvre-Hoang I., « Déserts médicaux : comment les définir ? Comment les mesurer ? », *Les dossiers de la DREES*, DREES, Mai 2017, n°17.

La carte suivante présente la situation des communes de France selon l'accessibilité potentielle localisée. Plus une commune est sombre, plus celle-ci est sous-dense en accessibilité aux médecins généralistes libéraux.

Communes sous-denses selon le seuil retenu (médecine générale libérale)



Champ : Professionnels de santé libéraux (y compris certains MEP) et médecins exerçant en centres de santé, France entière, hors Mayotte.

Sources : SNIIR-AM 2015, CNAM-TS ; populations municipales 2013, INSEE. Fonds de carte Cartes&Données.

Source : Vergier N., Chaput H., Lefebvre-Hoang I., « Déserts médicaux : comment les définir ? Comment les mesurer ? », Les dossiers de la DREES, DREES, Mai 2017, n°17, p. 28.

Si l'on considère un seuil de 2,5 consultations chez un médecin généraliste libéral par habitant par an, 8,1 % de la population française vivent dans une commune sous-dense en 2015.

Ce taux est légèrement inférieur en Grand Est, puisque 7,8 % des habitants de la région vivent dans une commune sous-dense au seuil de 2,5 consultations par habitant par an.

Communes sous-denses au seuil de 2,5 consultations par an et par habitant en Grand Est

Région	Population vivant dans une commune dont l'APL est inférieure au seuil	Part de la population régionale vivant dans une commune dont l'APL est inférieure au seuil	Part de la population française vivant dans une commune dont l'APL est inférieure au seuil et résidant dans la région
Guyane	70 219	28,8%	1,3%
Martinique	94 881	24,6%	1,8%
Guadeloupe	76 867	19,1%	1,5%
Centre-Val de Loire	423 304	16,5%	8,0%
Corse	48 801	15,2%	0,9%
Bourgogne-Franche-Comté	356 216	12,6%	6,7%
Auvergne-Rhône-Alpes	864 754	11,1%	16,3%
Île-de-France	1 188 170	9,9%	22,5%
Grand Est	434 280	7,8%	8,2%
Pays de la Loire	283 438	7,7%	5,4%
Normandie	251 437	7,6%	4,8%
Nouvelle-Aquitaine	348 532	6,0%	6,6%
Occitanie	311 915	5,5%	5,9%
Bretagne	166 862	5,1%	3,2%
Hauts-de-France	203 097	3,4%	3,8%
Provence-Alpes-Côte d'Azur	161 459	3,3%	3,1%
La Réunion	7 226	0,9%	0,1%
France	5 291 458	8,1%	100,0%

Lecture : En Grand Est, 434 280 personnes vivent dans une commune « sous-dense » au seuil de 2,5 consultations par an et par habitant, ce qui représente 7,8 % de la population de la région. C'est ainsi 8,2 % de la population nationale vivant sous ce seuil qui réside en région Grand Est.

Champ : Professionnels de santé libéraux (y compris certains MEP) et médecins exerçant en centres de santé, France entière, hors Mayotte.

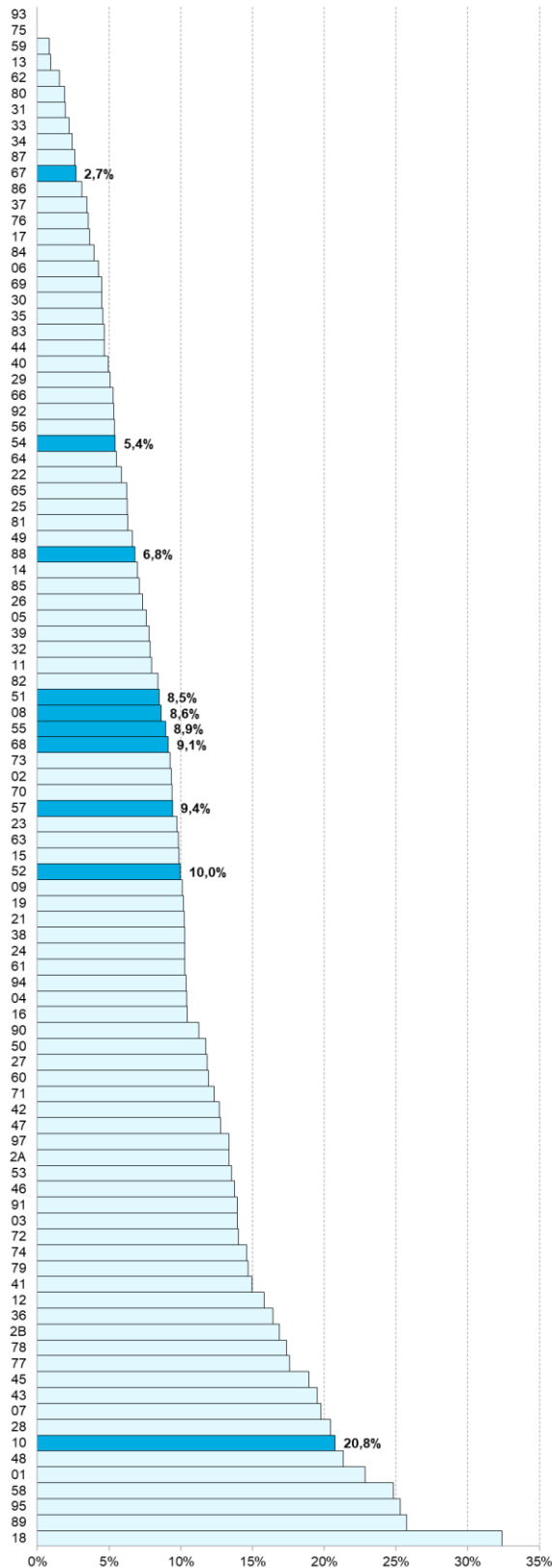
Sources : SNIIR-AM 2015, CNAM-TS ; populations municipales 2013, INSEE.

Source : Vergier N., Chaput H., Lefebvre-Hoang I., « Déserts médicaux : comment les définir ? Comment les mesurer ? », Les dossiers de la DREES, DREES, Mai 2017, n°17, p. 28.

Le Grand Est occupe une position médiane en termes d'accessibilité à l'offre de médecine générale libérale. Les régions ayant les parts les plus élevées de population vivant en territoire sous-dense sont les Antilles Guyane, le Centre-Val de Loire et la Corse. La situation est à l'opposé la plus favorable en Bretagne (5,1 %), dans les Hauts de France (3,4 %), Provence-Alpes-Côte d'Azur (3,3 %) et surtout la Réunion (0,9 %).

En termes d'effectifs de population concernée, les régions Île-de-France et Auvergne-Rhône-Alpes sont, et de loin, les plus affectées. Elles représentent 30 % de la population nationale et concentrent 39 % de la population vivant en territoire sous-dense.

Part de la population vivant dans une commune sous-dense au seuil de 2,5 consultations par an et par habitant selon les départements (médecine générale libérale)



Source : DREES. Exploitation : ORS Alsace

Ces disparités s’observent également et de façon très marquée à l’échelon des départements. Ainsi, en Grand Est, 21 % de la population de l’Aube vit en zone sous-dense de médecine générale libérale, contre seulement 5 % des Meurthe-et-Mosellans et 3 % des Bas-rhinois. Les autres départements du Grand Est occupent des positions médianes, avec des taux de populations en communes sous-denses de médecins généralistes situés dans une fourchette de 6,8 % à 10 %.

Pour autant, le département de l’Aube est relativement peu peuplé et n’est – en termes d’effectifs de populations concernées – pas le plus impacté par la faiblesse de l’offre de médecin générale. En effet, si dans l’Aube, 64 000 personnes vivent dans une commune sous-dense, cet effectif est plus élevé dans deux des dix départements de la région, le Haut-Rhin (69 000 personnes) et surtout en Moselle (pratiquement 100 000 personnes).

Populations vivant dans une commune sous-denses au seuil de 2,5 consultations par an et par habitant en Grand Est selon le département (médecine générale libérale)

Département	Population vivant en zone sous-dense	
	Effectifs	%
Moselle (57)	98 511	9,4%
Haut-Rhin (68)	69 191	9,1%
Aube (10)	63 668	20,8%
Marne (51)	48 298	8,5%
Meurthe-et-Moselle (54)	39 750	5,4%
Bas-Rhin (67)	29 877	2,7%
Vosges (88)	25 473	6,8%
Ardennes (8)	24 253	8,6%
Haute-Marne (52)	18 125	10,0%
Meuse (55)	17 134	8,9%
Grand Est	434 280	7,8%
France	5 291 458	8,1%

Source : DREES. Exploitation : ORS Alsace.

La carte précédente met également en évidence les disparités au sein de la région. Ainsi, ce sont les communes rurales des grands pôles ou les communes hors influence des pôles pour lesquelles la part de la population vivant en commune sous-dense est la plus importante : « *au seuil de 2,5 consultations par an et par habitant, plus d'un habitant sur cinq d'une commune isolée ou d'une couronne rurale de grand pôle réside dans une commune sous-dense* » (p. 29).

