



Conférence Régionale
de la Santé
et de l'Autonomie

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

2019

Données 2018

Rapport présenté et validé en séance plénière
de la CRSA le 3 décembre 2019



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

Sommaire

AVANT-PROPOS	5
Sources de données mobilisées	6
ORIENTATION 1 :	
PROMOUVOIR ET FAIRE RESPECTER LES DROITS DES USAGERS	9
Objectif 1. Former les professionnels de santé sur le respect des droits des usagers	9
Objectif 2. Rendre effectif le processus d'évaluation du respect des droits des usagers	11
Objectif 3. Droit au respect de la dignité de la personne – Promouvoir la bienveillance.....	22
Objectif 4. Droit au respect de la dignité de la personne – Prendre en charge la douleur.....	23
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	27
Objectif 6. Droit à l'information : permettre l'accès au dossier médical.....	28
Objectif 7. Assurer la scolarisation des enfants handicapés en milieu ordinaire ou adapté ..	30
Objectif 8. Droit des personnes détenues : assurer la confidentialité des données médicales et l'accès des personnes à leur dossier médical.....	31
Objectif 9. Santé mentale : veiller au bon fonctionnement des commissions départementales de soins psychiatriques (CDSP).....	32
ORIENTATION 2 :	
RENFORCER ET PRESERVER L'ACCES A LA SANTE POUR TOUS	33
Objectif 10. Assurer l'accès aux professionnels de santé libéraux	33
Objectif 11. Assurer financièrement l'accès aux soins	43
Objectif 12. Assurer l'accès aux structures de prévention.....	44
Objectif 13. Réduire les inégalités d'accès à la prévention, aux soins et à la prise en charge médico-sociale sur tous les territoires	51
ORIENTATION 3 :	
CONFORTER LA REPRESENTATION DES USAGERS DU SYSTEME DE SANTE	57
Objectif 14. Former les représentants d'usagers siégeant dans les instances du système de santé.....	57
ORIENTATION 4 :	
RENFORCER LA DEMOCRATIE SANITAIRE.....	61
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	61
AVIS ET RECOMMANDATIONS	63
ANNEXES.....	69
Synthèse régionale 2018 des rapports annuels des Commissions des Usagers (CDU) des établissements de santé du Grand Est.....	69
Règlementation	69
État sur le recueil des données du cahier des charges	78
Glossaire	81



Avant-propos

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

Ce rapport – établi selon le cahier des charges fixé par arrêté du 5 avril 2012¹ – est **le troisième de la CRSA Grand Est**.

À noter que le précédent rapport annuel, présenté à la CRSA en décembre 2018 sous le titre de « Rapport annuel 2017 » avait permis une observation plus dynamique de la situation en région, les services de l'ARS ayant fait le nécessaire pour recueillir les données relatives aux activités 2016 et 2017.

Portant sur **l'année 2018**, ou à défaut sur les dernières données disponibles², le présent rapport apporte une **4^{ème} année d'observation** des mesures concourant au respect des droits des usagers en Région Grand Est. Il couvre les champs ambulatoire, sanitaire et médico-social et se compose des quatre orientations suivantes :

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

Devant les constats de difficultés de recueil de certaines données et des modalités de production des rapports régionaux et nationaux, la Conférence nationale de la santé (CNS), en lien avec ses partenaires a conduit un travail de réflexion portant sur l'actualisation du cahier des charges pour le rapport sur les droits des usagers. Cette réflexion fait l'objet d'un avis³ de la CNS daté du 31/01/2019.

Cet avis pose notamment l'intérêt de disposer d'indicateurs régionaux produits à l'échelle nationale permettant de couvrir réellement l'ensemble du champ de la santé (par une approche populationnelle et par secteur concerné), de suivre les inégalités de santé et de compléter cette approche par une investigation de sujets qui revêtent une importance au niveau régional.

CRSA GRAND EST

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

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

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

Dr Jeanne MEYER
Présidente de la Commission
Spécialisée « Prévention » (CSP)

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

¹ L'arrêté est repris en annexe.

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

³ Avis du 31.01.19 portant sur « le cahier des charges pour le rapport sur les droits des usagers de la Conférence régionale de la santé et de l'autonomie (CRSA) », publié le 04/03/2019. <https://solidarites-sante.gouv.fr/ministere/acteurs/instances-rattachees/conference-nationale-de-sante/avis-et-recommandations/mandature-2015-2019-les-avis-voeux-adoptes/article/avis-du-31-01-19-portant-sur-le-cahier-des-charges-pour-le-rapport-sur-les>

Sources de données mobilisées

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

■ Les informations relatives au secteur ambulatoire

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

■ Les informations relatives au secteur médico-social

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

L'intérêt des données recueillies a conduit l'ARS à relancer cette enquête en 2019 pour disposer d'une observation annuelle, au même titre que pour le secteur sanitaire. Au cours du deuxième trimestre 2019, plus de 1 500 établissements et services médico-sociaux ont ainsi été invités à renseigner un questionnaire visant à décrire leur activité 2018 concernant le Conseil de vie social et les autres dimensions relatives aux droits des usagers.

Le taux de participation satisfaisant à cette enquête, proche de 50 % avec 728 réponses, ainsi que la qualité des données recueillies permettent la réalisation d'un document spécifique portant sur le respect des droits des usagers du secteur médico-social⁴.

■ Les données du secteur sanitaire

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

- La synthèse régionale 2019 des rapports des CDU

Au sein des établissements de santé publics, privés ainsi que les groupements de coopération sanitaire autorisés à assurer les missions d'un établissement de santé la Commission des usagers (CDU)⁵ veille au respect des droits des usagers, contribue à l'amélioration de la qualité de l'accueil des personnes malades et de leurs proches et de la prise en charge et facilite leurs démarches.

Au 1^{er} janvier 2018, 195 établissements de santé étaient recensés en Grand Est.

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

La synthèse 2018 s'appuie sur les rapports transmis par 188 établissements de santé, soit un taux de réponse de 96 %.

⁴ Un premier portrait a été réalisé en décembre 2018 à partir des données 2017, document diffusé sur la page internet de l'ARS Grand Est dédiée aux activités de la CRSA. Ce portrait sera actualisé à partir des données 2018 (en cours de finalisation).

⁵ La loi du 26 janvier 2016 de modernisation de notre système de santé complétée par le décret n°2016-726 du 1^{er} juin 2016 a institué la Commission des usagers (CDU) dans les établissements de santé. Elle remplace la commission des relations avec les usagers et pour la qualité de la prise en charge (CRUQ-PC).

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

Procédure d'évaluation externe des établissements de santé publics et privés, la certification effectuée par des professionnels mandatés par la HAS porte sur le niveau de prestations et de soins délivrés aux patients ainsi que sur la dynamique d'amélioration de la qualité et de la sécurité des soins. La certification s'appuie sur l'analyse de plusieurs thématiques, dont certaines sont obligatoires et communes à l'ensemble des établissements.

- **Le questionnaire e-satis**

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

- **L'offre de formation**

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

■ **Les autres données mobilisées**

- **Les populations spécifiques**

Les éléments portant sur la scolarisation des enfants handicapés (objectif 7) sont issus des données des trois Rectorats de la région académique Grand Est, ainsi que des données d'activités des 10 MDPH.

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

- **L'offre de soins**

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

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

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

- **Les dispositifs de prévention**

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

Les éléments relatifs à la déclinaison des Contrats locaux de santé en Grand Est sont régulièrement mis à jour sur le site de l'ARS et font l'objet d'un chapitre dans le rapport d'activité 2018 de l'Agence.

Enfin, le Département Santé-Environnement de l'ARS fournit annuellement le nombre de procédures d'insalubrité diligentées dans la région.

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

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

Orientation 1 : Promouvoir et faire respecter les droits des usagers

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

■ Secteur ambulatoire

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

■ Secteur sanitaire

Les trois antennes ante-régionales de l'Association nationale pour la formation permanente (ANFH) ont été sollicitées pour connaître les formations relatives aux droits des usagers dispensées en 2018. Il est ainsi possible de constater que près de 200 personnels hospitaliers ont participé à des sessions de formation couvrant des thématiques diverses.

Récapitulatif des formations dispensées en 2018

	Sessions	Participants
Droits et obligations du patient et de sa famille	1	8
Méthodologie et construction d'un projet de vie	2	17
Laïcité et fonction publique hospitalière	2	28 (<i>inscrits</i>)
Éthique et déontologie	2	20
Les directives anticipées	3	32
Prise en charge de la dépendance	4	39
Prise en charge des adolescents	1	9
Prise en charge et accompagnement des personnes en situation de vulnérabilité sociale	1	14 (<i>inscrits</i>)
Préparation et distribution des médicaments	2	24 (<i>inscrits</i>)
	18	191

Une journée thématique relative à l'éthique et la déontologie à l'hôpital a été organisée en Alsace, avec 89 personnes présentes.

Les référents formation au sein de l'ANFH précisent que les thèmes de formation sont différents selon les années. Une formation relative aux directives anticipées sera notamment proposée en 2020, de même que des formations sur le dossier médical du patient, la santé connectée, la relation soignant-soigné.

Le plan d'actions régional de l'ANFH est disponible en ligne : <http://www.anfh.fr/alsace/services-aux-etablissements/plan-d-actions-regional-grand-est-2020>

Il est précisé que ces éléments ne tiennent pas compte des formations directement proposées par les établissements de santé.

■ Secteur médico-social

Plus de neuf établissements et services médico-sociaux (ESMS) répondants sur dix déclarent que des personnels ont suivi au moins une formation relative aux droits des usagers au cours des trois dernières années.

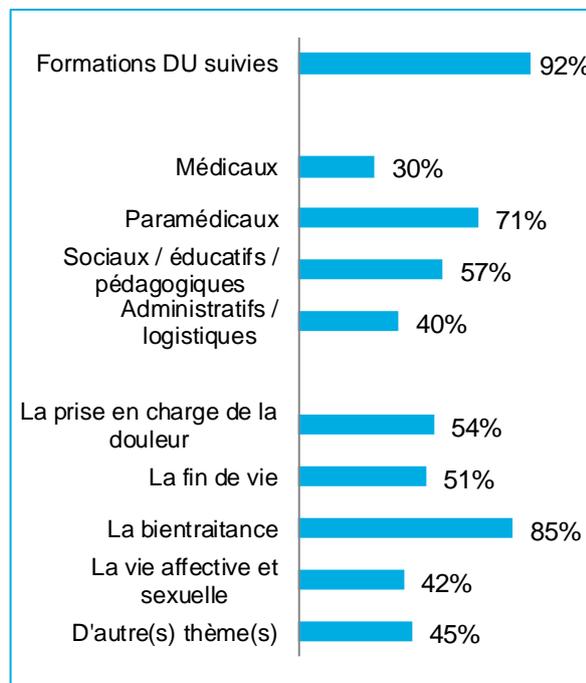
Il a été demandé aux répondants de l'enquête ESMS⁶ de préciser les formations relatives aux droits des usagers suivies par leurs professionnels au cours des trois dernières années (2016-2017-2018). Les éléments fournis portent à la fois sur les catégories de professionnels formés et sur les thèmes de formation.

Les personnels paramédicaux sont la catégorie de personnels ayant le plus souvent suivi une formation (71 %).

Le thème de formation le plus souvent abordé est celui de la bientraitance (85 % des ESMS et 92 % des ESMS pour lesquels des formations ont été suivies). Ce thème est transversal à l'ensemble des ESMS (entre 77 % et 91 %), quel que soit le public accueilli.

Les autres sujets sont différemment abordés selon la catégorie d'établissement / service. Ainsi, les établissements prenant en charge des personnes âgées traitent largement de la fin de vie (87 % des SSIAD et 84 % des EHPAD) ainsi que de la prise en charge de la douleur (70 % des SSIAD et 82 % des EHPAD). La thématique de la vie affective et sexuelle est quant à elle plutôt abordée en formation auprès des professionnels des établissements et services pour personnes handicapées (62 % des établissements et services adultes, 53 % des établissements et services enfants).

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



Source : ARS Grand Est, « Enquête sur le respect des droits des usagers du secteur médico-social (Année 2018) ». Exploitation : ORS Grand Est.

⁶ Voir avant-propos.

■ Secteur ambulatoire

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

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

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

• Nombre et nature des contentieux

Au cours de l'année 2018, l'ARS Grand-Est a été informée par les conseils régionaux de **l'ordre des médecins** de :

- **5 conflits avec des médecins experts** qui ont donné lieu à 3 condamnations (de l'avertissement à la suspension ferme pendant 3 mois),
- **17 plaintes pour des certificats qualifiés « de complaisance »** qui ont généré 3 avertissements, 2 blâmes et 1 suspension de 15 jours,
- **8 plaintes pour insuffisance professionnelle ou pathologique** qui ont abouti à la suspension temporaire ou à la radiation de 6 praticiens,
- **23 plaintes concernant une prise en charge du patient** ou un suivi défectueux ; ces plaintes ont abouti à 2 avertissements, 2 blâmes et 4 suspensions de quelques mois ; les autres plaintes ont fait l'objet d'un rejet par l'ordre ou d'un désistement de la part du patient,
- **5 atteintes à la réputation de la profession** qui ont toutes été sanctionnées (avertissements, blâme, suspension d'exercice pendant un mois avec sursis),
- **6 problèmes liés à des condamnations au pénal** qui ont généré dans 5 cas des condamnations s'étalant du blâme à l'interdiction d'exercice,
- **11 problèmes de confraternité** ayant engendré 2 avertissements, 3 blâmes, 1 interdiction de 3 mois avec sursis,
- **4 erreurs de diagnostic** ayant engendré 4 ordonnances de rejet de la plainte, le conseil de l'ordre n'étant pas compétent pour juger les erreurs de diagnostic,
- **6 problèmes de comportement du praticien** ayant généré un seul avertissement, les plaignants ne pouvant démontrer la réalité du motif de leur plainte,
- **20 autres plaintes difficilement classables.**

Une seule des 23 plaintes concernant un défaut de prise en charge (ressenti par le patient) porte sur un défaut d'information.

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

Mais, dans ce dernier cas, le Directeur général de l'ARS peut se substituer au patient pour porter plainte, afin qu'elle soit examinée.

Au cours de l'année 2018, l'ARS Grand-Est a également été informée par les conseils régionaux de **l'ordre des infirmiers** de 35 plaintes dont 20 ont été formulées par d'autres infirmiers pour des difficultés au sein de leur cabinet. Parmi les 15 plaintes provenant de patients ou de leurs familles, quatre seulement ont donné lieu à une sanction : 2 pour absence de continuité des soins, 1 pour insultes, 1 pour non-respect de l'intimité du patient.

- **Délai de traitement**

Les chambres disciplinaires de première instance des conseils de l'ordre des médecins en France⁷ ont traité leurs dossiers de l'année 2017, en moyenne, en 9 mois et 23 jours alors que l'article L4124-1 du code de la santé publique stipule que ces chambres doivent statuer dans un délai de six mois à compter du dépôt de la plainte.

En région Grand-Est, où les chambres disciplinaires de première instance n'ont fusionné qu'en 2019, les délais étaient de 7 mois et 22 jours pour l'ex-région Alsace, 3 mois pour la Champagne-Ardenne et 5 mois et 24 jours pour la Lorraine.

- **Appels**

Toutes les décisions de suspension, ferme ou avec sursis, font l'objet d'un appel systématique, dès lors que l'appel est suspensif en matière disciplinaire.

En appel, auprès du conseil national de l'ordre des médecins⁸,

- 39 % des décisions sont réformées,
- 15 % sont réformées, c'est-à-dire que la chambre disciplinaire nationale confirme l'analyse faite en première instance sur le manquement déontologique mais inflige une sanction plus ou moins sévère aux médecin(s). Dans 25 % des cas, c'est une sanction plus sévère qui a été prononcée,
- 32 % sont annulées pour vice de forme ou sur le fond, les juges d'appel considérant que l'analyse faite en première instance sur le manquement déontologique est erronée. Dans 46 % des cas, il a été estimé que les faits ne constituaient pas des manquements aux règles déontologiques. A l'inverse, dans 54 % des cas, il a été jugé que les faits soumis constituaient une ou des fautes déontologiques passibles de sanctions disciplinaires contrairement à ce qu'avaient estimé les premiers juges
- 14 % sont partiellement annulées, l'annulation partielle consistant à annuler la décision de versement par le plaignant de dommages et intérêts pour dépôt de plainte abusive.