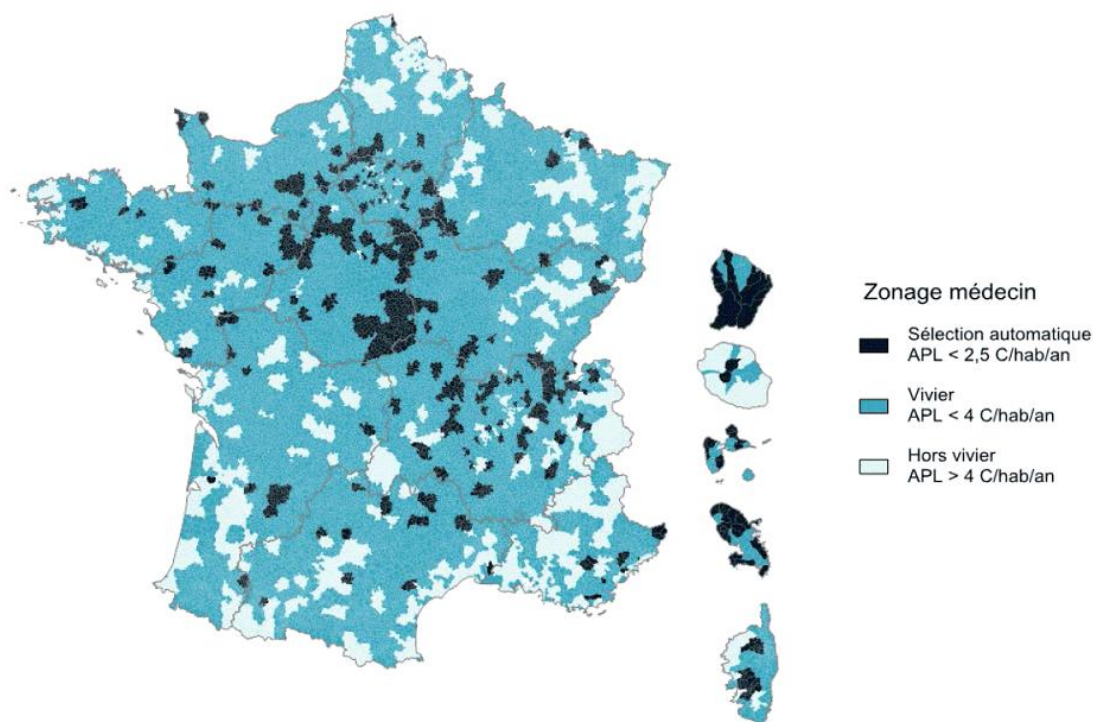
Le document de la DREES présente d'autres résultats complémentaires en s'intéressant par exemple au cumul de difficultés d'accès aux soins urgents ou encore à la proximité d'une pharmacie.

Ainsi, en Grand Est, 4,1 % de la population réside à plus de 10 minutes de la pharmacie la plus proche. La moyenne française étant de 2,5 % (France entière hors Mayotte), le Grand Est est en 4^e position des 17 régions présentant le taux le plus fort de population éloignée des pharmacies.

La carte des territoires fragiles

En application de l'article L 1434-4 du code de la santé publique, la carte des territoires fragiles – éligibles à des dispositifs d'aide aux professionnels de santé exerçant sur ces territoires – va être renouvelée. Dans ce contexte, l'échelon pertinent retenu est celui du **territoire de vie** (sous-ensemble des bassins de vie), territoire comprenant en moyenne 23 300 habitants.

Territoires fragiles pour l'accès aux médecins généralistes



Champ : Professionnels de santé libéraux (y compris certains MEP) et médecins exerçant en centres de santé, France entière, hors Mayotte.

Sources : SNIIR-AM 2015, CNAM-TS ; populations municipales 2013, INSEE. Fonds de carte Cartes&Données.

Source : Vergier N., Chaput H., Lefebvre-Hoang I., « Déserts médicaux : comment les définir ? Comment les mesurer ? », Les dossiers de la DREES, DREES, Mai 2017, n°17, p. 28.

Ce zonage considère automatiquement deux situations extrêmes :

- un territoire (« sélection automatique ») est considéré comme fragile si son accessibilité aux généralistes de moins de 65 ans est inférieure au seuil de 2,5 consultations par an et par habitant ;
- un territoire dense (« hors vivier »), lorsque l'APL est supérieure à 4 consultations par an et par habitant.

Le « vivier » situé entre ces deux situations rassemble 55,8 % de la population française hors Mayotte : « *Les ARS auront la possibilité d'ajouter à cette sélection nationale des zones (dans la limite d'un plafond) qui ne sont pas fragiles au regard de ce seuil, mais dont l'accessibilité est toutefois inférieure à l'accessibilité moyenne.* » (p. 34)

Ce que l'on peut retenir de l'Accessibilité Potentielle Localisée (APL) :

- Un indicateur synthétique d'accès aux soins qui tient compte de la proximité et de la disponibilité des médecins ainsi que des besoins en fonction de l'âge de la population locale ;
- Une unité de mesure explicite, exprimée en « nombre de consultations par habitant par an » ;
- Une position moyenne pour le Grand Est avec 7,8 % de sa population vivant dans une commune « sous-dense » au seuil de 2,5 consultations par an et par habitant ;
- Des disparités à l'échelle départementale :
 - En termes de proportions de population départementale : Un habitant sur cinq (21 %) des Ardennes vit dans une commune sous-dense, contre un sur vingt (5 %) en Moselle ou moins d'un sur vingt (3 %) dans le Bas-Rhin ;
 - En termes d'effectifs de population : avec près de 100 000 personnes vivant dans une commune sous-dense, la Moselle concentre une forte part de la population régionale vivant dans une commune sous-dense.
- Un indicateur permettant d'identifier les territoires de vie fragiles, échelle retenue pour la mise en œuvre de politique de santé.

Bien que l'indicateur APL donne une mesure objective et plus complète que d'autres indicateurs développés précédemment, son interprétation n'est pas optimale pour certains territoires du Grand Est, en raison de sa spécificité frontalière importante (première région frontalière de France avec 460 km de frontières avec quatre pays : l'Allemagne, la Belgique, le Luxembourg et la Suisse).

Pour ces territoires limitrophes, l'information présentée par l'APL devrait être complétée d'éléments sur les flux de patients entre les pays (patients français soignés à l'étranger, patients étrangers soignés en France) ainsi que sur l'offre de soins de médecine générale dans les pays frontaliers, ces facteurs tendant à sur-estimer ou sous-estimer l'APL.

- **L'offre de soins et la consommation de soins libéraux en Grand Est**

La densité d'offre de soins libéraux en Grand Est

L'indicateur d'APL, s'il est particulièrement intéressant, n'a été calculé que pour les médecins généralistes libéraux. L'indicateur plus classique de densités de médecins (nombre de médecins pour 100 000 habitants) a pour cette raison été calculé pour d'autres spécialités d'intérêt. Le tableau suivant met en évidence les très fortes disparités d'offre de soins libéraux entre départements du Grand Est.

Densité de médecins libéraux pour 100 000 habitants en 2017

	Médecine Générale	Toutes spécialités hors médecine générale	Cardiologie et maladies vasculaires	Ophthalmologie	Psychiatrie	Radiodiagnostic	Gynécologie-obstétrique et médicale
Haute-Marne (52)	89,7	47,0	2,8	3,3	1,1	6,1	9,8
Meuse (55)	87,2	51,7	4,7	4,7	1,6	10,4	10,3
Ardennes (08)	91,5	47,9	5,0	3,6	3,2	4,3	9,8
Aube (10)	81,1	59,4	4,5	5,2	2,9	5,8	12,0
Vosges (88)	93,2	52,2	4,8	4,6	4,0	4,8	14,1
Moselle (57)	90,2	72,2	7,3	5,6	4,7	9,4	12,9
Haut-Rhin (68)	95,9	84,7	8,3	7,0	6,4	9,6	16,5
Marne (51)	106,0	81,1	6,5	6,1	7,0	8,9	15,7
Meurthe-et-Moselle (54)	116,6	99,4	9,2	9,0	9,6	9,2	14,6
Bas-Rhin (67)	126,3	123,2	10,2	9,1	14,6	13,3	24,2
Grand Est	103,0	83,8	7,5	6,7	7,4	9,3	15,8
France hexagonale	103,4	94,3	7,6	7,8	10,1	10,0	15,8

Sources : Répertoire partagé des professionnels de santé (RPPS), Insee, Exploitation : ORS Alsace

En ce qui concerne les médecins généralistes libéraux, le Bas-Rhin, la Meurthe-et-Moselle et la Marne enregistrent des densités d'offre supérieures à la moyenne nationale. Dans la région, les plus faibles offres sont celles de l'Aube et de la Meuse (respectivement 21 % et 16 % sous la moyenne hexagonale).

Pour les spécialités hors médecine générale (toutes spécialités confondues), seule l'offre du Bas-Rhin dépasse la moyenne hexagonale (+31 %), celle de Meurthe-et-Moselle se situant au niveau de cette moyenne et les autres départements sous cette moyenne. Les densités sont particulièrement faibles, inférieures de 45 % à 50 % à la moyenne hexagonale, en Haute-Marne, en Meuse, dans les Ardennes et dans les Vosges. Ces contrastes interdépartementaux s'observent pour toutes les spécialités étudiées. Les écarts les plus marqués concernent la psychiatrie libérale, dont la densité varie de 1 à 13 entre la Haute-Marne (département le moins doté) et le Bas-Rhin (le mieux doté).

La consommation de soins libéraux en Grand Est

En complément de l'analyse de l'offre de soins libéraux, il est intéressant d'étudier les disparités de consommation de soins libéraux¹⁵ entre départements du Grand Est. Ce travail a pu être réalisé grâce aux données qui ont été extraites et fournies par la Direction de la coordination de la gestion du risque Grand Est (DCGDR). Elles concernent les assurés et ayants droit du régime général domiciliés en Grand Est.

Consommations moyennes de soins libéraux des assurés du régime général domiciliés en Grand Est en 2016

	Médecine générale	Toutes spécialités hors médecine générale	Cardiologie et maladies vasculaires	Ophthalmologie	Psychiatrie	Radiodiagnostic	Gynécologie-obstétrique et médicale (1)
Consommation moyenne Grand Est / personne couverte	101 €	198 €	22 €	18 €	6 €	43 €	23 €
% de consommateurs parmi les personnes couvertes	82,8%	68,9%	12,3%	27,2%	1,9%	37,4%	22,9%
Consommation moyenne Grand Est / consommateur	122 €	287 €	180 €	66 €	314 €	116 €	99 €

(1) Les données de consommation de soins libéraux de gynécologie obstétrique et médicale ont été calculées avec au dénominateur les populations féminines et non des deux sexes confondus.

Lecture : La **première ligne** du tableau correspond à la consommation moyenne brute (non standardisée sur l'âge) de soins libéraux pour une personne couverte par le Régime général (assurés et ayants-droit confondus) domiciliée en Grand Est. Les consommations sont exprimées en montants remboursables (base de remboursement). Ainsi, en moyenne, une personne couverte par le Régime général a eu en 2016 une consommation de soins de médecine générale libéraux de 101 euros (base de remboursement) ou encore de 6 euros en ce qui concerne la psychiatrie libérale. Concernant les montants remboursables, seules ont été prises en compte pour la médecine générale les consultations cotées C et les visites cotées V et, pour les autres spécialités, les consultations et actes techniques à l'origine de l'essentiel des remboursements (cf. note de méthode en annexe).

La **deuxième ligne** correspond à la proportion d'assurés et ayants-droit ayant eu, au moins une fois au cours de l'année 2016, recours à un médecin libéral. Par exemple, 82,8 % des assurés et ayants-droit du Grand Est ont eu en 2016 recours à un médecin généraliste libéral contre 1,9 % à un psychiatre libéral.

La **troisième ligne** correspond à la consommation moyenne brute (non standardisée sur l'âge) de soins libéraux des « consommateurs » (assurés et ayants-droit ayant eu au moins une fois au cours de l'année 2016 eu recours à la spécialité considérée). Par exemple, le niveau moyen de consommation annuelle de soins de médecine générale des assurés ayant au moins une fois en 2016 eu recours à un généraliste libéral s'élève à 122 euros (montant remboursable). Pour ceux qui ont eu recours à la psychiatrie libérale, ce montant s'élève à 314 euros.

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

¹⁵ Voir en annexe la note de méthode.

En 2016, la consommation totale de soins de médecine générale libérale des assurés et ayants-droit du Régime général domiciliés en Grand Est s'élève à plus de 448 670 000 euros (montant remboursable), soit en moyenne 101 euros par personne. Pour les autres spécialités libérales, considérées dans leur ensemble, le montant remboursable de soins libéraux s'élève à 876 790 000 euros, soit 198 euros par personne couverte par le Régime général.

Parmi les différentes spécialités étudiées :

- la radiologie représente le montant moyen de soins le plus élevé (43 euros par assuré et ayant-droit en moyenne au cours de l'année) ;
- la cardiologie, l'ophtalmologie et la gynécologie obstétrique et médicale occupent une situation intermédiaire, avec un montant moyen de soins par assuré et ayant-droit situé entre 18 et 23 euros¹⁶ ;
- la psychiatrie se démarque, avec un montant moyen de soins par assuré et ayant-droit particulièrement faible (6 euros).

Il est également possible de considérer la part des assurés et ayants-droit ayant, au moins une fois au cours de l'année 2016, eu recours à ces professions. Il apparaît ainsi que :

- le recours à un médecin généraliste concerne une large majorité de la population couverte (84 %) ;
- environ un quart de la population couverte a fait appel à un ophtalmologue (27 %). C'est également le cas, en ce qui concerne la gynécologie, d'un quart des femmes couvertes (23 %) ;
- une personne couverte sur huit a eu recours à un cardiologue libéral ;
- le recours à psychiatrie libérale ne concerne quant à elle qu'un assuré ou ayant droit sur cinquante (2 %).

Pour autant, lorsqu'une prise en charge en psychiatrie libérale est engagée, elle entraîne, de par la nature de discipline, des niveaux de consommations de soins élevés. Ainsi, si – comme nous l'avons précédemment indiqué – le montant moyen de soins remboursables de psychiatrie libérale par assuré et ayant-droit (ensemble de la population couverte, qu'elle ait ou non recouru à un psychiatre libéral) est particulièrement faible (6 euros), le montant moyen de soins des personnes ayant eu recours au moins une fois à un psychiatre libéral en 2016 s'élève à 314 euros. C'est nettement plus élevé que ce que l'on observe pour les autres spécialités considérées. À titre de comparaison, la consommation moyenne en 2016 des personnes ayant eu recours à un cardiologue est de 180 euros, de 122 euros en ce qui concerne la médecine générale ou encore de 66 euros en ce qui concerne l'ophtalmologie.

¹⁶ Pour la gynécologie, la consommation de soins a été rapportée à la population féminine couverte par le régime général et non pas à la population totale.

Grâce aux données transmises par la DCGDR du Grand Est, il a également été possible d'étudier les disparités de recours aux soins libéraux selon les départements. Dans la mesure où la structure par âge varie beaucoup entre départements du Grand Est et où cette structure impacte de façon majeure la consommation de soins libéraux, les données présentées ont été standardisées sur l'âge.

Écarts entre les niveaux départementaux de consommation de soins libéraux et la moyenne du Grand Est (1) en 2016

	Médecine générale	Toutes spécialités hors médecine générale	Cardiologie et maladies vasculaires	Ophthalmologie	Psychiatrie	Radiodiagnostic	Gynécologie-obstétrique et médicale (2)
Haute-Marne (52)	-3%	-10%	-35%	-3%	-69%	-8%	-45%
Meuse (55)	0%	-12%	3%	-17%	-73%	-20%	-19%
Ardennes (08)	6%	-21%	-34%	-31%	-48%	-22%	-21%
Aube (10)	-13%	-24%	-53%	-4%	-41%	-23%	-77%
Vosges (88)	-3%	-12%	-5%	-9%	-53%	-13%	30%
Moselle (57)	2%	2%	15%	8%	-26%	2%	-9%
Haut-Rhin (68)	-10%	1%	5%	1%	-2%	4%	43%
Marne (51)	0%	-2%	-34%	-18%	-5%	-5%	21%
Meurthe-et-Moselle (54)	7%	13%	33%	7%	8%	6%	-17%
Bas-Rhin (67)	4%	8%	6%	11%	79%	14%	3%

(1) Il s'agit de l'écart en % entre la consommation standardisée de soins du département (standardisation indirecte sur l'âge) et la moyenne Grand Est.

(2) Les données de consommation de soins libéraux de gynécologie obstétrique et médicale ont été calculées avec au dénominateur les populations féminines et non deux sexes confondus.

Lecture : Un pourcentage nul correspond à une consommation (standardisée sur l'âge) de soins libéraux équivalente à la moyenne du grand Est, un pourcentage positif à une consommation supérieure à cette moyenne et un pourcentage négatif à une consommation inférieure à cette moyenne. À titre d'exemple, la consommation de soins libéraux de cardiologie dépasse de 33 % la moyenne Grand Est en Meurthe-et-Moselle, alors qu'elle se situe 35 % sous cette moyenne en Haute-Marne.

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

Les écarts ainsi observés sont sensibles voire très importants selon la spécialité considérée. Ainsi concernant :

- la médecine générale libérale, le niveau de consommation de soins minimale est observé dans l'Aube (-13 % par rapport à la moyenne Grand Est) et la consommation maximale en Meurthe-et-Moselle (+7 % à la moyenne Grand Est),
- les autres spécialités (prises dans leur ensemble) le niveau de consommation de soins minimale est observé dans l'Aube (-24 % par rapport à la moyenne Grand Est), et la consommation maximale en Meurthe-et-Moselle (+13 % par rapport à la moyenne Grand Est).

Les écarts les plus importants concernent la gynécologie obstétrique et médicale et la psychiatrie, pour laquelle la consommation se concentre pour l'essentiel dans le département du Bas-Rhin.

Relation entre offre et consommation de soins libéraux

La relation entre offre et consommation de soins libéraux a été étudiée pour le Grand Est à l'échelon des départements et pour chacune des spécialités considérées.

L'analyse proposée présente quelques limites, qu'il convient de garder à l'esprit à la lecture des résultats suivants. Nous comparons la densité d'offre de soins libéraux et mixtes (source RPPS) à la consommation de soins libéraux mesurée par l'Assurance maladie. Il aurait été préférable de ne tenir compte que des médecins ayant effectivement une réelle activité libérale, ce qui n'est pas possible à partir du RPPS. Des analyses ultérieures pourraient être envisagées pour affiner cette première approche.

Pour la médecine générale, cette relation existe, mais n'est pas systématiquement observée. Ainsi, la Meurthe-et-Moselle et le Bas-Rhin, départements qui bénéficient de densités de médecins généralistes importantes enregistrent également un niveau de consommation de soins dépassant, mais seulement légèrement, la moyenne du Grand Est. À l'opposé, l'Aube par exemple, présente une faible offre et une faible consommation de soins de médecine générale libérale. Pour autant, des contre-exemples existent dont en particulier celui des Ardennes, département dans lequel, malgré une densité inférieure à la moyenne régionale (-11 %), l'on enregistre un niveau de consommation légèrement plus élevé que dans l'ensemble du Grand Est (+6 %).

La relation est en revanche nettement plus nette pour les spécialités hors médecine générale et tout particulièrement marquée pour la psychiatrie.

Écarts entre les densités départementales d'offre de soins libéraux et la densité régionale et les niveaux départementaux de consommation de soins libéraux et la moyenne régionale

Médecine générale

	Densité	Consommation
Aube (10)	-21%	-13%
Meuse (55)	-15%	0%
Haute-Marne (52)	-13%	-3%
Moselle (57)	-12%	2%
Ardennes (08)	-11%	6%
Vosges (88)	-10%	-3%
Haut-Rhin (68)	-7%	-10%
Marne (51)	3%	0%
Meurthe-et-Moselle (54)	13%	7%
Bas-Rhin (67)	23%	4%

Toutes spécialités hors médecine générale

	Densité	Consommation
Haute-Marne (52)	-44%	-10%
Ardennes (08)	-43%	-21%
Meuse (55)	-38%	-12%
Vosges (88)	-38%	-12%
Aube (10)	-29%	-24%
Moselle (57)	-14%	2%
Marne (51)	-3%	-2%
Haut-Rhin (68)	1%	1%
Meurthe-et-Moselle (54)	19%	13%
Bas-Rhin (67)	47%	8%

Lecture : Les départements ont été classés par ordre croissant selon la densité de médecins, pour chaque spécialité considérée.