⁷ Chambre disciplinaire nationale de l'Ordre des médecins, « Rapport annuel d'activité de la juridiction ordinaire 2017 », pp. 7-8.

⁸ Chambre disciplinaire nationale de l'Ordre des médecins, « Rapport annuel d'activité de la juridiction ordinaire 2017 », pp. 51 et suiv.

■ Secteur sanitaire

Au 1^{er} janvier 2018, 195 établissements de santé étaient recensés en Grand Est.

Parmi l'ensemble des établissements concernés, 188 ont remis leur rapport de Commission des usagers (CDU) à l'ARS pour l'activité 2018 dans un calendrier compatible avec la réalisation de la synthèse régionale des rapports CDU 2019, soit un taux de réponse de 96 %

Les éléments relatifs à l'activité des CDU en Grand Est portent sur les 191 CDU installées. La synthèse régionale des CDU fournit les précisions suivantes :

- Un établissement a installé plusieurs CDU, pour pallier la distance entre ses différents sites ;
- Parmi les CDU installées, 12 sont déclarées comme étant communes à plusieurs établissements.

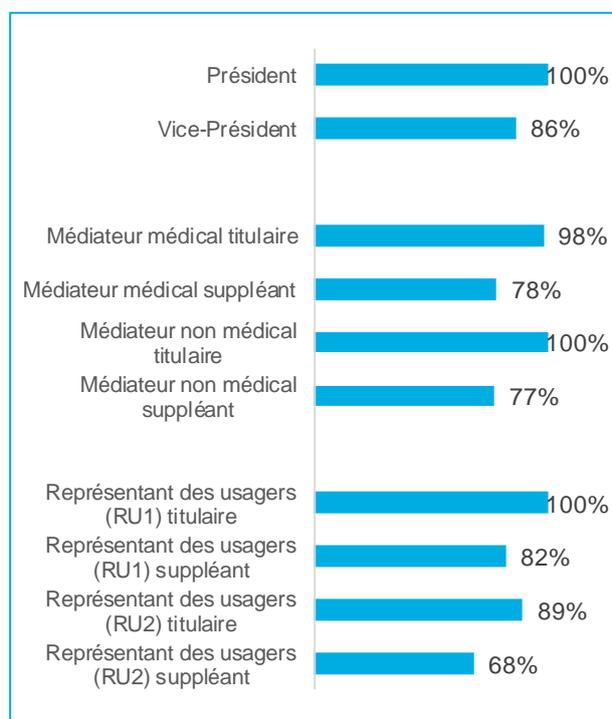
• Composition

Tous les postes de médiateurs titulaires médicaux et non médicaux sont pourvus (sauf respectivement 2 et 1 CDU).

Toutes les CDU comptent au moins un représentant des usagers titulaire et 89 % en comptent deux.

Enfin, près de sept CDU sur dix comprennent quatre représentants des usagers (titulaires et suppléants).

Proportion d'établissements de santé pour lesquels les membres obligatoires sont désignés en 2018



Source : ARS Grand Est, Synthèse régionale des rapports CDU, année 2018.

Article R 1112-81 du code de la santé publique

« La commission se compose au minimum de :

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

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

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

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

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

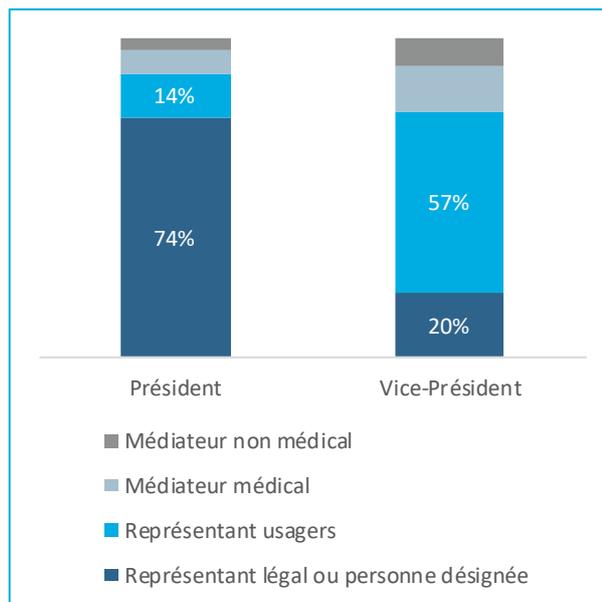
Art. R. 1112-84 du code de la santé publique

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

La présidence est majoritairement assurée par le représentant légal de l'établissement (74 %).

Dans 14 % des cas, la présidence a été confiée à un représentant des usagers, comme il est désormais permis par la loi de modernisation de notre système de santé, et dans 57 % des cas la vice-présidence.

Qualité des Présidents et Vice-Présidents des CDU en 2018

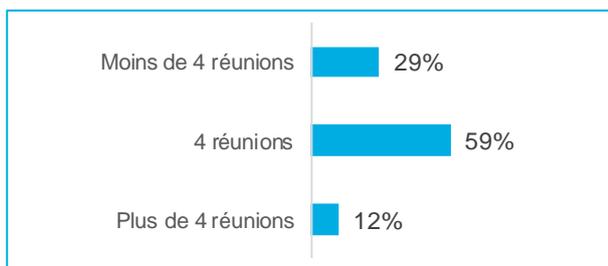


Source : ARS Grand Est, Synthèse régionale des rapports CDU, année 2018.

- **Réunions**

En réunissant la CDU 4 fois au moins au cours de l'année 2018, 71 % des établissements de santé ont respecté la réglementation (tendance stable par rapport à 2017).

Répartition des établissements de santé selon le nombre de réunions de la CDU en 2018



Source : ARS Grand Est, Synthèse régionale des CDU, année 2018.

Article R 1112-88 du code de la santé publique

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

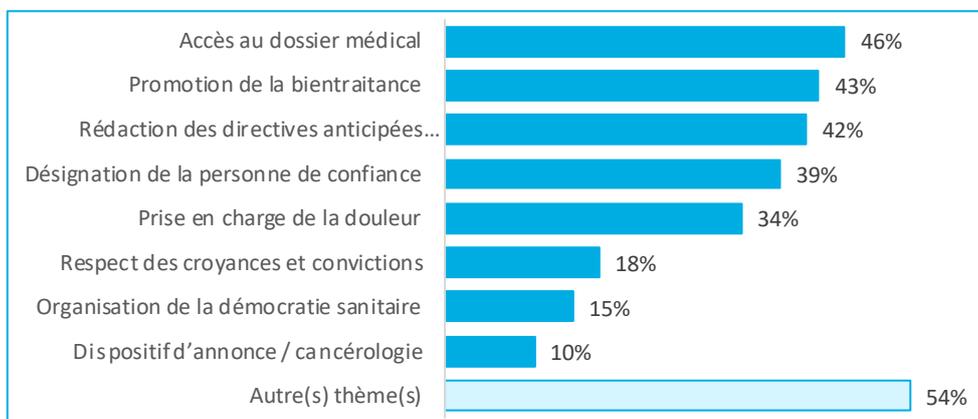
En 2018, 78 % des CDU ont formulé au moins une recommandation et parmi elles, 81 % déclarent que ces recommandations font l'objet d'un suivi et /ou d'un bilan.

- **Formation des membres**

Un tiers des établissements (34 %) a proposé des formations ou sensibilisations aux représentants des usagers de la CDU en 2018.

Près de la moitié des formations proposées en 2018 a porté sur l'accès au dossier médical. Sont également régulièrement proposées des formations relatives à la promotion de la bientraitance, à la rédaction des directives anticipées ou à la désignation de la personne de confiance.

Thèmes de formation proposés aux représentants des usagers de la CDU en 2018



Source : ARS Grand Est, Synthèse régionale des CDU, année 2018.

Par ailleurs, 64 % des CDU confirment que les RU ont participé à au moins une formation relative aux droits des usagers (formation assurée en dehors de l'établissement).

Près de trois quarts des établissements ayant connu de nouvelles désignations de représentants des usagers au sein de leur CDU ont déclaré que ces derniers avaient pu bénéficier de la formation de base obligatoire. Certains RU nommés en 2018 n'ont pas participé à cette formation obligatoire ; de manière très ponctuelle pour des difficultés d'accès à la formation, mais plus généralement parce que ces personnes ont déjà bénéficié de formations similaires au sein de leur association ou pour cause d'indisponibilités aux dates proposées.

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

Les établissements de santé sont à présent engagés dans la procédure V2014 de certification de la HAS⁹. Dans cette nouvelle version, la HAS procède selon une analyse par thématiques et non plus par critères.

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

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

Thématiques du tronc commun

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

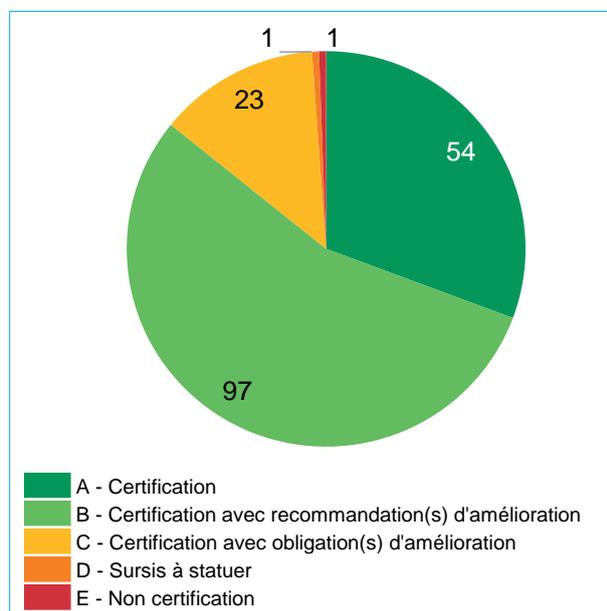
La HAS publie régulièrement les résultats de la certification V2014, sous la forme d'un baromètre de la certification¹⁰ ; les résultats du niveau de certification sont présentés aux niveaux national et régional.

Sur les 181 établissements inscrits dans la démarche, 176 ont eu un résultat de certification (soit 97 % des établissements de santé (ES) de la région).

Le reste des visites est prévu pour cette année. La totalité des ES du Grand Est auront donc une décision en lien avec la procédure de certification v2014 à la fin de l'année 2019.

Début mai 2019, 31 % des établissements étaient certifiés A et 55 % étaient certifiés B.

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



Source : Certification HAS V2014, mai 2019.
Exploitation : ARS Grand Est.

⁹ Le cahier des charges du présent rapport porte sur les critères définis dans la version V2010.

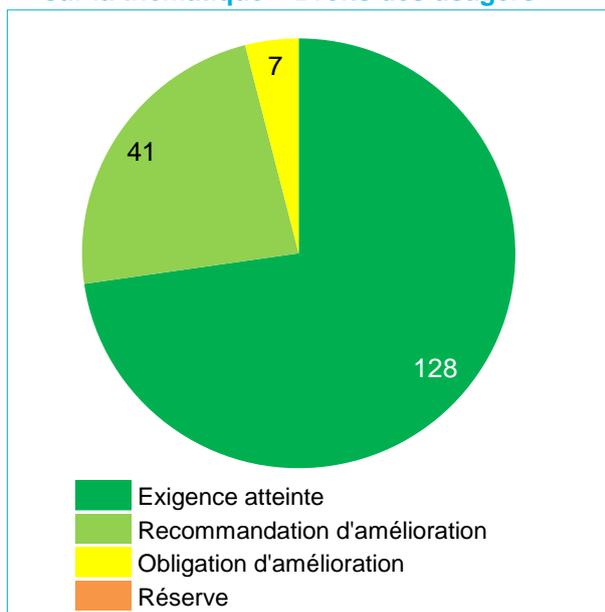
¹⁰ Source : https://www.has-sante.fr/portail/jcms/c_2820321/fr/barometre-de-la-certification-v2014 [page consultée le 20/05/2019, dernière mise à jour le 31/12/2018]

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

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

Sur les 176 établissements ayant reçu leur décision suite à la certification, 73 % répondent favorablement aux exigences de la HAS sur cette thématique, 23 % ont eu une recommandation d'amélioration et 4 % une obligation d'amélioration (soit 7 établissements)¹¹.

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



Source : Certification HAS V2014, mai 2019.
Exploitation : ARS Grand Est.

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

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

¹¹ Au niveau national, 2 218 établissements de santé sont certifiés (au 31/12/2018) : 78 % ont reçu la mention « Exigence atteinte », 19 % « Recommandation d'amélioration », 2 % « Obligation d'amélioration » et moins de 1 % « Réserve » (7 établissements).

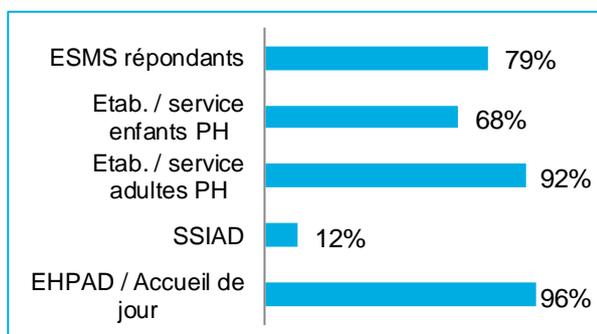
■ Secteur médico-social

Parmi les établissements et services médico-sociaux ayant répondu à l'enquête conduite par l'ARS, 79 % déclarent l'institution d'un conseil de la vie sociale (CVS) en 2018.

• Installation des Conseils de la vie sociale (CVS)

L'existence d'un CVS est très variable¹² selon le type de publics accompagnés. Cette instance est instituée dans presque tous les EHPAD (96 %) et une majorité des établissements et services adultes pour personnes handicapées (92 %). Deux tiers (68 %) des établissements et services enfants ont un CVS. Cette instance est marginale dans les SSIAD (12 %).

Proportion d'ESMS ayant un CVS institué



Source : ARS Grand Est, « Enquête sur le respect des droits des usagers du secteur médico-social (Année 2018) ». Exploitation : ORS Grand Est.

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

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

Le conseil de la vie sociale est obligatoire lorsque l'établissement ou le service assure un hébergement ou un accueil de jour continu ou une activité d'aide par le travail au sens du premier alinéa de l'article L. 344-2. Il n'est pas obligatoire lorsque l'établissement ou service accueille majoritairement des mineurs de moins de onze ans, des personnes relevant du dernier alinéa de l'article 6 et du III de l'article L. 312-1 du code de l'action sociale et des familles.

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

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

• Composition des CVS

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

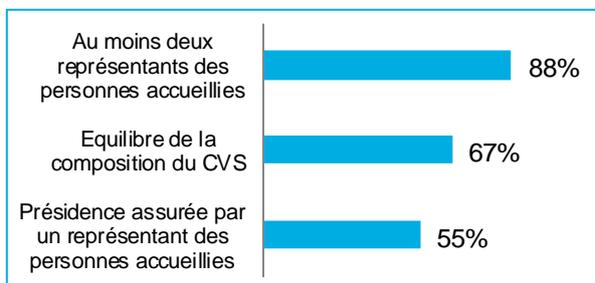
Composition des CVS par catégorie de représentants

	Nombre de CVS	%	Nombre moyen de membres
Représentants des personnes accueillies ou prises en charge	538	94%	4
Représentants des familles	544	95%	3
Représentants du personnel	557	97%	2
Représentants de l'organisme gestionnaire	562	98%	2
Autres représentants	282	49%	2
ESMS répondants	573	100%	12

Source : ARS Grand Est, « Enquête sur le respect des droits des usagers du secteur médico-social (Année 2018) ». Exploitation : ORS Grand Est.

¹² Voir en partie « Avant-propos » sur la nature de l'enquête.