Pour la **première colonne (densité)**, un pourcentage nul correspond à une densité d'offre de soins libéraux équivalente à la moyenne du grand Est, un pourcentage positif à une densité supérieure à cette moyenne et un pourcentage négatif à une densité inférieure à cette moyenne. À titre d'exemple, la densité de gynécologues obstétricaux et médicaux libéraux dépasse de 53 % la moyenne Grand Est dans le Bas-Rhin, alors qu'elle se situe 38 % sous cette moyenne en Haute-Marne.

Pour la **deuxième colonne (consommation)**, un pourcentage nul correspond à une consommation (standardisée sur l'âge) de soins libéraux équivalente à la moyenne du grand Est, un pourcentage positif à une consommation supérieure à cette moyenne et un pourcentage négatif à une consommation inférieure à cette moyenne. À titre d'exemple, la consommation de soins libéraux de gynécologie-obstétrique et médicale dépasse de 3 % la moyenne Grand Est dans le Bas-Rhin, alors qu'elle se situe 45 % sous cette moyenne en Haute-Marne.

Cardiologie et maladies vasculaires

	Densité	Consommation
Haute-Marne (52)	-63%	-35%
Aube (10)	-39%	-53%
Meuse (55)	-37%	3%
Vosges (88)	-36%	-5%
Ardennes (08)	-33%	-34%
Marne (51)	-13%	-34%
Moselle (57)	-3%	15%
Haut-Rhin (68)	11%	5%
Meurthe-et-Moselle (54)	22%	33%
Bas-Rhin (67)	36%	6%

Ophtalmologie

	Densité	Consommation
Haute-Marne (52)	-50%	-3%
Ardennes (08)	-47%	-31%
Vosges (88)	-32%	-9%
Meuse (55)	-30%	-17%
Aube (10)	-22%	-4%
Moselle (57)	-16%	8%
Marne (51)	-8%	-18%
Haut-Rhin (68)	4%	1%
Meurthe-et-Moselle (54)	35%	7%
Bas-Rhin (67)	36%	11%

Psychiatrie

	Densité	Consommation
Haute-Marne (52)	-85%	-69%
Meuse (55)	-79%	-73%
Aube (10)	-60%	-41%
Ardennes (08)	-56%	-48%
Vosges (88)	-45%	-53%
Moselle (57)	-36%	-26%
Haut-Rhin (68)	-12%	-2%
Marne (51)	-5%	-5%
Meurthe-et-Moselle (54)	30%	8%
Bas-Rhin (67)	99%	79%

Radiodiagnostic

	Densité	Consommation
Ardennes (08)	-54%	-22%
Vosges (88)	-48%	-13%
Aube (10)	-37%	-23%
Haute-Marne (52)	-34%	-8%
Marne (51)	-4%	-5%
Meurthe-et-Moselle (54)	-1%	6%
Moselle (57)	1%	2%
Haut-Rhin (68)	3%	4%
Meuse (55)	12%	-20%
Bas-Rhin (67)	43%	14%

Gynécologie-obstétrique et médicale

	Densité	Consommation
Haute-Marne (52)	-38%	-45%
Ardennes (08)	-38%	-21%
Meuse (55)	-35%	-19%
Aube (10)	-24%	-77%
Moselle (57)	-18%	-9%
Vosges (88)	-11%	30%
Meurthe-et-Moselle (54)	-8%	-17%
Marne (51)	-1%	21%
Haut-Rhin (68)	4%	43%
Bas-Rhin (67)	53%	3%

☞ 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 pluri professionnels 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.

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.

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. [...]

Les données présentées ci-dessous sont issues de l'État des lieux du Projet régional de santé (PRS) réalisé par l'ARS Grand Est et les ORS Alsace et ORSAS Lorraine (données validées fin 2016).

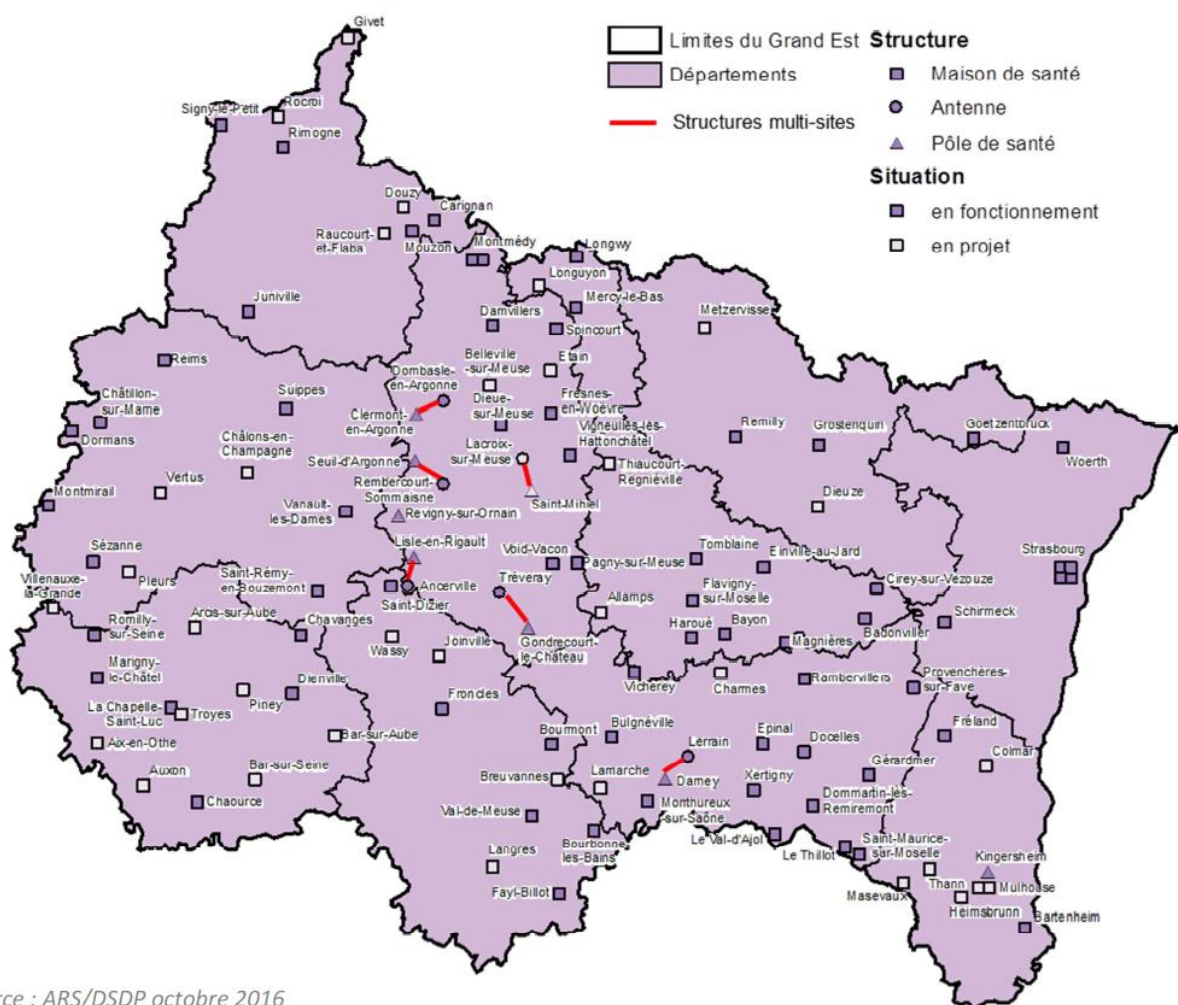
• **Les maisons et pôles de santé pluri professionnels**

En Grand Est, 66 maisons de santé pluri professionnelles (MSP) sont en fonctionnement¹⁷ [70 MSP sont en fonctionnement au dernier trimestre 2017] et 36 en projet¹⁸. La région compte également 7 pôles de santé auxquels s'ajoutent 5 antennes. Un pôle de santé et une antenne sont en projet.

Actuellement, 58 % des maisons de santé pluri professionnelles (MSP) sont situées en milieu rural au sens de l'Insee ; les projets de MSP sont plutôt en milieu urbain (70 %).

L'observatoire national des maisons et pôles de santé précise d'une équipe de professionnels de santé d'une MSP ou d'un pôle de santé en fonctionnement comprend environ 9,3 équivalents temps plein, dont 3,5 professionnels médicaux, 4,4 auxiliaires médicaux, 1 pharmacien et 1,4 personnels médico-administratifs et autres professionnels.

Maisons et pôles de santé pluriprofessionnels en Grand Est



Source : ARS/DSDP octobre 2016

Source : ARS Grand Est, État de santé de la population et état de l'offre de la région Grand Est, 5. Offre de santé, Avril 2017, p. 70.

¹⁷ Une MSP est en « fonctionnement », lorsqu'elle a obtenu l'agrément de l'ARS.

¹⁸ Une MSP est en « projet », lorsqu'une équipe de professionnels s'est manifestée auprès de l'ARS et dont le projet a été sélectionné pour être accompagné dans l'obtention de l'agrément.

- **Les centres de santé**

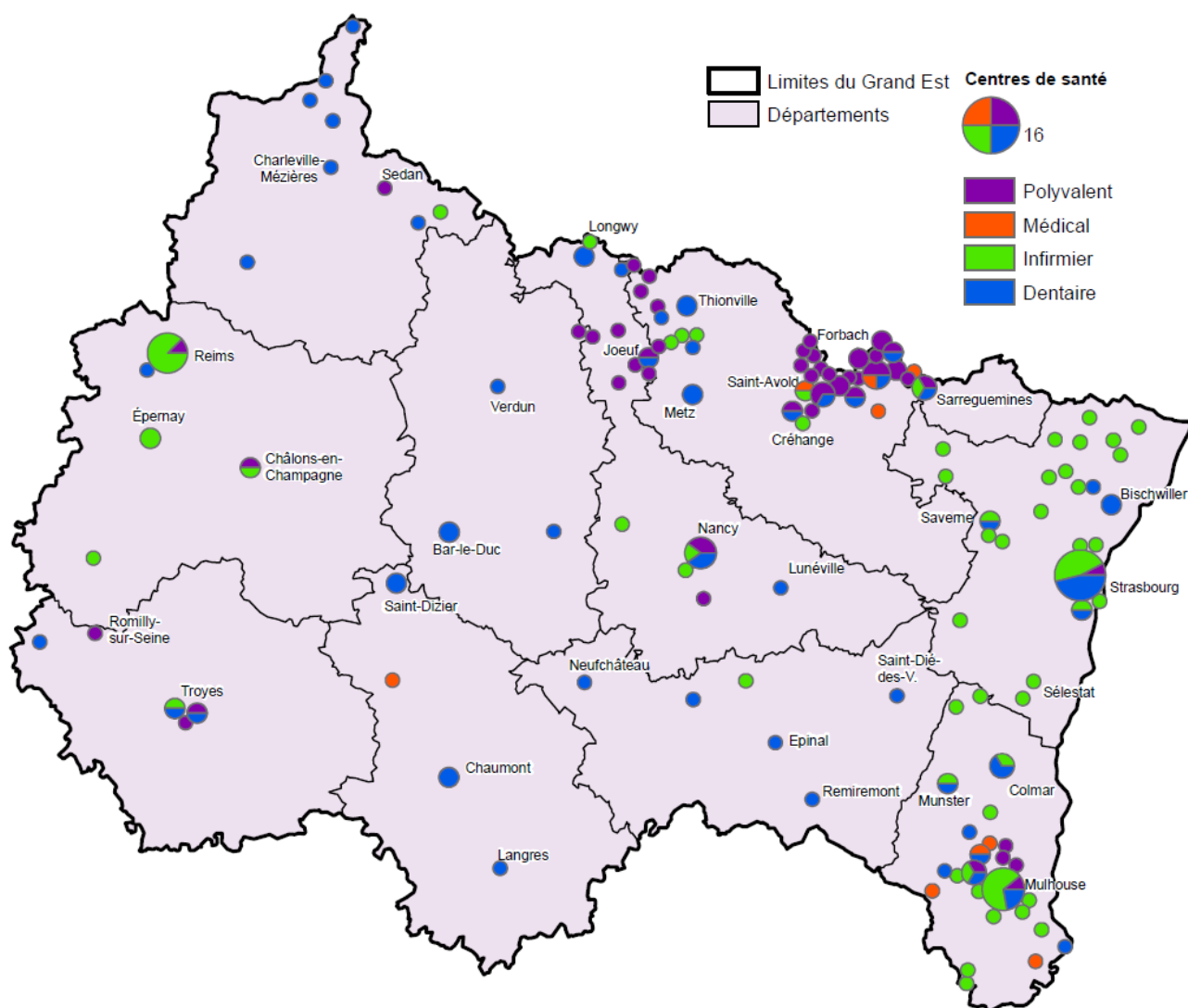
La région Grand Est compte au total 201 centres de santé dont :

- 32 % sont médicaux ou polyvalents,
- 36 % sont infirmiers,
- 32 % sont dentaires.

Ils sont à 90 % implantés dans une commune rurale au sens de l'Insee.

Selon le département, le nombre de centres de santé est très variable : de 6 en Haute-Marne et dans les Vosges à 56 en Moselle.

Centres de santé en Grand Est



Sources : ARS/DSDP, Finess au 16/11/2016

Source : ARS Grand Est, État de santé de la population et état de l'offre de la région Grand Est, 5. Offre de santé, Avril 2017, p. 71.

Analyse/recommandation de la CRSA

La CRSA relève qu'il faut également prendre en compte les indicateurs portant sur les masseurs kinésithérapeutes et les professions para médicales.

Objectif 11. Assurer financièrement l'accès aux soins

Le refus de soins revêt plusieurs dimensions, de nature plus ou moins objectivée et objectivable.

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. Néanmoins, en prenant l'attache de la cellule régionale de gestion du risque des CPAM du Grand Est, il a été possible de confirmer qu'un indicateur de suivi permet d'approcher cette dimension au sein des CPAM.

Au titre de l'année 2016, 35 bénéficiaires de l'ACS ou de la CMU 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.

Par ailleurs, la loi de modernisation du système de santé (décret N°2016-1009 du 21 juillet 2016, J.O. du 23-07-16) 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.

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.

Objectif 12. Assurer l'accès aux structures de prévention

☞ Taux de participation au dépistage organisé des cancers

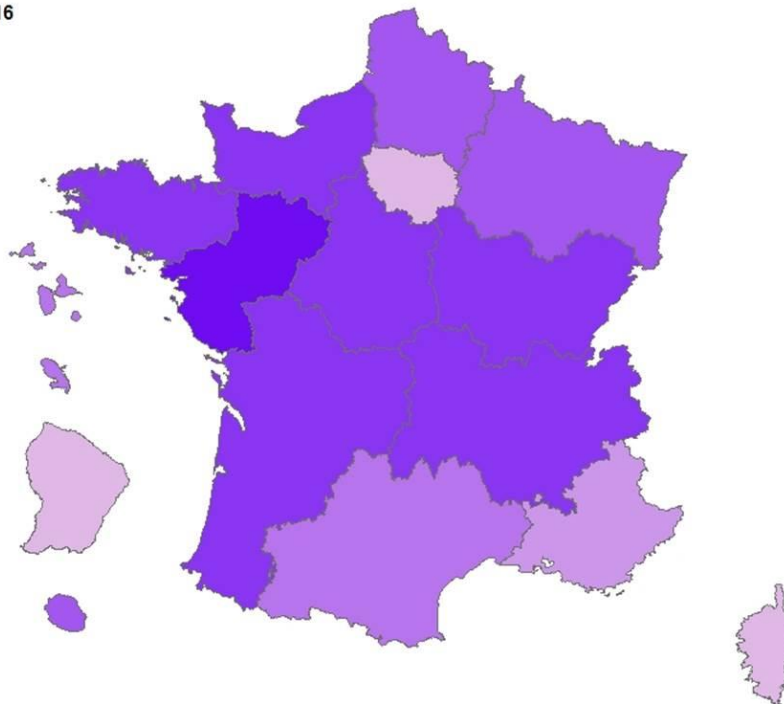
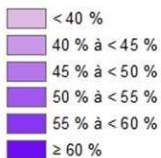
- Dépistage organisé du cancer du sein

Avec 443 546 femmes de 50 à 74 ans dépistées au cours des années 2015 et 2016, le Grand Est affiche un taux de participation au dépistage organisé du cancer du sein de 52,4 %. Ce taux est sensiblement supérieur à celui de la France entière (+ 1,3 point), mais inférieur aux préconisations européennes de 70 % pour être jugé efficace.

Dépistage organisé du cancer du sein : taux de participation régionaux standardisés (2015-2016)

Programme de dépistage organisé du cancer du sein Taux de participation régionaux standardisés 2015-2016 (population de référence : France 2009)

Taux de participation 2015-2016



Source : ©IGN-[GeoFLA]®, 2016 ;
©Santé publique France, 01/03/2017
Données issues des structures de gestion départementales du dépistage organisé du cancer du sein



Source : Santé Publique France, Participation au programme national de dépistage du cancer du sein, années 2015-2016, mars 2017.

Sur les dix départements de la région, trois départements de l'ante-région Lorraine, à savoir la Moselle, la Meurthe-et-Moselle et la Meuse, ont un taux de participation inférieur au taux national. Le taux de participation varie ainsi de 45,6 % pour la Moselle à 58,3 % pour la Marne.

**Dépistage organisé du cancer du sein :
taux brut de participation par département en Grand Est (2015-2016)**

	Taux brut de participation (%)
08- Ardennes	55,0%
10- Aube	53,8%
51- Marne	58,3%
52- Haute-Marne	57,5%
54- Meurthe-et-Moselle	50,1%
55- Meuse	50,7%
57- Moselle	45,6%
67- Bas-Rhin	54,3%
68- Haut-Rhin	53,9%
88- Vosges	54,2%
Grand-Est	52,4%
France entière	51,1%

Sources : Santé publique France - 07 mars 2017 - Données issues des structures départementales du dépistage organisé du cancer du sein.

- **Dépistage organisé du cancer colorectal**

Rappelons tout d'abord qu'en 2015, le test Hémocult® II a été remplacé par un test immunologique (OC Sensor®), plus sensible et plus facile d'utilisation. Aussi, les tableaux de participation présentés par Santé publique France font état de l'avertissement suivant lequel la période couverte (2015-2016) est une année désorganisée en termes de campagne d'invitation (coexistence de deux tests de dépistage, période d'invitation plus courte, invitations tardives). Néanmoins, les constats en termes de participation dans le Grand Est sont cohérents avec ce qui est observé depuis plusieurs années¹⁹.

Lors de la campagne 2015-2016, 498 345 personnes de 50 à 74 ans ont été dépistées dans le cadre du dépistage organisé du cancer colorectal.

Avec un taux de participation de 36,0 %, le Grand Est affiche une participation supérieure de 6,6 points à la France entière (29,4 %), mais qui reste insuffisante par rapport au seuil préconisé par le référentiel européen de 45 %. Le Grand Est se situe en 3^e position des régions les plus participantes, derrière les Pays de la Loire (38,4 %) et le Centre-Val-de-Loire (36,8 %).

¹⁹ Le document « État de santé de la population et état de l'offre de la région Grand Est. Vol.5 L'offre de santé » présente les taux de participation de la période 2013-2014 (voir p. 74).

De plus, le taux de participation est supérieur au taux national pour chacun des dix départements de la région ; il varie ainsi de 30,1 % en Moselle (pourtant département pilote de l'expérimentation) à 42,3 % dans le Haut-Rhin.

**Dépistage organisé du cancer colorectal :
taux brut de participation par département en Grand Est (2015-2016)**

	Taux brut de participation (%)
08- Ardennes	34,8%
10- Aube	34,0%
51- Marne	38,0%
52- Haute-Marne	31,5%
54- Meurthe-et-Moselle	35,8%
55- Meuse	33,2%
57- Moselle	30,1%
67- Bas-Rhin	39,4%
68- Haut-Rhin	42,3%
88- Vosges	36,6%
Grand-Est	36,0%
France entière	29,4%

Sources : Santé publique France - 07 février 2017 - Données issues des structures départementales du dépistage organisé du cancer colorectal.