- Neuf CVS sur dix respectent le critère d'au moins deux représentants des personnes accueillies ou prises en charge ;
- Deux CVS sur trois respectent l'équilibre de la composition (article D 311-5) en comprenant un nombre de représentants des personnes accueillies et des familles ou des représentants légaux supérieur à la moitié du nombre total des membres du conseil.



Source : ARS Grand Est, « Enquête sur le respect des droits des usagers du secteur médico-social (Année 2018) ». Exploitation : ORS Grand Est.

La présidence du CVS est assurée dans la majorité des cas par un représentant des personnes accueillies (55 %) et dans 36 % des cas par un représentant des familles ou des représentants légaux.

• Réunions

Au cours de l'année 2018, 23 % des CVS se sont réunis moins de trois fois, 60 % à trois occasions et 15 % plus de trois fois (2 % n'ont pas répondu à cette question).

Ainsi, trois quarts des CVS se sont conformés à la réglementation en se réunissant au moins à trois reprises au cours de l'année (proportion stable sur les trois dernières années).

Les réunions des différents CVS font l'objet d'un compte-rendu de séance. Dans 87 % des cas, les comptes rendus sont communiqués aux usagers et leurs familles.

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

« Le conseil de la vie sociale comprend au moins :

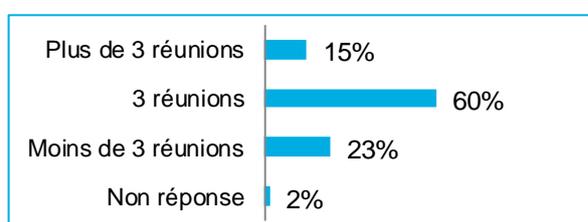
- 1° Deux représentants des personnes accueillies ou prises en charge ;
- 2° S'il y a lieu, un représentant des familles ou des représentants légaux ;
- 3° Un représentant du personnel ;
- 4° Un représentant de l'organisme gestionnaire.

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

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

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

Répartition des CVS selon le nombre de réunions en 2018

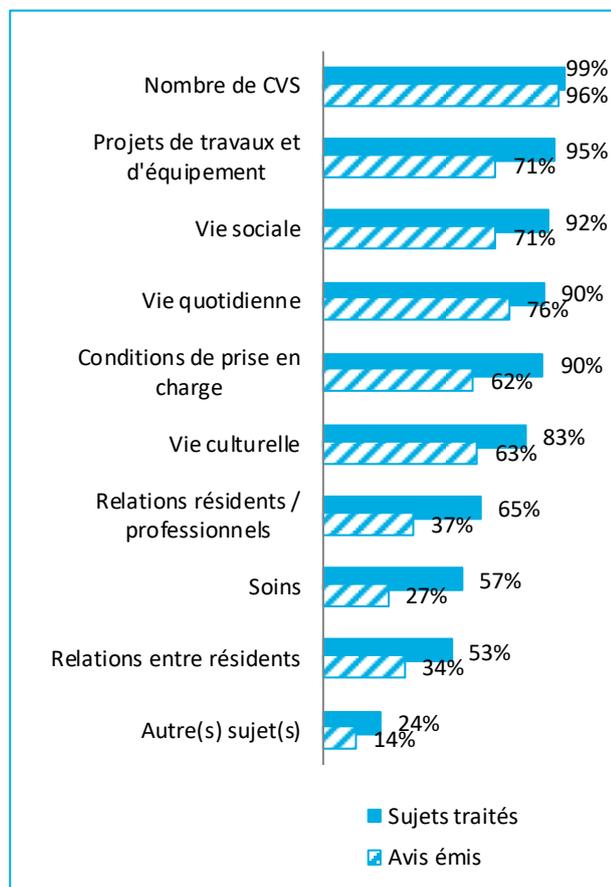


Source : ARS Grand Est, « Enquête sur le respect des droits des usagers du secteur médico-social (Année 2018) ». Exploitation : ORS Grand Est.

Les projets de travaux et d'équipement sont traités dans presque tous les CVS¹³ (95 %). Des sujets relevant de la vie sociale, de la vie quotidienne et des conditions de prise en charge sont également évoqués au sein de neuf CVS sur dix ou plus.

96 % des CVS émettent des avis¹⁴ sur les différents sujets traités. Les sujets relevant de la vie quotidienne au sein des établissements et services sont ceux qui suscitent le plus d'avis (76 % de l'ensemble des CVS).

Principaux sujets traités en CVS



Source : ARS Grand Est, « Enquête sur le respect des droits des usagers du secteur médico-social (Année 2018) ». Exploitation : ORS Grand Est.

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

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

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

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

• Formations des membres du CVS

Un quart des répondants (23 %) déclare que des formations sont proposées aux membres des CVS.

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

¹³ Quatre établissements n'ont pas répondu à cette question.

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

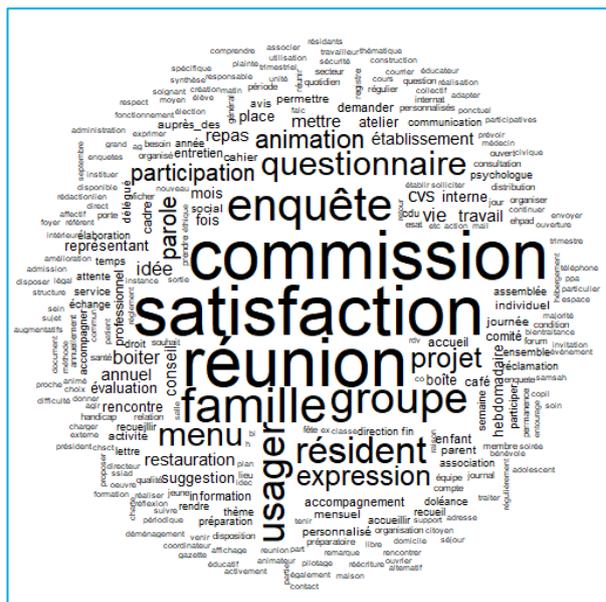
- **Autres formes de participation des usagers**

Les établissements et services médico-sociaux déclarent d'autres possibilités de consultation et de participation des usagers : c'est le cas de 81 % des 573 ESMS ayant un CVS et de 95 % des 155 ESMS sans CVS.

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

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

Principaux termes employés pour décrire les autres formes de participation des usagers

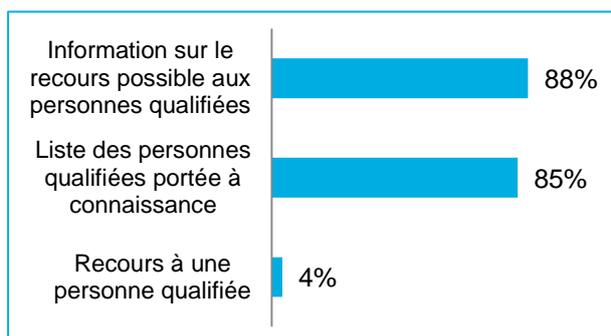


Source : ARS Grand Est, « Enquête sur le respect des droits des usagers du secteur médico-social (Année 2018) ». Exploitation : ORS Grand Est.

- **Les personnes qualifiées**

88 % des établissements ou services répondants précisent que les personnes accueillies sont informées de leur droit de faire appel à une personne qualifiée. Cette information est transmise par plusieurs canaux (livret d'accueil, affichage, au moment de l'admission ou dans le contrat d'accueil, sous d'autres formes).

Personnes qualifiées



Source : ARS Grand Est, « Enquête sur le respect des droits des usagers du secteur médico-social (Année 2018) ». Exploitation : ORS Grand Est.

La liste des personnes qualifiées est portée à la connaissance des usagers par voie d'affichage ou dans le livret d'accueil pour 85 % des ESMS.

Concernant l'année écoulée, 26 établissements ou services, soit 4 % des répondants, déclarent que des usagers ont eu recours à une personne qualifiée.

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

« Toute personne prise en charge par un établissement ou un service social ou médico-social ou son représentant légal peut faire appel, en vue de l'aider à faire valoir ses droits, à une personne qualifiée qu'elle choisit sur une liste établie conjointement par le représentant de l'Etat dans le département, le directeur général de l'agence régionale de santé et le président du conseil départemental. La personne qualifiée rend compte de ses interventions aux autorités chargées du contrôle des établissements ou services concernés, à l'intéressé ou à son représentant légal dans des conditions fixées par décret en Conseil d'Etat. »

Objectif 3.

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

■ Secteur ambulatoire

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

■ Secteur sanitaire

Des actions spécifiques visant à promouvoir la bientraitance ont été mises en place dans 93 % des établissements de santé en 2018 (tendance stable par rapport à 2017).

Ces actions font l'objet d'une évaluation dans 64 % des cas et celle-ci est présentée en CDU dans 51 % des cas, soit quatre cinquième des établissements pour lesquels une évaluation est réalisée.

■ Secteur médico-social

La quasi-totalité des établissements et services médico-sociaux (95 %) a mis en place des actions de promotion de la bientraitance.

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

Par ailleurs, 84 % déclarent des procédures de prise en charge des situations de maltraitance

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

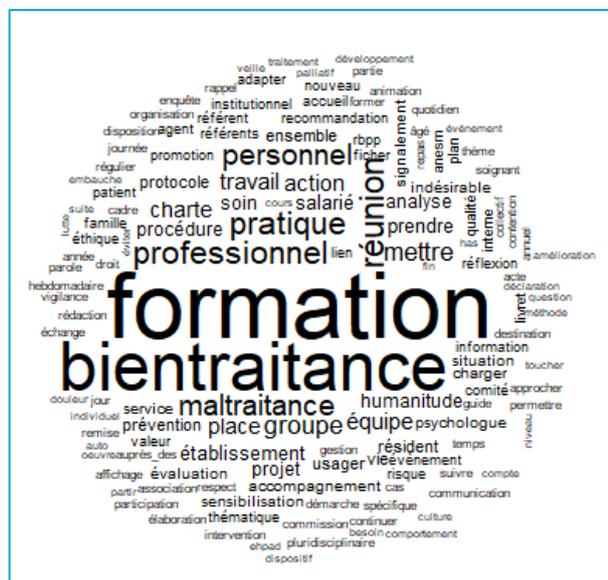
La promotion de la bientraitance est un enjeu majeur pour le système de santé aujourd'hui.

Elle favorise :

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

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

Principaux termes employés pour décrire les actions mises en œuvre



Source : ARS Grand Est, « Enquête sur le respect des droits des usagers du secteur médico-social (Année 2018) ». Exploitation : ORS Grand Est.

■ Secteur ambulatoire

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

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

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

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

En 2018, l'ensemble des établissements de santé déclare une procédure systématique d'évaluation et de prise en charge de la douleur au sein des services (l'information n'est pas disponible pour un établissement).

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

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

94 % des établissements déclarent remettre un questionnaire de satisfaction à leurs patients autre que le questionnaire e-Satis +48h (voir ci-après).

Article L1112-2 du code de la santé publique

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

Ce questionnaire est remis à l'entrée en hospitalisation (30 %) ou au moment de la sortie (31 %). Dans près de deux établissements sur dix, il est mis à disposition à l'accueil ou librement dans les services (18 %). Enfin, 15 % précisent d'autres modalités consistant souvent en une combinaison des modalités de réponses énoncées ci-avant.

Une aide au remplissage est proposée par 86 % des établissements (taux comparable aux années précédentes, de 88 % en 2017). Néanmoins, lorsque celle-ci n'est pas proposée, les commentaires précisent unanimement que celle-ci est proposée à l'oral, mais non formalisée par écrit sur le document remis.

Plusieurs modalités sont mises en place pour faciliter le retour des questionnaires : ainsi, ces questionnaires peuvent être remis au moment de la sortie (86 %), par voie postale (74 %), dans une boîte aux lettres dédiée (60 %) ou lors d'un entretien spécifique avec le personnel (35 %)...

Ce sont plus de 236 000 questionnaires qui ont été retournés auprès de 174 établissements de santé (soit une moyenne de 1 300 questionnaires par établissement), la part de questionnaires retournés est ainsi estimée à 28 %.

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

Questionnaire e-satis

Piloté par la HAS, le dispositif national e-Satis se décline en 2018 en deux enquêtes complémentaires visant à recueillir la satisfaction des patients pris en charge par les établissements de santé, d'une part, l'enquête « e-satis +48h MCO » et, d'autre part, l'enquête « e-Satis MCO CA ».

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

→ L'enquête « e-satis +48h MCO »

Le score *national* de satisfaction globale est de 73,3/100 (score stable par rapport à 2017, de 73,2/100).

L'enquête « e-satis +48h MCO »

Chaque patient hospitalisé plus de 48 heures dans une clinique ou un hôpital MCO (Médecine-chirurgie-obstétrique) peut donner son avis sur son hospitalisation à l'aide d'un questionnaire sécurisé en ligne. Le questionnaire comprend 63 questions de mesure de la satisfaction et de l'expérience qui permettent de détailler les différentes étapes du parcours du patient :

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

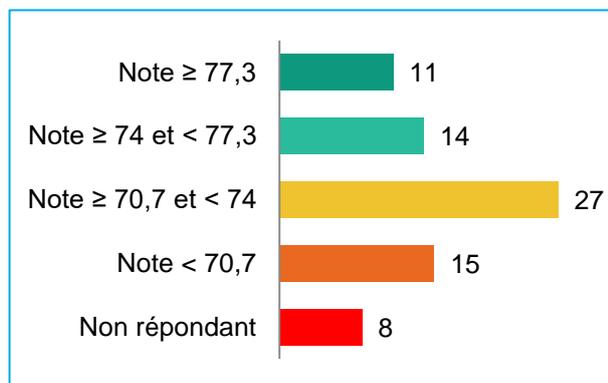
La 3^e campagne 2018 s'est déroulée de novembre 2018 à mi-octobre 2019.

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 29/04/2019]

Sur les 75 établissements de santé du Grand Est concernés par l'enquête e-Satis MCO, 11 se situent parmi les meilleurs établissements classés (classe A, note supérieure ou égale à 77,3/100), 14 sont classés B et 27 établissements sont classés C (classe incluant la moyenne nationale de 73,2/100). Enfin, 15 établissements de santé sont classés D (note inférieure à 70,7) et 8 sont considérés comme non-répondants¹⁵.

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

Répartition par niveau de satisfaction des patients hospitalisés dans des établissements de santé du Grand Est (campagne 2018)



Source : Scope santé, <https://www.scopesante.fr/?selected=region/> [site consulté le 29/04/2019]

¹⁵ En raison d'un nombre de questionnaires exploitable trop peu important sur la période de la campagne.

→ L'enquête « e-Satis MCO CA »

Le score *national* de satisfaction globale des patients admis pour une chirurgie ambulatoire est de 76,4/100.

Les étapes du parcours qui obtiennent les moins bons scores sont les résultats relatifs à l'organisation de la sortie et au retour à domicile (68,0/100), suivis de ceux afférents à la qualité de la chambre et de la collation (72,5).

L'enquête « e-Satis MCO CA »

Chaque patient ayant une chirurgie en ambulatoire dans une clinique ou un hôpital peut donner son avis sur son hospitalisation à l'aide d'un questionnaire sécurisé en ligne. Le questionnaire comprend 62 questions de mesure de la satisfaction et de l'expérience explorant les étapes suivantes du parcours du patient :

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

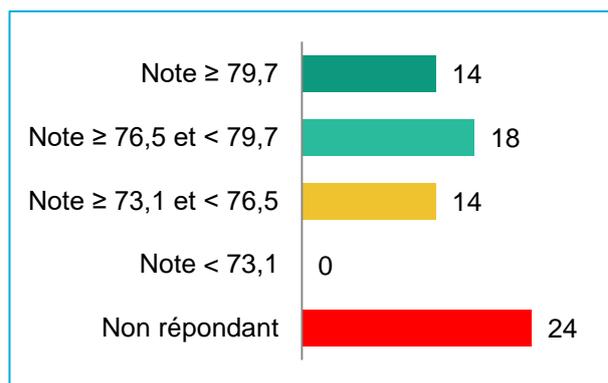
La 1^{ère} campagne nationale 2018 s'est déroulée de mai 2018 à mi-octobre 2018.