• **Taux de participation par ante-régions du Grand Est**

Le document « La santé en actions » de l'ARS Grand Est précise l'hétérogénéité de la participation à l'échelle nationale aux dépistages organisés des cancers des 26 ante-régions, à savoir :

- l'Alsace (1^{er} et 7^e rang) et la Champagne-Ardenne (4^{er} et 6^e rang) se positionnent dans les 10 premières régions les plus participantes,
- tandis que la Lorraine (18^e et 19^e rang) fait partie des 10 dernières.

Taux de participation 2013-2014 aux dépistages organisés des cancer colorectal et cancer du sein par ante-régions du Grand Est

CANCER COLORECTAL		(INVS 2015)
FRANCE ENTIÈRE	29,8%	
ALSACE	43,8%	1 ^{er} rang
CHAMPAGNE-ARDENNE	36,6%	4 ^e rang
LORRAINE	31,7%	18 ^e rang

CANCER DU SEIN		(INVS 2015)
FRANCE ENTIÈRE	51,7%	
ALSACE	57,8%	7 ^e rang
CHAMPAGNE-ARDENNE	57,8%	6 ^e rang
LORRAINE	50,4%	19 ^e rang

Source : ARS Grand Est, La santé en actions, « Prévention et promotion de la santé en Alsace, Champagne-Ardenne et Lorraine », Actions 2015, p. 8.

Au sein du Grand Est, 11 structures de gestion des campagnes de dépistage sont déployées. Il existe une structure de gestion au sein de chacun des départements des ante-régions Lorraine et Champagne-Ardenne. Pour l'ante-région Alsace, trois structures de gestion organisent chacune un type de dépistage organisé (cancer du sein, cancer colorectal, cancer du col de l'utérus) à l'échelle des deux départements.

Exemple d'action soutenue par l'ARS Grand Est sur la thématique du dépistage organisé

ACTION : SENSIBILISER LES FEMMES EN SITUATION DE VULNÉRABILITÉ AU DÉPISTAGE DU CANCER DU SEIN

Dans le cadre du Contrat Local de Santé de l'Agglomération Forbach- Porte de France, l'AMODEMACES (Association Mosellane pour le Dépistage des Maladies Cancéreuses) en collaboration avec l'IREPS Lorraine (Instance Régionale d'Éducation et de Promotion de la Santé) a réalisé un support vidéo de sensibilisation du dépistage organisé du cancer du sein avec une dizaine de femmes issues de trois quartiers différents de la ville et les professionnels des structures sociales. Cette action vise à renforcer les connaissances des populations en situation de vulnérabilité en expliquant ce qu'est une mammographie et l'intérêt du dépistage du cancer du sein.



Source : ARS Grand Est, La santé en actions, « Prévention et promotion de la santé en Alsace, Champagne-Ardenne et Lorraine », Actions 2015, 24 p, p. 9.

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

Le calendrier simplifié 2017 des vaccinations diffusé par l'INPES rappelle que la vaccination contre le ROR est recommandée pour tous les enfants à l'âge de 12 mois avec une deuxième dose entre 16 et 18 mois.

Devant l'insuffisance de la couverture vaccinale en France et face à la réapparition d'épidémies, le ministère de la Santé a recommandé, en juillet 2017, d'**élargir l'obligation vaccinale à huit vaccins supplémentaires** chez les bébés de moins de deux ans (Coqueluche, Haemophilus influenzae b, Hépatite B, Méningocoque C, Pneumocoque, Rougeole, Oreillons, Rubéole).

Ces 8 vaccins, dont bénéficie déjà la grande majorité des enfants, deviendraient donc obligatoires en 2018 chez l'enfant de moins de deux ans, en plus des trois vaccins déjà obligatoires (Diphtérie, Tétanos, Poliomyélite).

Source : Site internet « Vaccination info service », <http://vaccination-info-service.fr/La-vaccination-au-cours-de-la-vie/Nourrissons-et-enfants-de-la-naissance-a-13-ans> [page consultée le 30/08/2017]

Les données présentées ci-dessous sont issues de l'État des lieux du Projet régional de santé (PRS) réalisé par l'ARS Grand Est et les ORS Alsace et ORSAS Lorraine (fin 2016).

La couverture vaccinale des enfants âgés de 24 mois est estimée par Santé publique France à partir des certificats du 24^e mois.

En 2014, la couverture vaccinale à 1 dose des enfants âgés de 24 mois contre la rougeole, la rubéole et les oreillons atteint 90,6 % en France. Malgré une légère hausse en 5 ans (+1,4 point), la couverture vaccinale à 1 dose est en dessous de l'objectif fixé à 95 % minimum par le plan national d'élimination de la rougeole et de la rubéole congénitale.

En Grand Est, aucun département n'atteint l'objectif fixé par le plan national. La couverture vaccinale à 1 dose varie selon les départements entre 86,6 % dans le Bas-Rhin et 94,0 % dans les Ardennes.

Concernant la couverture vaccinale à 2 doses, malgré une forte croissance (+15,9 points en 5 ans), elle reste insuffisante en France (76,8 % en 2014) par rapport au seuil de 80 % fixé par le plan national d'élimination de la rougeole et de la rubéole congénitale.

La couverture vaccinale à 2 doses varie fortement selon les départements du Grand Est : de 60,7 % en Moselle à 83,2 % dans les Ardennes. Les Ardennes et la Meurthe-et-Moselle sont les 2 départements de la région à dépasser l'objectif de 80 % pour 2 doses.

Taux de couverture vaccinale ROR (rougeole, oreillons, rubéole) (2014)

	Couverture vaccinale à 24 mois (%)	
	1 dose	2 doses
08- Ardennes	94,0%	83,2%
10- Aube	89,4%	73,1%
51- Marne	87,4%	78,8%
52- Haute-Marne	89,4%	68,9%
54- Meurthe-et-Moselle	92,0%	82,1%
55- Meuse	ND	ND
57- Moselle	90,6%	60,7%
67- Bas-Rhin	86,6%	75,3%
68- Haut-Rhin	91,6%	78,4%
88- Vosges	88,0%	75,7%
Grand-Est	ND	ND
France entière	90,6%	76,8%
Champagne-Ardenne	89,5%	77,1%
Lorraine	ND	ND
Alsace	87,0%	76,6%

Lecture : ND : non disponible.

Source : DREES, PMI, Certificats de santé du 24^e mois. Traitement : Santé publique France. 2014.

Source : ARS Grand Est, État de santé de la population et état de l'offre de la région Grand Est, 5. Offre de santé, Avril 2017, p. 78-81.

∞ 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 éléments (textes et illustrations) présentés ci-dessous sont directement repris de l'État des lieux du Projet régional de santé (PRS) réalisé par l'ARS Grand Est et les ORS Alsace et ORSAS Lorraine (fin 2016).

Tous les 6 ans, la Drees mène 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 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.

Évolution de l'indicateur de surcharge pondérale (y compris obésité) des enfants de 5 à 6 ans – 2000-2013

	1999-2000	2005-2006	2012-2013
France métropolitaine	18,3%	15,6%	15,4%
Champagne-Ardenne	15,8%	14,9%	15,6%
Lorraine	19,5%	18,0%	16,3%
Alsace	22,9%	20,1%	17,5%

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

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.

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

- L'enquête menée en 2000 classait l'Alsace en 1^{re} position des régions les plus touchées par la surcharge pondérale (y compris obésité) des enfants de grande section de maternelle. En 2012-2013, 17,5 % des élèves alsaciens de grande section de maternelle étaient en surcharge pondérale (y compris obésité), contre 20,1 % en 2005-2006 et 22,9 % en 1999-2000.
- La prévalence du surpoids (y compris obésité) en Lorraine a également baissé, passant de 19,5 % en 1999-2000 à 16,3 % en 2012-2013. L'Alsace et la Lorraine ne sont plus en tête des régions de France par rapport à la surcharge pondérale (y compris obésité) et sont désormais au niveau de la moyenne nationale (15,4 %).

- Pour la Champagne-Ardenne, la situation est également proche de la moyenne nationale (15,6 % d'enfants en surcharge pondérale y compris obésité) en 2012 et n'a pas évolué au cours de la période 2000-2013 (variant entre 14,9 % et 15,8 % selon les éditions d'enquête).

Les ante-régions Languedoc-Roussillon et Picardie sont désormais les deux régions qui conservent un fort taux de prévalence du surpoids et de l'obésité (respectivement 22,4 % et 19,6 %) pour les enfants de 5-6 ans, sans amélioration depuis 2000.

La problématique du surpoids et de l'obésité des Français et des habitants du Grand Est fait l'objet de nombreuses actions de santé publique, visant à une prise de conscience et une modification des habitudes de vie.

Dans le Grand Est, plusieurs actions ont été financées ou réalisées directement par l'ARS auprès de différents publics (élèves, patients atteints de maladies métaboliques, publics vulnérables...) sur la thématique de l'activité physique et de l'alimentation.

Par exemple, la délégation territoriale d'Alsace est engagée depuis 2015 dans une campagne de diffusion d'un plan de conviction sur l'inutilité de la collation matinale au sein des écoles maternelles et élémentaires de l'Académie de Strasbourg.

Cette action vise directement le public suivi dans le cadre de l'étude réalisée par la Drees.

En Champagne-Ardenne, le Réseau Sport Santé Bien Être (RSSBE) concourt à la coordination des acteurs professionnels autour des patients dans le cadre d'une éducation à l'activité physique adaptée et d'un accompagnement nutritionnel. Le réseau est porté par l'ARS, la DRDJSCS et le Conseil départemental.

Parmi d'autres actions phares, des appels à projets sur la thématique ont permis de financer 35 dossiers en Champagne-Ardenne et 17 dossiers en Lorraine.