Source : https://www.has-sante.fr/portail/jcms/c_2887407/fr/mesure-de-la-satisfaction-et-de-l-experience-des-patients-hospitalises-pour-une-chirurgie-ambulatoire-e-satis-mcoca?cid=fc_1249992 [page consultée le 29/04/2019]

Sur les 70 établissements de santé du Grand Est concernés par l'enquête e-Satis Chirurgie Ambulatoire, 14 se situent parmi les meilleurs établissements classés (classe A, note supérieure ou égale à 79,7/100), 18 sont classés B et 14 établissements sont classés C (classe incluant la moyenne nationale de 76,4/100). Aucun établissement n'est classé D (note inférieure à 73,1). Pour cette première campagne, 24 établissements de santé sont considérés comme non-répondants¹⁶.

En Grand Est, 69 % des établissements de santé sont classés A ou B, soit une proportion supérieure à la moyenne nationale (51 %).

Répartition par niveau de satisfaction des patients admis pour une chirurgie ambulatoire dans des établissements de santé du Grand Est (campagne 2018)



Source : Scope santé, <https://www.scopesante.fr/?selected=region#/> [site consulté le 29/04/2019]

¹⁶ En raison d'un nombre de questionnaires exploitables trop peu important sur la période de la campagne.

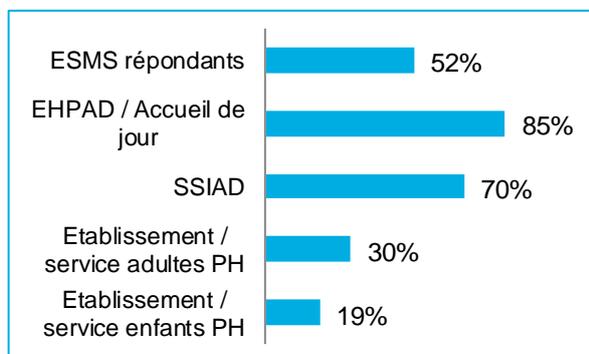
■ Secteur médico-social

Un peu plus de la moitié des ESMS (53 %) déclare l'existence d'une procédure systématique d'évaluation de la douleur dans leurs services.

Cette situation est très différente suivant le public accueilli.

Une procédure systématique d'évaluation de la douleur est mise en place dans 85 % des EHPAD et 70 % des SSIAD. Au sein du secteur personnes handicapées, l'existence d'une telle procédure systématique est plus marginale.

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



Source : ARS Grand Est, « Enquête sur le respect des droits des usagers du secteur médico-social (Année 2018) ». Exploitation : ORS Grand Est.

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

Satisfaction des usagers

Huit établissements et services sur dix (81 %) déclarent la mise en œuvre d'un questionnaire de satisfaction de leurs usagers.

Objectif 5.

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

■ Secteur ambulatoire

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

■ Secteur sanitaire

Presque tous les établissements déclarent avoir mis en place un formulaire spécifique de désignation de la personne de confiance (seuls deux établissements n'ont pas mis en place cette procédure).

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

Huit établissements sur dix ont mis en place un formulaire d'aide à la rédaction des directives anticipées (74 % en 2017). Le formulaire est remis de façon automatique dans la majorité des cas (en amont de l'hospitalisation, lors de l'admission, avec le livret d'accueil).

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

Des associations spécialisées dans l'accompagnement à la fin de vie interviennent au sein de 62 % des établissements de la région.

■ Secteur médico-social

Un tiers des ESMS (34 %) déclare l'organisation d'une procédure d'accompagnement des usagers à la rédaction des directives anticipées relatives à leurs conditions de fin de vie, 29 % n'ont pas de procédure d'accompagnement en place et 36 % se déclarent non concernés (1 % des ESMS n'a pas répondu).

Cette proportion atteint presque les deux tiers dans les EHPAD (65 %) et est inférieure à la moyenne pour les autres catégories d'ESMS, à savoir : 34 % dans les SSIAD, 20 % dans les services d'accueil d'adultes handicapés et 2 % dans les services d'accueil d'enfants et adolescents handicapés.

Il a été demandé aux ESMS de compléter cette information par la part d'usagers ayant rédigé des directives anticipées. Tous établissements confondus, moins de trois établissements sur dix ont pu apporter une réponse (28 %) et un quart indique un taux à 0.

À la connaissance des ESMS, la part des usagers ayant rédigé des directives anticipées est en moyenne de 26 %, proportion qui tombe à 14 % si l'on inclut les établissements pour lesquels aucun usager n'a rédigé de directives.

■ Secteur ambulatoire

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

■ Secteur sanitaire

• Les demandes d'accès au dossier patient

Tous les établissements, sauf un, ont déclaré disposer d'une procédure d'accès au dossier patient. L'information sur cette procédure est communiquée au patient par voie d'affichage ou dans le livret d'accueil (98 %), diffusée sur le site internet (30 %) ou encore disponible à l'accueil de l'établissement (10 %). Dans moins d'un cas sur dix, une permanence spécifique est proposée.

Un formulaire est disponible dans 80 % des établissements de santé.

En 2018, ce sont 19 636 demandes d'accès au dossier patient qui ont été déposées auprès de 157 établissements de santé régionaux (tendance stable, avec 19 601 demandes en 2017). Dans sept cas sur dix, la demande est déposée par le patient lui-même ; elle peut également émaner des ayants-droits (12 %), de tiers habilités (11 %). Enfin, 3 % des demandes sont irrecevables.

L'accès au dossier est possible sur place dans 95 % des établissements. Dans les établissements habilités à recevoir des hospitalisations sans consentement, une organisation est également prévue pour permettre l'accès au dossier.

Le délai moyen d'accès est de 7 jours pour un dossier médical de moins de 5 ans, délai passant à 14 jours pour un dossier médical de plus de 5 ans.

• Les plaintes et réclamations

L'ensemble des établissements de santé confirme la mise en place d'une procédure de recensement des réclamations.

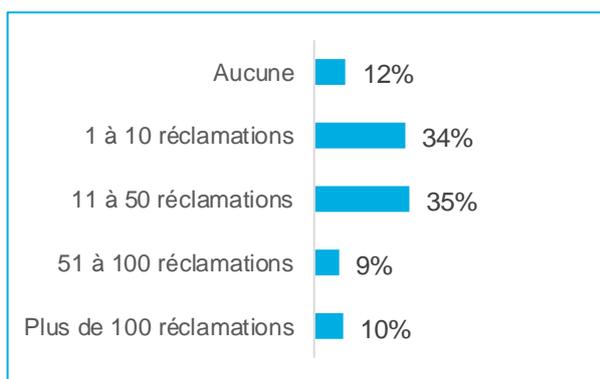
Réclamations

Au total, 6 430 réclamations ont été recensées au cours de l'année 2018 par 164 établissements, soit une moyenne de 39 réclamations par établissement.

Le nombre de plaintes est très variable selon les établissements. Un peu plus d'un établissement sur dix n'a enregistré aucune réclamation (contre 24 % des établissements en 2017). Environ deux tiers des établissements recensent moins de 50 réclamations. Enfin, un peu moins de deux établissements sur dix en recensent plus.

Les motifs de réclamations se répartissent de la même manière qu'en 2017, avec 39 % des réclamations relatives à la prise en charge médicale, 21 % à la prise en charge paramédicale, 20 % à la vie quotidienne et l'environnement et enfin 19 % à l'accueil et l'administration.

Répartition des établissements de santé suivant le nombre de réclamations recensées en 2018



Source : ARS Grand Est, Synthèse régionale des rapports CDU, année 2018.

Plaintes

En 2018, 78 établissements de santé ont été concernés par des plaintes. Ces plaintes ont été au nombre total de 897 (chiffre inférieur à 2017 avec 1 088 plaintes)

- 231 ont été précédées d'une procédure amiable (26 % des plaintes) ;
- 319 ont été enregistrées par la Commission de Conciliation et d'Indemnisation (CCI) (soit 36 %).

Le délai de réponse moyen des établissements aux plaintes est de 8,7 jours. Ce délai correspond au délai entre la réception de la plainte et l'envoi d'un courrier de réponse structuré ou d'une proposition d'entretien au plaignant soit d'un accusé de réception pour les cas de proposition de médiation.

Médiation

Au cours de l'année 2018, 734 plaintes ou réclamations ont été proposées à la médiation (réparties entre 87 établissements de santé). Parmi celles-ci, 543 ont été proposées à la médiation médicale et 288 à la médiation non médicale (une réclamation pouvant être proposée aux deux dispositifs de médiation). De plus, 68 médiations ont été réalisées en présence d'un représentant des usagers.

Le nombre de médiations réalisées en 2018, à savoir 734, est inférieur à celui de 2017 (912) ; 68 médiations ont été réalisées en présence d'un représentant des usagers.

■ Secteur médico-social

Sept établissements et services médico-sociaux sur dix (70 %) déclarent l'existence d'une procédure d'accès au dossier médical (68 % en 2017).

Sur les trois dernières années (2016-2017-2018), 50 établissements (soit moins d'un sur dix) ont enregistré au total 152 demandes d'accès au dossier, plaintes ou réclamations. Selon les établissements et les années, le nombre de plaintes varie de 1 à 26, soit une moyenne de 3 plaintes par établissement.

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

Cet indicateur vise à rendre compte de l'effectivité du principe de scolarisation en milieu ordinaire des enfants en situation de handicap, au plus proche de leur lieu de vie, tel que prévu par la loi n°2005-102 du 11 février 2005 pour l'égalité des droits et des chances, la participation et la citoyenneté des personnes handicapées qui est l'une des principales lois sur les droits des personnes handicapées, depuis celle de 1975¹⁷.

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

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

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

Les éléments présentés ci-après, qui émanent des trois Académies de la région Grand Est, ne répondent que partiellement à l'indicateur identifié. Ils correspondent au nombre d'élèves en situation de handicap effectivement scolarisés en milieu ordinaire et ne tiennent pas compte des élèves scolarisés au sein des unités d'enseignements des établissements de santé et établissements médico-sociaux.

Le dénominateur devrait être produit à partir des demandes déposées par les familles auprès des Maisons Départementales des Personnes Handicapées (MDPH) de chaque département. Sollicitées dans le cadre du précédent rapport, la plupart avait transmis le nombre de demandes d'orientation scolaire déposées au cours de l'année civile 2017. Néanmoins, il convient d'être vigilant sur la construction d'un ratio construit à partir de données issues de multiples structures, données pour lesquelles les temps de référence (années civiles / scolaires) et les modes de référencement des demandes peuvent différer.

Près de 24 000 élèves porteurs d'un handicap étaient scolarisés en milieu ordinaire dans les Académies du Grand Est en 2017/2018.

Il est ainsi possible de constater l'évolution du nombre d'enfants handicapés scolarisés entre les années 2017/2018 et 2015/2016 (données présentées dans le Rapport annuel 2016 de la CRSA).

Effectifs d'enfants en situation de handicap scolarisés en milieu ordinaire

Année scolaire	Reims	Nancy-Metz	Strasbourg	Grand Est
2018/2019	<i>n.d.</i>	11 406	7 327	<i>n.d.</i>
2017/2018	6 673	10 310	6 681	23 664
2015/2016	4 953	9 785	6 124	20 862

Note de lecture : « n.d. » : non disponible

Sources : Rectorats des trois Académies du Grand Est.

¹⁷ Loi n°75-534 du 30 juin 1975 d'orientation en faveur des personnes handicapées.

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

En effet, ce point posait traditionnellement problème. Tel n'est plus le cas désormais.

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

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

■ Les extractions médicales de personnes détenues

Afin de compléter l'indicateur suivi par le cahier des charges national, une enquête réalisée en 2018 par les services de l'ARS dans le cadre du précédent rapport annuel de la CRSA avait permis d'établir que 74 % des extractions médicales étaient honorées, avec un taux de 97 % lorsqu'elles concernaient une prise en charge psychiatrique.

Une analyse des motifs de non extraction avait en outre été réalisée¹⁸.

■ La population détenue en Grand Est

Au 1^{er} janvier 2019, 6 080 personnes étaient détenues dans un des centres pénitentiaires du Grand Est. Parmi elles, 1 531 étaient des personnes prévenues et 4 549 des personnes condamnées.

Seule une maison d'arrêt accueille moins de détenus que sa capacité opérationnelle. À l'opposé, cinq des 11 maisons d'arrêt et 2 quartiers de maisons d'arrêt du Grand Est font état d'une surpopulation, à savoir qu'elles affichent une densité carcérale supérieure ou égale à 120 % de leur capacité opérationnelle.

Avec un taux de 107,9 %, la densité carcérale en Grand Est est moins critique qu'en moyenne sur le territoire national (116,5 %, Métropole et Outre-Mer).

Répartition des personnes détenues au sein des établissements pénitentiaires rattachés à la Direction interrégionale des Services Pénitentiaires de Strasbourg (01/01/2019)

Type	Densité (%)
Maisons d'arrêt et quartiers MA	126,5
Capacité opérationnelle	2 861
Personnes écrouées détenues	3 618
Etablissements pour peine	88,8
Capacité opérationnelle	2 772
Personnes écrouées détenues	2 462
Etablissements en Grand Est	107,9
Capacité opérationnelle	5 633
Personnes écrouées détenues	6 080

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 2019.

¹⁸ Se reporter au rapport annuel 2017 de la CRSA Grand Est.

Objectif 9.

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

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

Néanmoins, lorsque le recueil de consentement n'est pas possible, le code de la santé publique organise les modalités d'admission en soins psychiatriques sans consentement. Elles sont prévues aux articles L3211-1 à L3251-6 et R3211-1 à R 3223-11. Celle-ci peut se faire :

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

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

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

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

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

Il ressort de ces rapports que 3 138 dossiers ont été examinés au cours de l'année 2018 par les 10 CDSP du Grand Est, l'activité étant toutefois très variable selon les CDSP concernées.

Le nombre médian de réunions s'établit à 4. Au cours de ces réunions, 33 plaintes et réclamations de patients hospitalisés ont été étudiées. En outre, les CDSP en Grand Est ont réalisé 32 visites au sein des 20 établissements ayant une autorisation de prise en charge en soins psychiatriques sans consentement.

Synthèse de l'activité des CDSP par département du Grand Est (2018)

	Réunions	Visites établissements	Dossiers examinés ¹	Plaintes et réclamations
08- Ardennes	1	1	138 SDDE + 24 SDRE	-
10- Aube	2	-	33 SDDE et 23 SDRE	-
51- Marne	3	3	86 SDDE et 55 SDRE	-
52- Haute-Marne	1	1	12 SDDE et 1 SDRE	-
54- Meurthe-et-Moselle	3	7	131	5
55- Meuse	5	3	168 SDDE + 37 SDRE	1
57- Moselle	7	4	1858 SDDE + 342 SDRE	10
67- Bas-Rhin	4	6	113	9
68- Haut-Rhin	4	4	96	8
88- Vosges	4	3	21	-

Source : ARS Grand Est, Direction Déléguée Affaires Juridiques – Département Soins psychiatriques. Activité 2018.

¹ : Selon les départements, il est possible de distinguer les dossiers selon le type de mesures (SDDE ou SDRE).

Orientation 2 :

Renforcer et préserver l'accès à la santé pour tous

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

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

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

Depuis la parution de ce cahier des charges, certains indicateurs habituellement utilisés pour apprécier l'accès aux professionnels de santé libéraux ont évolué. Le Guide d'application du cahier des charges du 5 avril 2012 (janvier 2013) a fait évoluer les indicateurs ciblés de la manière suivante :

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

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

La répartition des médecins libéraux entre secteur 1 (respect des tarifs conventionnels) et secteur 2 (honoraires fixés librement¹⁹) permet d'approcher de façon globale l'accès à une offre de soins aux tarifs opposables. Les données suivantes sont issues de l'annuaire santé, mis à disposition par l'Assurance Maladie sur la Plateforme ouverte des données publiques françaises (site : <http://data.gouv.fr/>).