Exemple d'action menée par l'ARS Grand Est sur la thématique « Activités physiques et alimentation »

ACTION : PLAN DE CONVICTION SUR L'INUTILITÉ DE LA COLLATION MATINALE

L'ARS souhaite favoriser l'équilibre alimentaire des jeunes alsaciens grâce à l'acquisition de bonnes habitudes alimentaires dès le plus jeune âge. En 2015, l'Agence a fait le choix d'une campagne de communication sur la prise du petit déjeuner et l'inutilité de la collation matinale :

- > entre mars et avril 2015, des supports d'information (plaquette, affiche, memento) ont été adressés aux pédiatres, médecins généralistes et maires de la région, avec la mobilisation des Conseils départementaux au travers de leurs services de Protection maternelle et infantile (PMI),
- > en septembre 2015, un dépliant et une affiche ont été diffusés aux parents d'élèves de primaire et à la communauté éducative d'Alsace.

Un album illustré « Le petit déjeuner de la victoire » a été diffusé à tous les élèves de CP de la région.

L'association des acteurs a créé une forte synergie, de la création des supports, en lien avec l'Éducation Nationale, à leur diffusion, via notamment l'Union Régionale des Médecins Libéraux pour les professionnels de santé, les Conseils départementaux pour les services de PMI et les écoles pour les parents d'élèves.



Source : ARS Grand Est, La santé en actions, « Prévention et promotion de la santé en Alsace, Champagne-Ardenne et Lorraine », Actions 2015, 24 p, p. 12.

Analyse/recommandations de la CRSA (suite)

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).

Objectif 13. Réduire les 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**

« Les Contrats Locaux de Santé (CLS) constituent un outil de déclinaison locale des mesures et actions de la politique régionale de santé. Ce dispositif, animé par les ARS et la ou les collectivités territoriales porteuses du projet principalement implanté sur les territoires en difficultés des ex-régions permet d'élaborer des projets répondant à des besoins de santé locaux, autour de partenariats construits entre les Collectivités Locales, les services de l'État, les Conseil Départementaux, le Conseil Régional, les organismes d'assurance maladie, l'Éducation Nationale, et éventuellement d'autres partenaires.

« Ainsi, les objectifs des CLS recouvrent des thématiques prioritaires communes et cohérentes avec les axes et pathologies prioritaires des politiques régionales de santé, majoritairement orientées sur l'accès aux soins et aux droits. On constate des objectifs fortement orientés sur la prévention, et une thématique du premier recours plus particulièrement développée en zones rurales. Par ailleurs, il existe une forte hétérogénéité sur le périmètre des CLS (taille, orientations) et les partenariats engagés, du fait d'un lien fort des contenus de ces outils avec des dynamiques locales et la volonté des élus et des acteurs locaux. »

Source : Wavestone, « Projets Régionaux de Santé 2012-2016 Alsace, Champagne-Ardenne, Lorraine. Rapport d'évaluation », février 2017, p.30.

Le Grand Est compte 19 Contrats locaux de santé (CLS) en cours, 6 en Champagne-Ardenne, 10 en Lorraine et 3 en Alsace. À noter que les trois préfectures des ante-régions disposent d'un CLS. Par ailleurs, 10 des 19 CLS sont des contrats 2^e 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 2017)

DT 08 Ardennes

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

DT10 Aube

- CLS Romilly sur seine 2015-2017

DT 51 Marne

- CLS Reims 2013-2016 (*avenant au contrat pour reconduction en cours de signature*)
- CLS Vitry-le-François 2013-2016 (*avenant pour reconduction signé très prochainement*)

DT 52 Haute-Marne

- CLS Bassin de Joinville 2017-2019 (*signé le 31 janvier 2017*)

DT 54 Meurthe et Moselle

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

DT 55 Meuse

- CLS Centre Argonne 2016-2019 (2^e génération en 2017 si reconduction par nouvelle CC suite Loi Notre)
- CLS Pôle d'Equilibre Territorial et Rural (PETR) 2014-2017 (2^e génération en 2017 si reconduction par nouvelle CC suite Loi Notre)
- CLS Communauté de Communes du Pays de Stenay 2014 2017 (2^e génération en 2017 si reconduction par nouvelle CC suite Loi Notre)
- CLS Communauté de Communes du Val d'Ornois 2016-2019 (2^e génération en 2017 si reconduction par nouvelle CC suite Loi Notre)

DT 57 Moselle

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

DT 88 Vosges

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

DT Alsace

- CLS Eurométropole 2015-2020 (2^e génération)
- CLS Ville de Strasbourg 2015-2020 (2^e génération)
- CLS Mulhouse 2015-2020 (2^e génération)

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

Exemple d'action soutenue par l'ARS Grand Est dans le cadre des CLS**ACTION : SANTÉ MENTALE ET QUALITÉ DE VIE
URBAINE : LE POINT ÉCOUTE JEUNES (PEJ) À REIMS**

Le PEJ a pour mission d'accueillir et d'écouter les jeunes (11 à 25 ans), leurs parents ou leurs proches et les personnes confrontées à la souffrance psychique des jeunes. Des réponses adaptées sont proposées par l'équipe, composée de deux psychologues cliniciennes à mi-temps (financées par la Ville de Reims et par l'ARS via l'EPSM de la Marne), deux éducateurs spécialisés et une assistante sociale. Le bilan d'activité réalisé après une année de fonctionnement montre une rapide montée en charge du dispositif avec 140 permanences ouvertes, 82 jeunes et 9 parents seuls ont été rencontrés et 206 entretiens réalisés.

Les principales difficultés psychiques rencontrées sont les troubles de type anxiété et dépression (45% des situations), les souffrances réactionnelles suite à un événement de vie difficile (18% des cas) et les troubles du comportement (17%).



Source : ARS Grand Est, La santé en actions, « Prévention et promotion de la santé en Alsace, Champagne-Ardenne et Lorraine », Actions 2015, 24 p, p. 21.

✎ 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.

☞ 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 constitués, 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).

Les données 2016 dépassent le seul cadre de l'article L1331-26 et portent plus généralement sur les arrêtés pris au titre des procédures de LHI-insalubrité.

En 2016, 155 procédures ont frappé 216 logements d'insalubrité en Grand Est. Les départements les plus touchés en termes de logements frappés d'insalubrité au titre du CSP sont la Marne (52 logements), la Meurthe-et-Moselle (45 logements) et la Meuse (45 logements).

Nombre de procédures d'insalubrité ou de saturnisme et nombre de logements frappés de procédure d'insalubrité ou de saturnisme par département du Grand Est

	Nombre de procédures d'insalubrité ou de saturnisme (avec SCHS*)	Nombre de logements concernés par une procédure d'insalubrité ou de saturnisme (avec SCHS)
08- Ardennes	6	9
10- Aube	3	3
51- Marne	35	52
52- Haute-Marne	2	2
54- Meurthe-et-Moselle	44	45
55- Meuse	22	45
57- Moselle	3	3
67- Bas-Rhin	20	27
68- Haut-Rhin	17	20
88- Vosges	3	10
Grand Est	155	216

* 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 santé publique, Service Santé environnement, 2016.

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

Les données n'ont pu être recueillies de façon homogène sur l'ensemble du Grand Est. Aussi, les intitulés des formations ou le nombre de participants aux formations assurées par les Collectifs Interassociatifs sur la Santé (CISS) des trois ante-régions ne sont pas présentés.

L'année 2016 a été une année charnière pour les CISS, non représentative d'une année habituelle, et a été consacrée à une mise à jour des contenus de formation.

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).

L'URAASS Grand Est, ou France Assos Santé Grand-Est, naît donc de la fusion des trois CISS des ante-régions Champagne-Ardenne, Lorraine et Alsace :

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 du CISS, <http://www.leciss.org/grand-est?plus> [page consultée le 30/08/2017]

Comme le précise la présentation de l'URAASS Grand Est, celle-ci a notamment en charge la formation des représentants des usagers.

La nouvelle formation dite généraliste « RU en Avant ! » remplace l'ancienne formation « RU l'essentiel » et n'est délivrée que depuis novembre 2016, dans la mesure où il s'agit de la formation obligatoire prévue par la loi de modernisation de notre système de santé. Le contenu de cette formation, travaillé en partenariat avec l'union nationale, répond à un cahier des charges défini par la

Direction générale de la santé (DGS) et les associations autorisées à la délivrer sont nommées par arrêté.

La formation s'inscrit dans un parcours de formation avec un socle commun de connaissances recommandé pour défendre l'usager dans le système de santé et des formations spécifiques à chaque mandat, car représenter les usagers en établissement de santé et en CRSA fait appel à des compétences, une dimension et des connaissances différentes.

D'une manière générale, les dispositifs d'information sur les formations dispensées par les CISS, nouvellement URAASS, sont multiples : information directe auprès des représentants des usagers identifiés, via les associations agréées santé, l'ARS, auprès des établissements, mais aussi sur le site internet de l'association...

Analyse/recommandation de la CRSA

La CRSA relève que la formation des usagers siégeant dans les instances du système de santé vise également le champ médico-social. La notion d'usagers-expert est évoquée.

La CRSA formule la recommandation suivante :

-Encourager des formes nouvelles de de représentations des usagers dans les organisations (autres formes que les CVS, CDU). Et ce tout en veillant à ce que les instances existantes fonctionnent bien.

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

Dans la mesure où l'année 2016 est une année de transition entre un fonctionnement en ante-région et l'installation de la CRSA Grand Est en septembre 2016, l'activité habituelle des CRSA a été perturbée.

Au titre de l'année 2016, chaque CRSA des ante-régions s'est réunie une fois.

Pendant cette année de transition, une structure de coordination rassemblant les trois présidents de CRSA et leurs vices présidents a été installée le 8 février 2016. Elle s'est réunie deux fois en 2016.

Au titre de l'année 2015, deux à trois réunions ont été organisées au sein de chaque ante-région. Le taux de participation global aux réunions est faible, puisqu'il dépasse la moitié des invités en Champagne-Ardenne (55 %) mais est inférieur à la moitié des invités dans les deux autres ante-régions (45 % en Lorraine et en Alsace).

Néanmoins, il convient de noter que le taux de participation des représentants des usagers est plutôt satisfaisant, car bien supérieur au taux de participation global. Deux tiers des représentants des usagers étaient présents aux réunions de la CRSA en Alsace (65 %) et en Lorraine (69 %), taux qui atteint 80 % en Champagne-Ardenne.

Nombre de réunions de la CRSA et taux de participation par ante-région (2015)

	Nombre de réunions	Taux de participation global	Taux de participation des représentants des usagers
Champagne-Ardenne	2	55,2%	80,0%
Lorraine	2	44,8%	68,7%
Alsace	3	45,0%	65,0%

Source : ARS Grand Est, secrétariat de la CRSA Grand Est. Données 2015.

Tout comme l'activité des CRSA des ante-régions, l'activité des Conférences de territoire (CT) a été perturbée par la mise en place des cinq nouveaux territoires de démocratie sanitaire (TDS), arrêtée au 27 octobre 2016, au sein de chacun desquels les conseils territoriaux de santé (CTS) constituent les nouvelles instances d'animation.

L'information relative à l'organisation des Conférences de territoire de l'ante-région Champagne-Ardenne en 2015 n'est pas disponible.

En Lorraine, chacune des Conférences de territoire s'est réunie en plénière une fois en 2015. La participation globale est très variable : elle est de 33 % en Moselle, 57 % dans les Vosges, 63 % en Meuse et 67 % en Meurthe et Moselle. En outre, la CT de Meuse a organisé un débat.

En Alsace, deux des quatre Conférences de territoire ont tenu une réunion plénière au cours de l'année 2015. La participation globale dans la Conférence de Territoire Strasbourg-Molsheim-Schirmeck était de 43 %, dans la Conférence de Territoire Thann-Mulhouse-Saint-Louis-Altkirch) de 49 %, soit moins de la moitié des représentants.

Annexes

Synthèse régionale 2015 des rapports annuels des CRUQPC (Commissions des Relations avec les Usagers et de la Qualité de la Prise en Charge (CRUQPC) des établissements de santé du Grand Est)

Voir document séparé

Textes de loi

- 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 2015 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 1^{er} juin 2016 relatif à la commission des usagers des établissements de santé.

80 [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](#)

10 mai 2012

JOURNAL OFFICIEL DE LA RÉPUBLIQUE FRANÇAISE

Texte 107 sur 308

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. 1^{er}. – 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 l'offre de soins,
F.-X. SELLERET*

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

*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'ENS, 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 SSIADI) ; - 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 CRUQPC pour lesquels il existe une formation pour les membres) ; Proportion d'établissements ayant une cotation A, B, C, etc. dans les rapports de certification HAS	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...Vdeipdf.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 Mobiquat 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 (DFC) Projets labellisés par les ARS sur les droits des usagers
		Sanitaire	Taux d'établissements où une structure 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)	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 (DFC) 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
		Médoco-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 académique); - 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) Ecart 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 représentants 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 (CICSS) 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

Décrets, arrêtés, circulaires

TEXTES GÉNÉRAUX

MINISTÈRE DES SOLIDARITÉS, DE LA SANTÉ ET DE LA FAMILLE

Décret n° 2015-213 du 2 mars 2015 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,

Décète :

Art. 1^{er}. – Au chapitre II du titre I^{er} du livre I^{er} 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-hôpitaux 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

Décrets, arrêtés, circulaires

TEXTES GÉNÉRAUX

MINISTÈRE DES AFFAIRES SOCIALES ET DE LA SANTÉ

Décret n° 2016-726 du 1^{er} 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,

Décète :

Art. 1^{er}. – 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 1^{er} du livre 1^{er} 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 1^{er} juin 2016.

MANUEL VALLS

Par le Premier ministre :

*La ministre des affaires sociales
et de la santé,
MARISOL TOURAINE*

Méthode Note relative à la consommation de soins libéraux dans les départements du Grand Est

→ Résultats décrits au sein de l'objectif 10 : « Assurer l'accès aux professionnels de santé libéraux »

Les niveaux départementaux de consommation de soins libéraux ont été calculés à partir des données de consommation de l'année 2016 exprimées en montants remboursables (base de remboursement) des assurés et ayants-droit du régime général domiciliés dans le Grand Est, selon :

- leur département de résidence,
- leur âge (moins de 5 ans, 5 à 9 ans, 10 à 14 ans, ..., 80 à 85 ans, 85 ans ou plus),
- la spécialité consultée (médecine générale, ensemble des autres spécialités, cardiologie et maladies vasculaires, ophtalmologie, psychiatrie, radiodiagnostic, gynécologie obstétrique et médicale).

Ces données ont été spécifiquement extraites par la Direction de la coordination de la gestion du risque Grand Est (DCGDR) pour la réalisation de ce travail.

À partir de ces données, un indice comparatif de consommation (standardisation indirecte sur l'âge) a été calculé pour chaque département et spécialité. Cet indice comparatif de consommation est le rapport entre le niveau de consommation de soins observé dans le département et le niveau de consommation de soins attendu. Ce dernier chiffre est obtenu en appliquant à la population du département (population couverte) les taux de consommations du Grand Est par âge et sexe. En d'autres termes, le niveau de consommation de soins attendu correspond au niveau de soins que l'on observerait dans le département si la consommation de soins tranche d'âge par tranche d'âge était identique à celle observée dans l'ensemble du Grand Est.

Lorsque l'indice comparatif de consommation est supérieur à 100, la consommation du département est supérieure à la moyenne régionale, indépendamment de la structure par âge du département en question. Un indice de 100 correspond à une consommation équivalente à la moyenne régionale et un indice inférieur à 100 à une consommation inférieure à la moyenne régionale (toujours indépendamment de la structure par âge du département en question).

Pour simplifier la lecture, nous avons dans le tableau de résultats, représenté les écarts à la moyenne Grand Est et non pas les valeurs des indices comparatifs de consommation. À titre d'exemple, concernant la médecine générale, le département de la Haute-Marne enregistre un Indice comparatif de consommation de 97, soit une consommation standardisée sur l'âge inférieure de 3 % à la moyenne du Grand Est. C'est donc la valeur -3 % qui figure dans le tableau.

Concernant les montants remboursables, ont été prises en compte pour la médecine générale les consultations cotées C et les visites cotées V. Pour les autres spécialités, ont été pris en compte les consultations et actes techniques qui sont à l'origine de l'essentiel des remboursements pour la spécialité concernée. Plus précisément, ont été retenus pour :

- les « autres » spécialités (ensemble des spécialités hors médecine générale) : les consultations cotées C, actes techniques médicaux (hors imagerie) CCAM, actes d'imagerie (hors échographie), consultations cotées en CS, actes d'échographie CCAM, actes de chirurgie CCAM, visites cotées V, consultations des spécialistes cotées C2, actes d'anesthésie CCAM, consultations cotées CNP, actes de radiologie mammographie dépistage, actes de radiologie mammographie, consultations spécifiques cardiologie, actes de spécialité en K et actes d'obstétrique CCAM ;

- *la radiologie : les actes d'imagerie (hors échographie) CCAM, actes d'échographie CCAM, actes de radiologie mammographies dépistage, actes de radiologie mammographie, actes techniques médicaux (hors imagerie) CCAM, consultations des spécialistes ;*
- *la cardiologie : les actes d'échographie CCAM, actes techniques médicaux (hors imagerie) CCAM, actes d'imagerie (hors échographie) CCAM, consultations spécifiques cardiologie, consultations des spécialistes cotées C2, consultations cotées CS, actes de chirurgie CCAM et consultations cotées C ;*
- *la gynécologie : les actes d'échographie CCAM, consultations cotées CS, actes techniques médicaux (hors imagerie) CCAM, actes d'obstétrique CCAM, actes de chirurgie CCAM, consultations des spécialistes cotées C2, consultations cotées C, actes d'imagerie (hors échographie) CCAM.*
- *l'ophtalmologie : les actes techniques médicaux (hors imagerie) CCAM, consultations cotées CS, majorations de coordination spécialistes, actes d'imagerie (hors échographie) CCAM, actes de chirurgie CCAM, actes d'échographie CCAM, consultations des spécialistes cotées C2, consultations cotées C.*
- *la psychiatrie : les consultations cotées CNP.*

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
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	Contrats Locaux de Santé
CSP	Code de la Santé Publique
CT	Conférence de Territoire
CTS	Conseil Territorial de Santé
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
DT	Délégation Territoriale
EHI	Enquête Habitat Indigne
EHPAD	Établissements d'Hébergement pour Personnes Âgées Dépendantes
HAS	Haute Autorité en Santé
IRDES	Institut de Recherche et Documentation en Économie de la Santé
INSEE	Institut National de la Statistique et des Études Économiques
GCS	Groupement de Coopération Sanitaire

GHT	Groupement Hospitalier de Territoire
HPST	Loi Hôpital, Patients, Santé et Territoires
INED	Institut National d'Études Démographiques
INPES	Institut National de Prévention et d'Éducation pour la Santé
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
MEP	Mode d'Exercice Particulier
MSA	Mutualité sociale agricole
MSP	Maison de Santé Pluri-professionnelle
NOTRe	Loi portant sur la Nouvelle Organisation Territoriale de la République
ONFV	Observatoire National de la Fin de Vie
ORS	Observatoire Régional de la Santé
ORSAS	Observatoire Régional de la Santé et des Affaires Sociales
PDCA	(sous processus) Prévoir, Faire, Évaluer, Mettre en œuvre (traduction des termes anglais : Plan – Do – Check – Act)
PMI	Protection Maternelle et Infantile
PRS	Projet Régional de Santé
ROR	Rougeole-Oreillons-Rubéole
RPPS	Répertoire Partagé des Professionnels de Santé
RSSBE	Réseau Sport Santé Bien-Être
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
SIH	Syndicat inter-hospitalier
SNIIR-AM	Système National d'Information Inter-Régimes de l'Assurance Maladie
SPI	Soins Psychiatriques en cas de péril Imminent
TDS	Territoires de Démocratie Sanitaire
UE	Unités d'Enseignement
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



Conférence Régionale
de la Santé
et de l'Autonomie

Rapport annuel relatif au respect des droits des usagers du système de santé **2016**