En mai 2019, la région Grand Est compte 9 113 médecins libéraux en exercice. Parmi eux :

- 95 % des médecins généralistes exercent en secteur 1.
- 55 % des médecins spécialistes (hors médecine générale) exercent en secteur 1.

Bien que l'exercice en secteur 1 soit la norme pour les **médecins généralistes**, les données présentées dans le précédent rapport²⁰ rappelaient les différences existantes entre les départements de la région Grand Est. Ainsi, la proportion de médecins généralistes exerçant en secteur 2 varie au plus bas de 2 % en Meuse et en Moselle à 6 % dans le Bas-Rhin (situation au 31/12/2017).

Concernant les **médecins spécialistes hors médecine générale**, si un peu plus de la moitié d'entre eux exerce en secteur 1, cette proportion varie selon les départements de 44 % (Bas-Rhin) à 76 % (Haute-Marne, Meuse).

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

	Effectif	% secteur 1
Médecins généralistes	4 845	95%
Médecins spécialistes (hors MG)	4 268	55%
Médecins libéraux	9 113	77%

Source : CNAMTS, Système national des données de santé. Extraction au 16/05/2019.
Exploitation : ORS Grand Est.

Afin de limiter l'augmentation continue des dépassements d'honoraires pratiqués par les médecins exerçant en secteur 2, le Contrat d'accès aux soins(CAS)²¹ a été créé en 2012 et renouvelé dans le cadre de la convention médicale signée en 2016.

Parmi les médecins libéraux exerçant en secteur 2 en région Grand Est, 49 % ont adhéré au CAS.

¹⁹ Cette catégorie inclut également : (1) les professionnels non conventionnés et (2) les professionnels en secteur 1 avec droit permanent à dépasser, catégorie remplacée par le secteur 2. Voir arrêté du 5 juin 1980.

²⁰ Pour plus de détails, se reporter au Rapport annuel 2017 (pp. 55-56).

²¹ Le CAS a été remplacé au 1^{er} janvier 2017 par 2 options : l'option pratique tarifaire maîtrisée (Optam) et l'option pratique tarifaire maîtrisée-chirurgie et obstétrique (Optam-CO).

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

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

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

Plus complet que l'indicateur de densité précédemment étudié, l'indicateur d'accessibilité potentielle localisée (APL) est celui retenu pour aider à la détermination des zones sous denses. Le calcul de l'indicateur APL intègre l'activité des médecins (en comptabilisant le nombre de consultations et de visites), la distance d'accès au praticien et les besoins de santé de la population (appréciée au regard de la structure par âge).

La méthodologie²² s'appuie sur un indicateur APL actualisé en 2017 (sources mobilisées : SNIIRAM 2015, CNAM-TS, Calculs DREES).

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

La carte régionale du zonage des médecins

Le zonage pour les médecins identifie trois catégories de zones (arrêté du 19 juin 2018, avec effet à compter du 1^{er} juillet 2018)²³ :

- les « **zones d'intervention prioritaire** » qui représentent les territoires caractérisés par un faible niveau d'accessibilité aux soins (moins de 2,5 consultations par habitant et par an) ainsi que les territoires potentiellement fragiles (entre 2,5 et 4 consultations par habitant et par an). Elles représentent 8,7 % de la population régionale, soit 483 000 habitants.
- les « **zones d'action complémentaire** », moins impactées par le manque de médecins, mais qui nécessitent de mettre en œuvre des moyens pour éviter que la situation ne se détériore. Elles représentent 50,7 % de la population régionale, soit 2 810 000 habitants.
- les « **zones hors vivier** » caractérisées par une offre de soins considérée comme satisfaisante (supérieure à 4 consultations par an et par habitant).

Ce zonage doit être révisé au moins tous les trois ans, afin de tenir compte des évolutions.

Le renouvellement des zonages pour les autres professions concernées

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

À ce jour, les travaux engagés avec les différents partenaires a permis d'aboutir à la définition des zonages pour les orthophonistes et les masseurs-kinésithérapeutes.

²² Arrêté du 13 novembre 2017 relatif à la méthodologie applicable à la profession de médecin pour la détermination des zones prévues au 1° de l'article L. 1434-4 du code de la santé publique.

²³ Arrêté ARS Grand Est n°2018-2113 du 19/06/2018 relatif à la détermination des zones caractérisées par une offre de soins insuffisante ou par des difficultés dans l'accès aux soins pour la profession de médecin. <https://www.grand-est.ars.sante.fr/lars-grand-est-arrete-le-nouveau-zonage-medecins>. La carte du zonage des médecins apparaît plus loin dans cet objectif, en lien avec l'implantation des MSP et des CPTS.

Orthophonistes

Cinq catégories de zones sont identifiées (arrêté avec effet à compter du 1^{er} octobre 2018)²⁴ :

- les **zones très sous dotées**, représentant 12,2 % de la population régionale (contre 12,8 % en France entière) ;
- les **zones sous dotées** (8,3 %) ;
- les **zones intermédiaires** (63,6 %) ;
- les **zones très dotées** (10,8 %) ;
- et les **zones sur dotées** (5,2 %).

Masseurs-kinésithérapeutes

Cinq catégories de zones sont identifiées (arrêté avec effet à compter du 18 février 2019)²⁵ :

- les zones très sous dotées, représentant 3,6 % de la population régionale (contre 6,8 % en France entière) ;
- les zones sous dotées (5,4 %) ;
- les zones intermédiaires (81,9 %) ;
- les zones très dotées (3,8 %) ;
- et les zones sur dotées (5,2 %).

• L'offre de soins de premier recours par département

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

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

Densité de professionnels de santé pour 10 000 habitants par département du Grand Est en 2017

	Médecins généralistes	Infirmiers	Masseurs-kinésithérapeutes	Chirurgiens-dentistes	Orthophonistes	Sages-femmes
08- Ardennes	8,2	13,8	8,8	4,0	28,1	1,0
10- Aube	7,0	9,8	7,5	4,3	18,4	1,5
51- Marne	9,1	8,7	7,7	4,9	20,1	1,4
52- Haute-Marne	8,4	11,7	5,1	3,5	10,6	1,2
54- Meurthe-et-Moselle	9,9	10,7	8,2	6,1	34,4	2,0
55- Meuse	7,8	11,8	5,7	3,4	23,1	1,5
57- Moselle	8,2	15,8	7,6	5,4	28,1	1,9
67- Bas-Rhin	11,0	13,6	13,5	7,4	35,3	1,8
68- Haut-Rhin	8,6	10,0	8,1	5,4	20,1	1,4
88- Vosges	8,4	10,6	6,8	4,7	22,0	1,8
Grand-Est	9,1	12,1	8,8	5,5	26,8	1,7
France entière	9,0	14,1	10,2	5,3	29,6	1,7
Minimum (/ dép. métrop)	6,0	4,5	4,4	2,9	9,1	0,7
Maximum (/ dép. métrop)	12,1	37,9	20,7	9,9	55,7	3,1

Source : CartoSanté (FNPS, INSEE), situation au 31/12/2017, <https://cartosante.atlasante.fr/#c=home> (les données pour la Mayotte ne sont pas disponibles en 2017). Exploitations : ORS Grand Est.

Les constats présentés dans le précédent rapport restent valables, avec notamment :

- Une densité de médecins généralistes supérieure à la moyenne nationale (9 praticiens pour 10 000 habitants) dans les trois départements d'implantation des facultés de médecine, à savoir la Marne, la Meurthe-et-Moselle et le Bas-Rhin,
- Quatre départements pour lesquels la situation est plus défavorable qu'en France entière pour l'ensemble des professionnels de premiers recours, concernant trois départements de l'ante-région Champagne-Ardenne (les Ardennes, l'Aube et la Haute-Marne) et un département de l'ante-région Lorraine (la Meuse).

²⁴ Arrêté ARS Grand Est n°2018-2992 du 21/09/2018 relatif à la détermination des zones caractérisées par une offre de soins insuffisante ou par des difficultés dans l'accès aux soins et des zones dans lesquelles l'offre et particulièrement élevée concernant la profession d'orthophoniste. Voir sur le site de l'ARS : <https://www.grand-est.ars.sante.fr/lars-grand-est-arrete-le-nouveau-zonage-des-orthophonistes-liberaux>

²⁵ Arrêté ARS Grand Est n°2019-0357 du 08/02/2019 relatif à la détermination des zones caractérisées par une offre de soins insuffisante ou par des difficultés dans l'accès aux soins pour la profession de masseur-kinésithérapeute. <https://www.grand-est.ars.sante.fr/masseurs-kines-nouveau-zonage-et-nouveaux-dispositifs>

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

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

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

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

Fin 2018, 128 maisons de santé pluriprofessionnelles (MSP) en fonctionnement sont recensées et plus de 80 sont en projets – tous stades d'avancement confondus – sur le territoire de la région Grand Est.

La carte ci-après donne une indication complémentaire des MSP installées et en projet en fonction du zonage des médecins arrêté.

Nombre de maisons de santé pluriprofessionnelles en fonctionnement en Grand Est

	MSP
08- Ardennes	9
10- Aube	10
51- Marne	12
52- Haute-Marne	7
54- Meurthe-et-Moselle	15
55- Meuse	28
57- Moselle	11
67- Bas-Rhin	5
68- Haut-Rhin	5
88- Vosges	24
Grand-Est	126

Source : ARS Grand Est, Direction des soins de proximité, mai 2019.

Article L6323-3 du Code de la santé publique

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

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

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

- **Les centres de santé**

Fin mai 2019, la base FINESS recense 204 centres de santé en région Grand Est. Les départements de la Moselle, du Bas-Rhin et du Haut-Rhin concentrent deux tiers de ces structures, ces trois départements enregistrant par ailleurs moins de MSP ouvertes.

Nombre de centres de santé en Grand Est

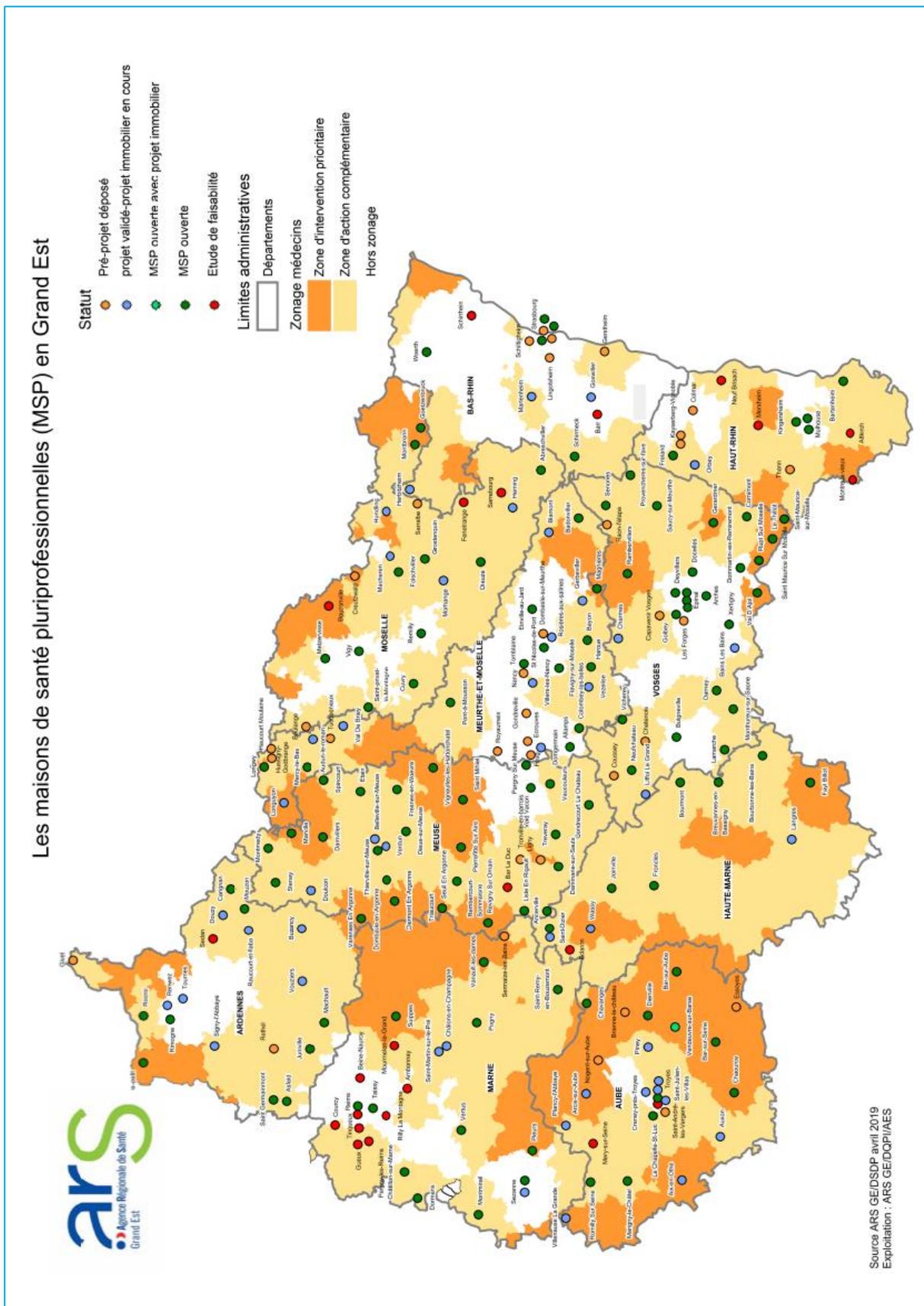
	Centres de santé
08- Ardennes	9
10- Aube	7
51- Marne	16
52- Haute-Marne	6
54- Meurthe-et-Moselle	17
55- Meuse	5
57- Moselle	56
67- Bas-Rhin	44
68- Haut-Rhin	38
88- Vosges	6
Grand-Est	204

Source : Base FINESS, extraction au 22/05/2019. Exploitation : ORS Grand Est

Article L6323-1 du Code de la santé publique

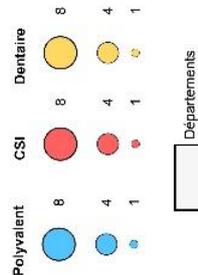
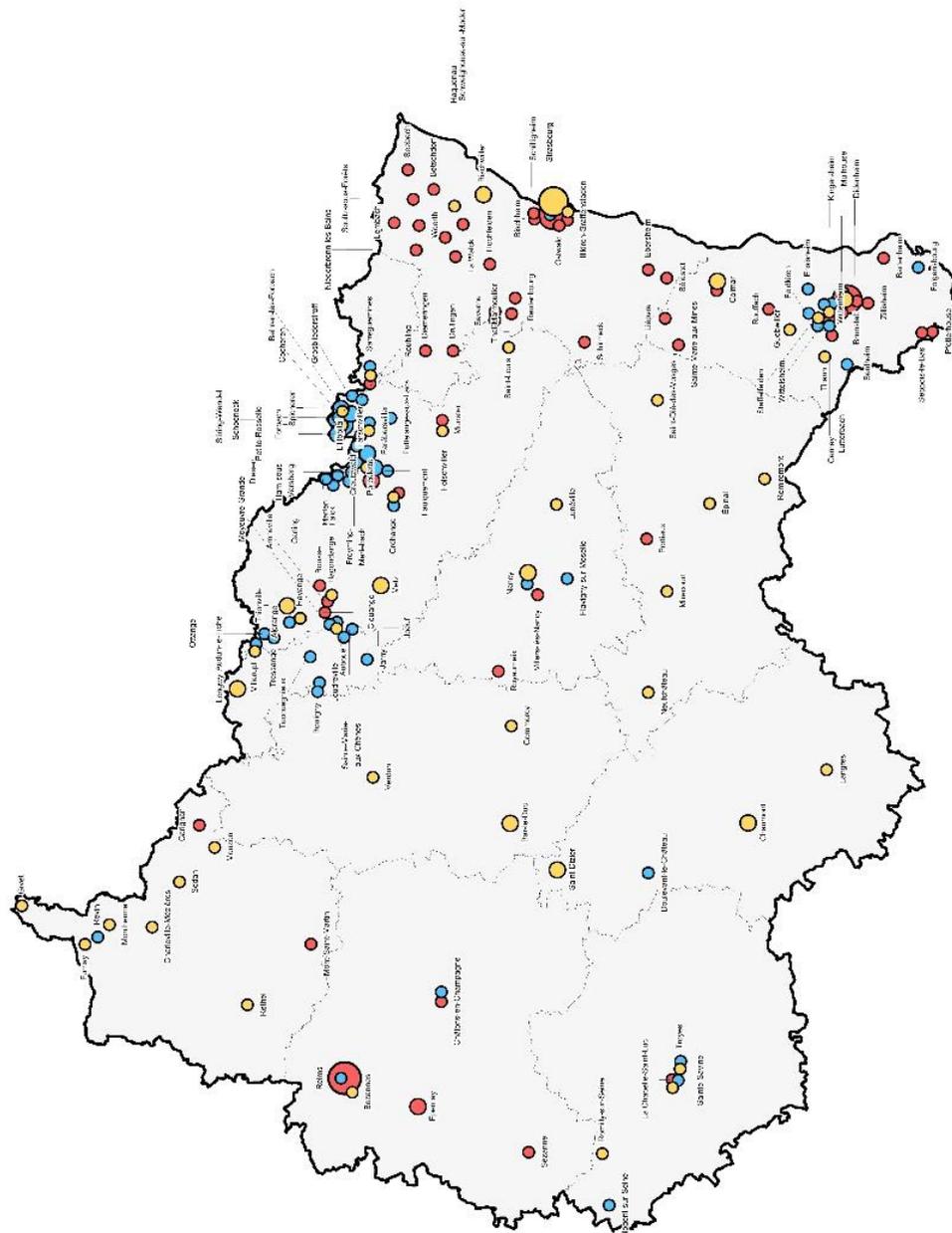
Les centres de santé sont des structures sanitaires de proximité, dispensant des soins de premier recours et, le cas échéant, de second recours et pratiquant à la fois des activités de prévention, de diagnostic et de soins, au sein du centre, sans hébergement, ou au domicile du patient. Ils assurent,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

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



Source : ARS Grand Est, avril 2019.

Centres de santé en Grand Est



Source : ARS Grand Est, DSDP - mars 2019
 Réalisation : ARS Grand Est, DOPI, AES - avril 2019

- **Les communautés professionnelles territoriales de santé**

Suivant la dynamique du plan « Ma santé 2022 », l'accord cadre interprofessionnel²⁶ signé le 10 octobre 2018 et paru au Journal Officiel le 7 avril 2019 fait de la généralisation de l'exercice coordonné la norme de l'organisation future des soins primaires. La coordination à l'échelle des territoires prend la forme de Communautés professionnelles territoriales de santé.

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

À ce jour en Grand Est, 33 projets de CPTS sont comptabilisés (voir cartographie ci-après), tous stades d'avancement confondus. Parmi ces projets, 4 sont en fonctionnement, 8 sont en cours de constitution, un a déposé sa lettre d'intention, et 20 autres projets sont identifiés en réflexion ou en intention.

Article L1434-12 du Code de la santé publique

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

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

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

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

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

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

En 2018, 83 bénéficiaires de la CMU-c ou de l'ACS ont sollicité le défenseur des droits d'une CPAM de la région Grand Est pour un dépassement facturé ou un refus d'application du tiers-payant.

Le nombre de sollicitations enregistré en 2018 est plus important que celui relevé l'année précédente. Le département de la Moselle enregistre ainsi 18 demandes alors qu'aucune demande n'avait été enregistrée en 2017. De plus, les départements du Bas-Rhin et du Haut-Rhin voient le nombre de demandes fortement augmenter sur ces deux années.

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

	Nombre de bénéficiaires concernés en 2018	Nombre de bénéficiaires concernés en 2017
08- Ardennes	-	-
10- Aube	1	2
51- Marne	8	12
52- Haute-Marne	-	2
54- Meurthe-et-Moselle	-	-
55- Meuse	2	-
57- Moselle	18	-
67- Bas-Rhin	40	25
68- Haut-Rhin	14	7
88- Vosges	-	-
Grand-Est	83	48

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

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

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

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

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

■ Le taux de participation aux dépistages organisés des cancers

La région Grand Est affiche un taux de participation 2017/2018 de 38,3 % pour le dépistage organisé du cancer colorectal et de 52,7 % pour le dépistage organisé du cancer du sein.

Dépistage organisé du cancer colorectal

Lors de la campagne 2017-2018, 539 100 personnes de 50 à 74 ans ont été dépistées dans le cadre du dépistage organisé du cancer colorectal. Avec **un taux de participation de 38,3 %**, la région Grand Est affiche une participation supérieure de 6,2 points à la France entière (32,1 %), mais qui reste insuffisante par rapport au seuil préconisé par le référentiel européen qui est de 45 %.

La région Grand Est se situe en 2^e position des régions les plus participantes, derrière les Pays de la Loire.

De plus, le taux de participation est supérieur au taux national pour chacun des dix départements de la région. Il varie néanmoins de 11,5 points entre les départements de la Haute-Marne (32,5 %) et du Haut-Rhin (44,0 %).

Dépistage organisé du cancer du sein

Avec 460 511 femmes de 50 à 74 ans dépistées au cours de la campagne 2017-2018, le Grand Est affiche un **taux de participation au dépistage organisé du cancer du sein de 52,7 %**. Ce taux est supérieur à celui de la France entière (+ 2,8 points), mais est inférieur aux préconisations européennes de 70 % pour être jugé efficace.

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

Au sein de la région, le taux de participation varie de 13,4 points entre les départements ; il est le plus faible en Moselle (45,9 %) et le plus élevé dans la Marne (59,3 %).

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

Taux standardisé de participation aux campagnes de dépistage organisé 2017-2018 par département du Grand Est

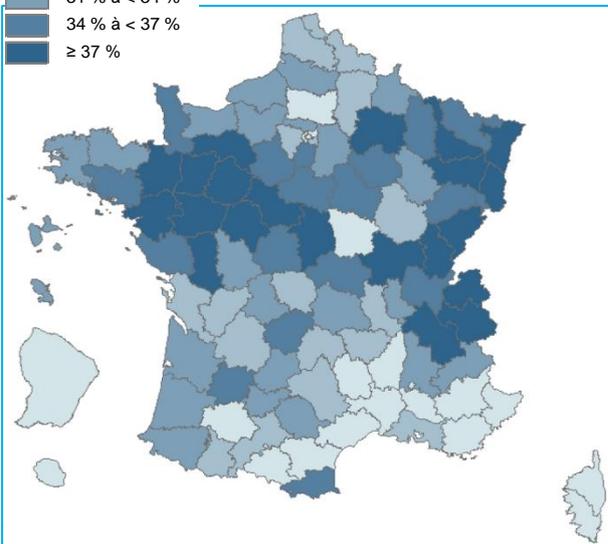
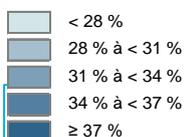
	DO Cancer colorectal	DO Cancer du sein
08- Ardennes	33,0%	52,5%
10- Aube	34,2%	56,4%
51- Marne	38,2%	59,3%
52- Haute-Marne	32,5%	55,1%
54- Meurthe-et-Moselle	37,9%	50,9%
55- Meuse	35,0%	51,0%
57- Moselle	35,4%	45,9%
67- Bas-Rhin	42,4%	54,5%
68- Haut-Rhin	44,0%	53,8%
88- Vosges	39,3%	54,2%
Grand-Est	38,3%	52,7%
France entière	32,1%	49,9%
<i>Préconisation (référentiel européen)</i>	45,0%	70,0%

Source : Santé publique France - Données issues des structures départementales du dépistage organisé du cancer colorectal et du cancer du sein - Campagnes 2017-2018.

Taux départementaux standardisés de participation aux programmes nationaux de dépistage organisé (2017-2018)

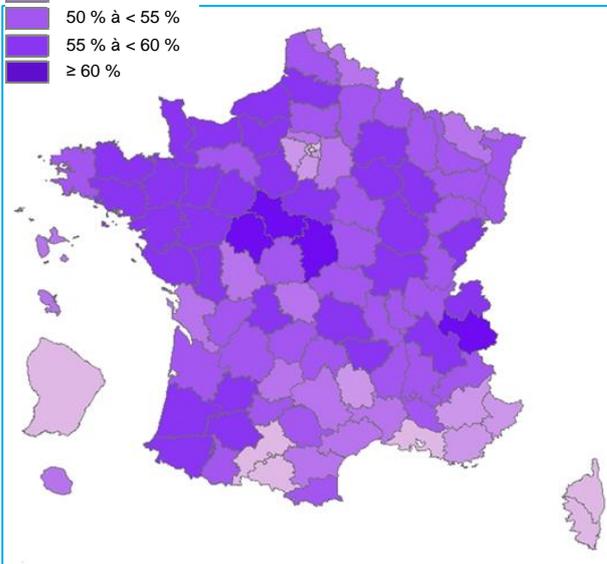
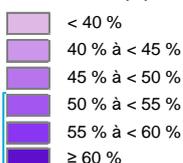
Dépistage organisé du cancer colorectal

Taux de participation
standardisés (%)



Dépistage organisé du cancer du sein

Taux de participation
standardisés (%)



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

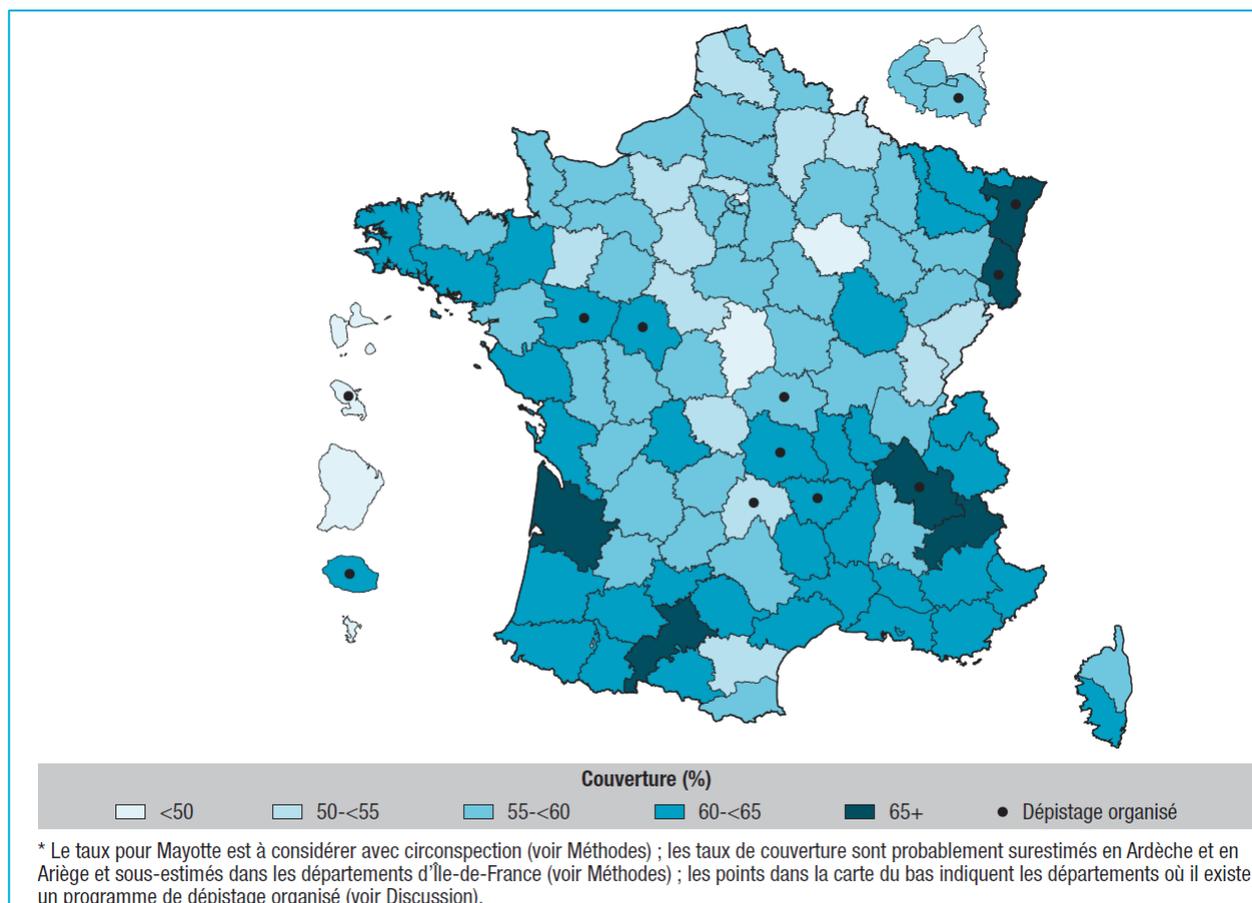
Source : Santé publique France, <http://invs.santepubliquefrance.fr>, page : « Taux de participation au programme de dépistage organisé du cancer du sein 2017-2018 » [publié le 03/04/2019], page : « Taux de participation au programme de dépistage organisé du cancer colorectal 2017-2018 » [publié le 14/03/2019, [pages consultées le 04/04/2019].

En cours de déploiement depuis 2018, le dépistage organisé du cancer du col de l'utérus a pour objectif d'atteindre un taux de couverture de 80 % chez les femmes âgées de 25 à 65 ans ayant réalisé un frottis cervico-utérin au cours des trois dernières années.

Sur la période 2015-2017, la région Grand Est se situe en 5^e position des régions les plus participantes, avec un taux de participation de 61,3 % (contre 58,7 % au niveau national).

Comme le présente la carte ci-après, la moyenne régionale masque des différences entre les départements qui la composent, avec un taux de participation supérieur à 65 % pour le Bas-Rhin et le Haut-Rhin (par ailleurs départements ayant participé à l'expérimentation préalable au déploiement) ; à l'opposé de la Haute-Marne qui présente un taux inférieur à 50 %.

Taux de couverture du dépistage triennal du cancer du col de l'utérus chez les femmes de 25 à 65 ans par département, 2015-2017



Source : Hamers FF, Jezewski-Serra D. Couverture du dépistage du cancer du col de l'utérus en France, 2012-2017. Bull Epidémiol Hebd. 2019;(22-23):417-23.

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

Le taux de couverture vaccinale ROR 2 doses est de 81,7 % en région Grand Est en 2017.

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

En région Grand Est, six départements présentent un taux de couverture vaccinale **ROR 1 dose** à l'âge de 24 mois supérieur au taux national (89,6 %), mais seul le département des Ardennes atteint l'objectif fixé à 95 %.

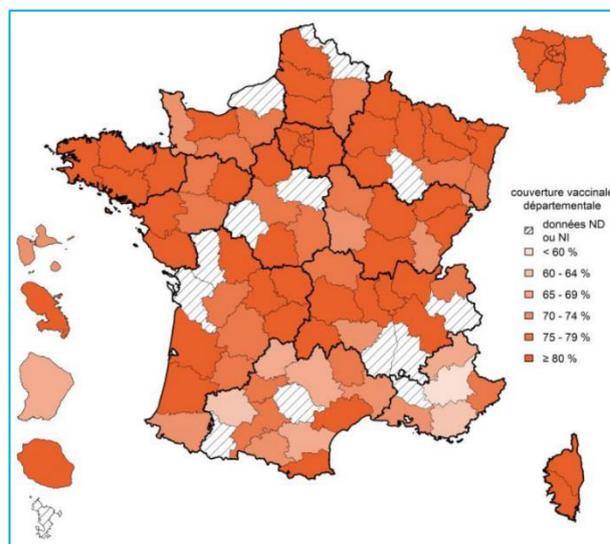
Le taux de vaccination **ROR 2 doses**, supérieur au taux national (80,3 %) pour six des neuf départements pour lesquels l'information est disponible reste inférieur au taux souhaité de 95 % pour permettre une immunité collective.

Couvertures vaccinales (%) départementales « rougeole, oreillons, rubéole 1 dose et 2 doses » à l'âge de 24 mois, Grand Est et France, 2017 (nés en 2015)

	Rougeole-Oreillons-Rubéole	
	1 dose	2 doses
08-Ardennes	95,6	88,2
10-Aube	93,3	84,2
51-Marne	87,5	81,5
52-Haute-Marne	91,6*	ND
54-Meurthe-et-Moselle	91,6	84,1
55-Meuse	91,7	80,4
57-Moselle	91,2	80,2
67-Bas-Rhin	89,2	81,8
68-Haut-Rhin	89,5	79,7
88-Vosges	86,5	77,2
Grand Est	90,5	81,7
France entière	89,6	80,3

Source : Drees, Remontées des services de PMI – Certificat de santé du 24^e mois. Traitement Santé publique France ;
* Données non disponibles pour les CS24 estimées à partir du GNDG-DCIR. Traitement : Santé publique France, mise à jour au 31/12/17
ND: non disponible

Couvertures vaccinales (%) départementales « rougeole, oreillons, rubéole 2 doses » à l'âge de 24 mois, France, 2017 (nés en 2015)



Source : Drees, Remontées des services de PMI – Certificat de santé du 24^e mois. Traitement Santé publique France.

Source : Santé Publique France, Bulletin de Santé publique Grand Est, Vaccination, avril 2019, 17 p.

Les premiers indicateurs d'impact de l'extension de l'obligation de couverture vaccinale calculés par Santé publique France donnent une tendance à l'augmentation, notamment dans les départements pour lesquels le taux de couverture vaccinale est le plus faible.

Ainsi, la couverture vaccinale ROR 1 dose des enfants de 12 mois (nés en 2017) atteint 87,6 % en 2018, ce qui constitue une progression de 1,3 points par rapport à 2017, alors même que cette cohorte n'est pas encore concernée par l'obligation vaccinale, mais a pu bénéficier des effets de la communication liée à celle-ci.

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

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

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

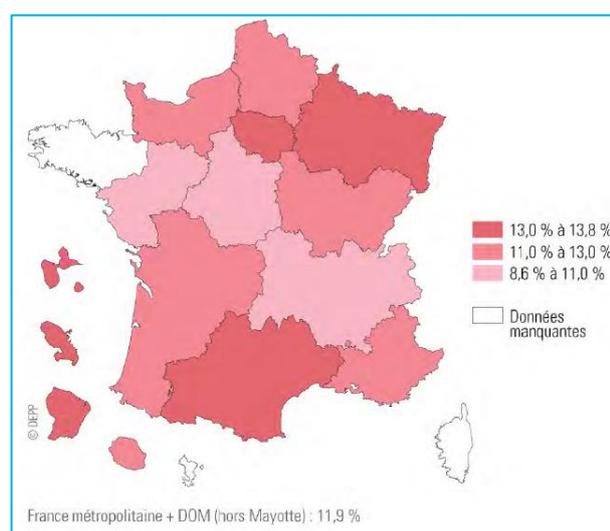
En 2012-2013, 11,9 % des enfants de grande section de maternelle à l'échelle de la France métropolitaine sont en surcharge pondérale et 3,5 % sont obèses. La prévalence du surpoids (hors obésité) a baissé depuis les années 2000, passant de 14,4 % à 11,9 %, tandis que la prévalence de l'obésité varie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

La région Grand Est fait ainsi partie des régions où la prévalence d'élèves en surcharge pondérale²⁷ (surpoids et obésité) est la plus forte, avec les Antilles-Guyane, l'Île-de-France et l'Occitanie.

Il convient néanmoins de rester prudent sur les constats émis, dans la mesure où ces données sont issues d'une enquête. Il s'agit d'une estimation à partir d'un échantillon et la vraie valeur de ce taux a 90 % de chance d'être comprise entre 11,5 % et 12,5 %²⁸.

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

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



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

²⁷ ERRATUM. Les éléments chiffrés présentés dans le précédent rapport annuel s'appuient sur une définition erronée de la surcharge pondérale, qui considérait la surcharge pondérale hors obésité.

²⁸ CHARDON O., GUIGNON N., DE SAINT POL T., 2015, « La santé des élèves de grande section de maternelle en 2013 : des inégalités sociales dès le plus jeune âge », *Études et résultats*, n° 0920.

■ Les consommations de substances psychoactives

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

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

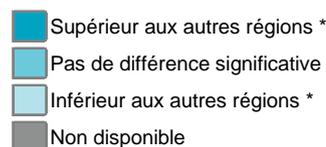
Ainsi, en 2017, la prévalence du tabagisme quotidien était de 26,9 % parmi les 18-75 ans en France métropolitaine²⁹.

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

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

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

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



Source : Baromètre santé 2017, Santé publique France.

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

²⁹ Pasquereau A, Andler A, Guignard G, Richard JB, Arwidson P, Nguyen-Thanh V ; le groupe Baromètre santé 2017. La consommation de tabac en France : premiers résultats du Baromètre santé 2017. Bull Epidémiol Hebd. 2018; (14-15) : 265-73.

Objectif 13.

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

■ Le nombre de contrats locaux de santé signés

Fin 2018, 19 Contrats locaux de santé (CLS) étaient mis en œuvre en région Grand Est, dont 5 signés au cours de l'année.

À noter que les trois préfectures des ante-régions disposent d'un CLS. Par ailleurs, 10 des 19 CLS sont des contrats de 2^e génération, c'est-à-dire de contrats faisant suite à un premier CLS signé sur le même territoire.

Les cinq CLS signés en 2018 se déploient sur les territoires suivants :

- CLS II de la communauté de communes de Vitry Champagne et Der (9 mars)
- CLS II de Reims (12 avril)
- CLS de la Communauté d'Agglomérations Troyes Champagne Métropole (19 octobre)
- 2 CLS sur le territoire du Pôle d'équilibre territorial et rural Terres de Lorraine (19 décembre)
 - Communautés de communes Moselle et Madon et Pays du Saintois
 - Communautés de communes Terres Toulaises et Pays de Colombey et du Sud Toulais
- CLS II du Pôle d'équilibre territorial et rural Cœur de Lorraine (20 décembre).

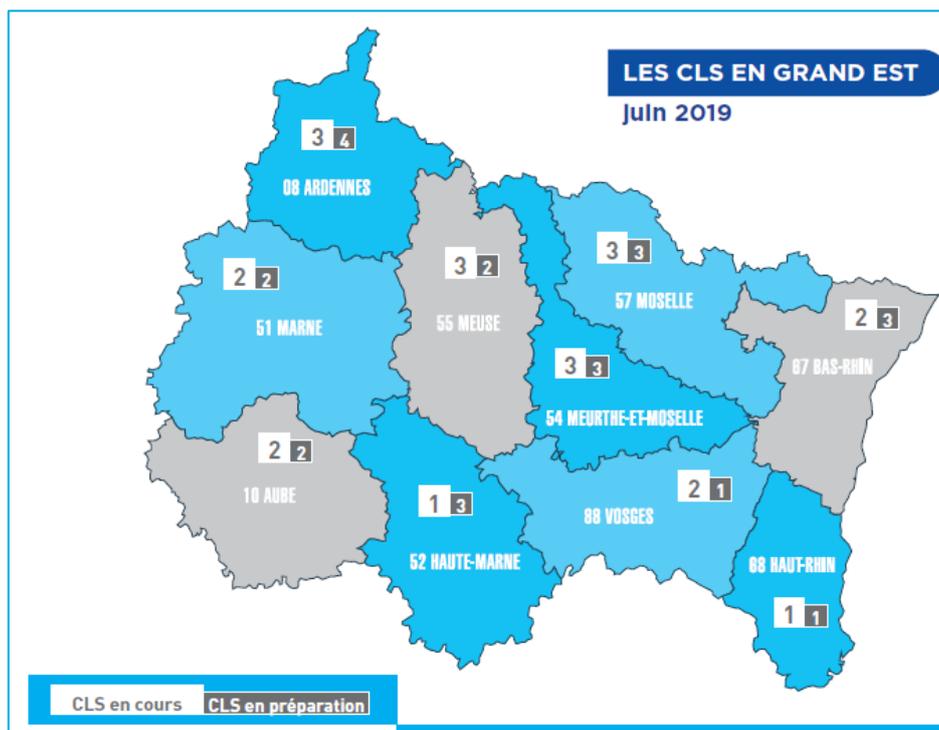
Qu'est-ce qu'un CLS ?

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

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

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

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



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

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

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

Les écarts infrarégionaux d'équipements en établissements et services médico-sociaux (ESMS) peuvent être mesurés à partir de la dépense d'assurance maladie rapportée à la population cible. Il s'agit d'un indicateur toujours suivi au niveau national dans le cadre du projet de loi de financement de la Sécurité sociale (PLFSS)³⁰, dans le cadre d'un objectif de répartition plus équitable des ressources sur le territoire.

Évolution des écarts territoriaux d'équipement entre 2016 et 2017 (situation nationale)

Évolution des écarts territoriaux d'équipement entre 2016 et 2017

Personnes handicapées

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

Personnes âgées

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

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

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

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

L'écart interrégional dans les deux champs tient compte de la réforme territoriale de 2016. Les ESAT ne sont pas pris en compte dans les écarts interrégionaux et interdépartementaux chez les adultes.

Source : CNSA, Rapport annuel 2018, p.46.

En 2017 en France, le taux d'équipement en établissements et services en faveur des personnes handicapées s'établit à 9,7 places pour 1 000 enfants et à 6,1 places pour 1 000 adultes. L'évolution observée des écarts territoriaux d'équipement apparaît stable entre 2016 et 2017.

Le taux d'équipement en faveur des personnes âgées s'établit à 129,3 lits pour 1 000 personnes âgées de 75 ans et plus. L'évolution relative à l'équipement en faveur des personnes âgées fait état d'écarts à la hausse entre les régions françaises, bien que les écarts constatés entre départements restent stables entre 2016 et 2017.

³⁰ PLFSS 2018, Annexe au Programme de qualité et d'efficacité « Invalidité et dispositifs gérés par la CNSA – Handicap, dépendance », 78 p. Sur les indicateurs cités ici, se reporter aux pages 53 (enfants handicapés), 55 (adultes handicapés) et 62 (personnes âgées).

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

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

Taux d'équipement en faveur des personnes handicapées par département du Grand Est en 2017

	Taux d'équipement en établissements et services pour 1000 enfants	Taux d'équipement en établissements et services pour 1000 adultes	
		hors ESAT	y compris ESAT
08- Ardennes	16,5	2,8	10,6
10- Aube	10,3	2,3	7,8
51- Marne	9,8	2,4	7,6
52- Haute-Marne	16,8	2,7	10,8
54- Meurthe-et-Moselle	13,9	2,8	9,3
55- Meuse	12,2	2,9	9,2
57- Moselle	11,5	2,6	8,3
67- Bas-Rhin	9,3	2,1	6,5
68- Haut-Rhin	11,2	3,2	8,4
88- Vosges	11,0	3,0	8,9
Grand-Est	ND	ND	ND
France métropolitaine	9,7	2,5	6,1

Source : PLFSS 2019, Programme de qualité et d'efficacité « Invalidité et dispositifs gérés par la CNSA – Handicap, Dépendance ».

Le taux d'équipement en faveur des personnes âgées laisse apparaître une situation particulièrement favorable pour le département des Vosges. A l'inverse, six départements de la région Grand Est présentent un taux d'équipement inférieur à la moyenne nationale. Le nombre d'actes infirmiers de soins plus important dans les départements du Haut-Rhin, du Bas-Rhin et de la Moselle permet de limiter la situation défavorable pour ces départements.

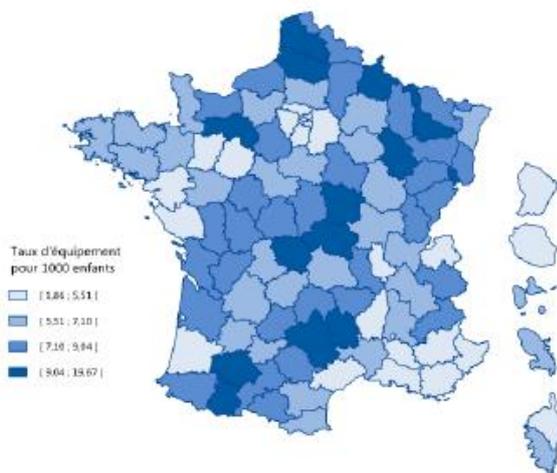
Taux d'équipement en faveur des personnes âgées par département du Grand Est en 2017

	Taux d'équipement pour 1000 personnes âgées de 75 ans et plus
08- Ardennes	122,9
10- Aube	143,4
51- Marne	131,7
52- Haute-Marne	121,4
54- Meurthe-et-Moselle	123,5
55- Meuse	143,7
57- Moselle	112,2
67- Bas-Rhin	121,6
68- Haut-Rhin	127,5
88- Vosges	160,3
Grand-Est	ND
France métropolitaine	129,3

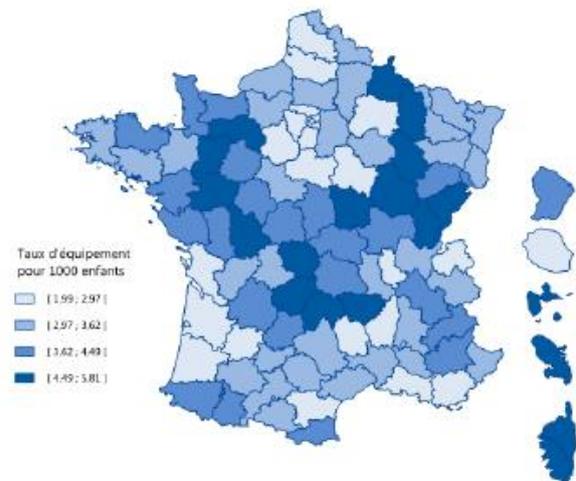
Source : PLFSS 2019, Programme de qualité et d'efficacité « Invalidité et dispositifs gérés par la CNSA – Handicap, Dépendance ».

Cartes • Taux d'équipement en établissements et services médico-sociaux, par département, en 2017

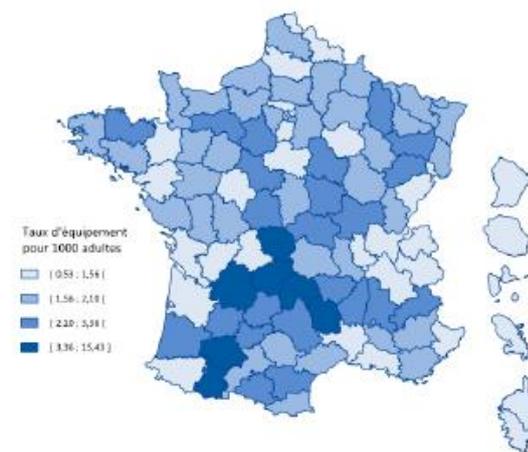
Enfants handicapés (Institution)



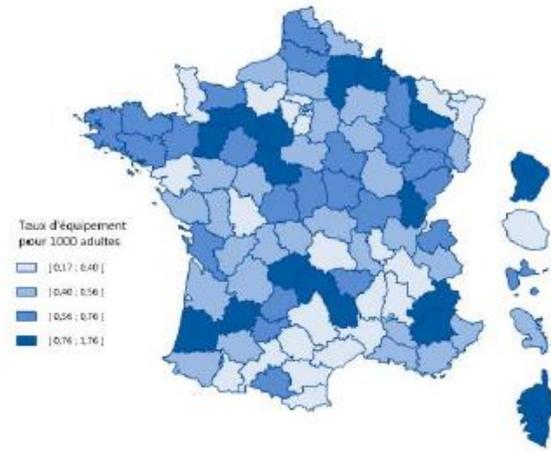
Enfants handicapés (SESSAD)



Adultes handicapés (MAS-FAM)



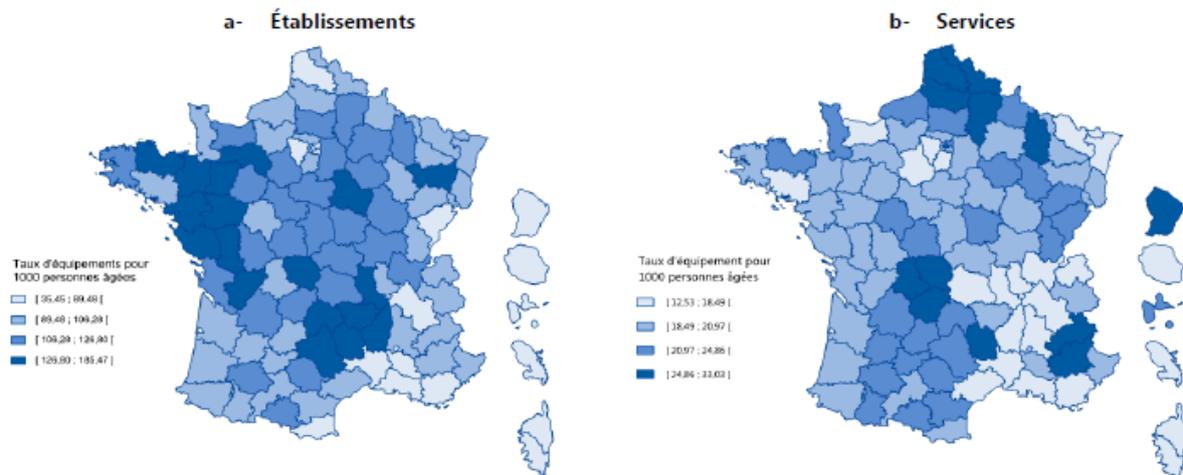
Adultes handicapés (SAMSAH-SSIAD)



Source : Finess, traitements CNSA, Insee.

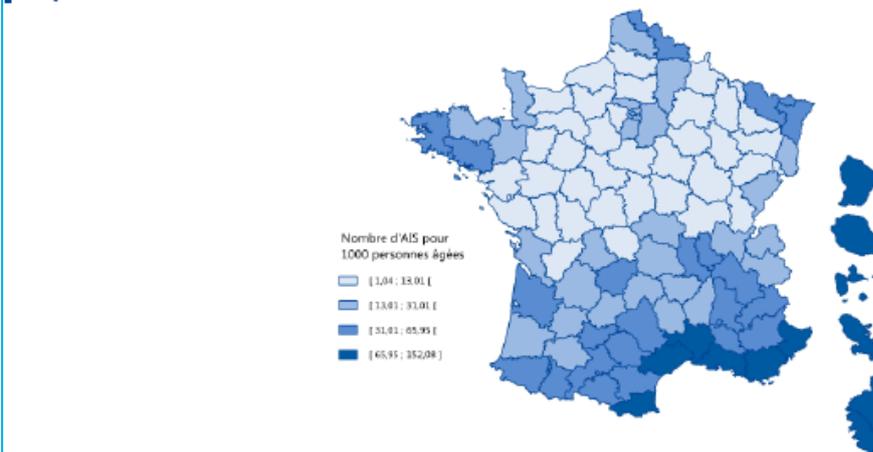
Source : PLFSS 2019, Programme de qualité et d'efficacité « Invalidité et dispositifs gérés par la CNSA – Handicap, Dépendance », p. 36.

Carte 1 • Taux d'équipement en établissement et services médico-sociaux pour 1000 habitants âgés de plus de 75 ans, par département en 2017



Source : Finess, traitements CNSA, Insee.

Carte 2 • Nombre d'actes infirmiers de soins (AIS) pour 1000 habitants âgés de plus de 75 ans par département en 2017



Source : Cnam, Insee.

Source : PLFSS 2019, Programme de qualité et d'efficacité « Invalidité et dispositifs gérés par la CNSA – Handicap, Dépendance », p. 39.

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

L'ARS Grand Est suit à ce titre deux indicateurs à l'échelle départementale :

1. le nombre de procédures d'insalubrité ou de saturnisme,
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 lutter contre l'habitat indigne.

Toutefois, l'enquête nationale visant à recueillir les données 2018 ayant été lancée courant septembre 2019, il n'est pas possible de faire état de ses résultats dans le présent rapport.

Aussi, pour rappel, il est indiqué qu'en 2017 en région Grand Est :

- 137 procédures ont été diligentées, chacun d'elles pouvant concerner un ou plusieurs logements ;
- les départements les plus touchés en termes de logements insalubres sont la Meurthe-et-Moselle (avec 45 procédures) et le Bas-Rhin (avec 33 procédures).

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

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

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

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

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

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

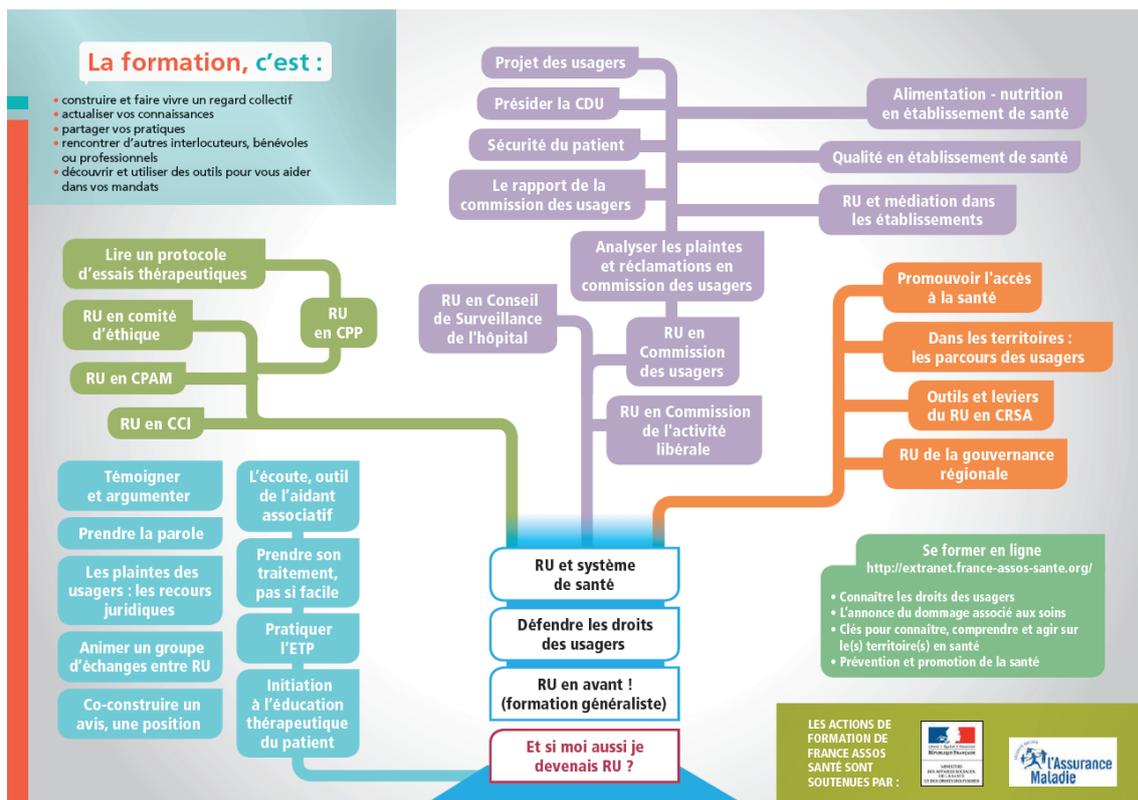
FRANCE ASSOS SANTÉ GRAND-EST a pour vocation d'être un lieu d'échanges, de confrontation et d'élaboration d'idées et d'actions en vue de contribuer à assurer efficacement en région Grand-Est :

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

Source : Site internet de France Assos Santé, <http://www.france-assos-sante.org/grand-est?plus> [page consultée le 03/05/2018]

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

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



Source : France Assos Santé, Plaquette offre de formation 2018.

■ La formation en présentiel

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

En 2018, France Assos Santé Grand Est a proposé 21 sessions de formation (4 ont été annulées faute de participants), qui ont accueilli 175 participants.

L'activité proposée est ainsi en augmentation par rapport à 2017, avec 7 sessions de formations supplémentaires. En 2018, 13 formations différentes ont été proposées aux représentants des usagers, dans plusieurs villes du Grand Est.

Les 6 sessions de la formation obligatoire « RU en avant ! » ont permis de former 70 personnes.

RU EN AVANT

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

Objectifs de la formation

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

Récapitulatif des formations dispensées en 2018

	Sessions	Participants	Lieux
Des formations pour susciter l'engagement des RU			
Et si, moi aussi, je devenais RU ? *	1	9	Nancy
L'écoute active et la relation d'aide : outil de l'aidant associatif *	1	16	Reims
Des formations relevant du tronc commun à tous les représentants des usagers			
RU en Avant <i>Formation de base obligatoire (Loi n°2016-41 du 26 janvier 2016 de modernisation de notre système de santé)</i>	6 (1 annulée)	70	Troyes, Metz, Nancy, Strasbourg
Défendre les droits des usagers	3	29	Reims, Metz et Colmar
RU et le système de santé *	2	22	Châlons-en-Champagne et Colmar
Des formations autour de l'action en établissement de santé			
Représenter les usagers en commission des usagers	3 (2 annulées)	15	Châlons-en-Champagne, Vandoeuvre Lès-Nancy
Analyser les plaintes et réclamations en établissements de santé *	1	12	Metz
RU et médiation en établissement de santé *	2	26	Metz, Strasbourg
Le RU et la qualité en établissement de santé	1	13	Strasbourg
Le RU et la sécurité du patient *	1 (annulée)	--	Strasbourg
Des formations autour de la gouvernance			
RU en conseil de surveillance *	1	8	Nancy
Des formations sur l'action dans les territoires et les parcours			
RU dans les territoires : les parcours des usagers	1	15	Nancy

Note de lecture : * (en vis-à-vis du titre de la formation) = nouveauté par rapport à 2017

■ La formation E-learning

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

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

■ Les groupes d'échanges de pratiques

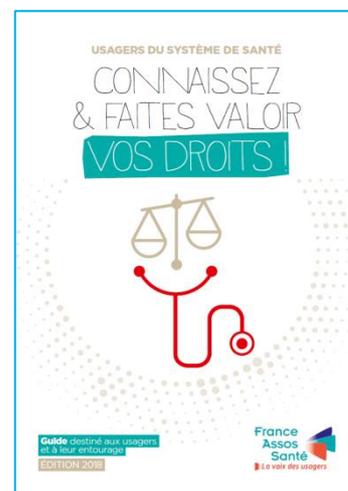
Au cours de l'année 2018, 10 séances de groupes d'échanges ont permis à 80 RU de partager leurs expériences. Les lieux de ces échanges se font au plus près de leurs territoires d'intervention, à savoir au niveau des chefs-lieux de chaque département.

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

■ Les guides à destination des représentants des usagers

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

En 2018, France Assos Santé a procédé à l'actualisation de son guide sur les droits des usagers.



Sommaire

	SITUATION N°1 CONSULTATION CHEZ LE MÉDECIN TRAITANT POUR UN MINEUR p. 10
	SITUATION N°2 AUX ADMISSIONS D'UN ÉTABLISSEMENT DE SANTÉ - HÔPITAL, CLINIQUE - EN VUE D'UN BILAN DE 48H p. 26
	SITUATION N°3 ENTRETIEN AVEC UN CHIRURGIEN p. 38
	SITUATION N°4 AUX URGENCES p. 56

6

France Assos Santé • Usagers du système de santé • Connaissiez & faites valoir vos droits !

	SITUATION N°5 VISITE À L'HÔPITAL p. 68
	SITUATION N°6 ADMISSION EN ÉTABLISSEMENT MÉDICO-SOCIAL p. 78
	SITUATION N°7 FIN DE VIE p. 94
	SITUATION N°8 DEMANDE D'INFORMATIONS DES AYANTS DROIT OU DES PROCHES D'UNE PERSONNE DÉCÉDÉE p. 108
	ANNEXES p. 116
	FRANCE ASSOS SANTÉ p. 125

7

Source : France Assos Santé, Guide : « Usagers du système de santé, Connaissiez et faites valoir vos droits », février 2018.

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

■ Les instances de la CRSA

La CRSA Grand Est s'est réunie 3 fois en séance plénière au cours de l'année 2018. Le taux de participation globale de ses membres atteint 50 %, ce qui est stable par rapport à 2017 (51 %).

Outre les assemblées plénières, les membres de la CRSA se sont réunis en plusieurs formations, pour un total de 32 réunions.

La Commission spécialisée dans le domaine des droits des usagers s'est réunie à 8 reprises en 2018, avec un taux de participation de ses membres de 63 %.

Réunions de la CRSA Grand Est (2018)

Réunion	Nombre
CRSA plénière	3
Bureau	3
Bureau élargi aux CTS	2
CSOS	8
CSMS	3
CSP	5
CSDU	8

Source : CRSA Grand Est, Rapport d'activité 2018.

■ Les conseils territoriaux de santé (CTS)

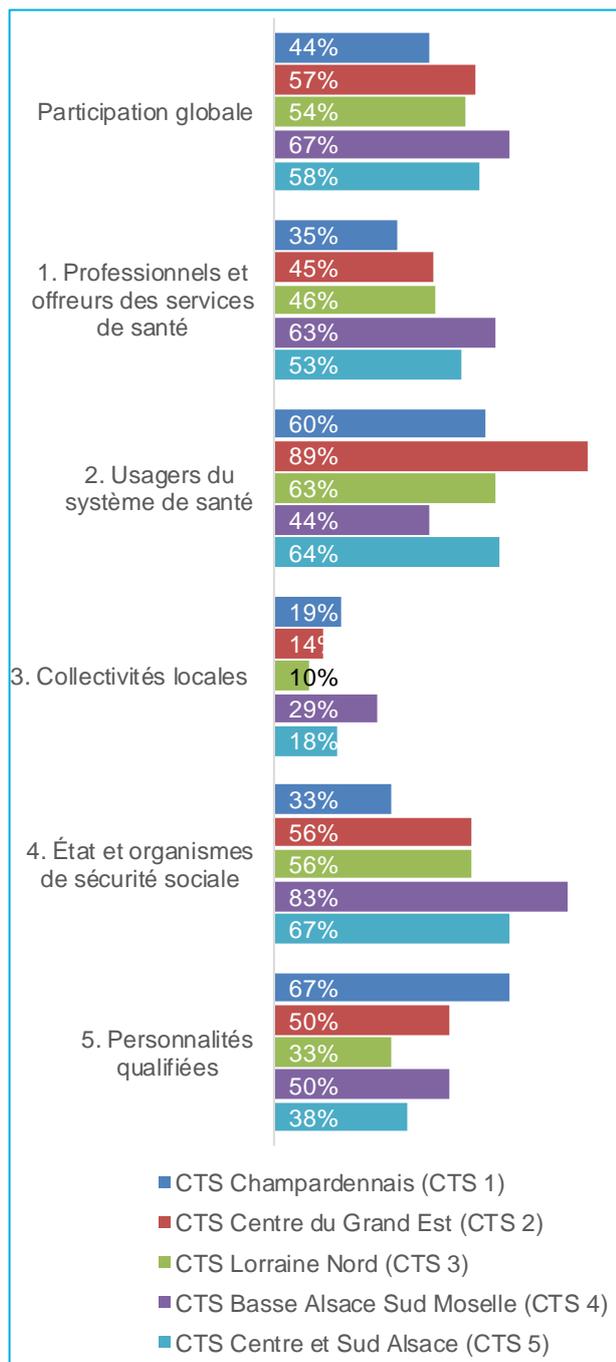
Le taux de participation globale des membres des différents CTS de la région Grand Est varie selon les CTS de 44 % à 67 % pour l'année 2018.

Le taux de participation des représentants des usagers aux réunions de ces CTS est également variable d'un CTS à l'autre : il est de 44 % pour le CTS 4, compris entre 60 % et 64 % pour les CTS 1, 3 et 5, et atteint 89 % pour le CTS 2.

Exception faite du CTS 4, pour lequel la participation des usagers est inférieure à l'année précédente (comparable à celle des autres CTS), les collèges des représentants des usagers sont mieux représentés aux différentes réunions que les autres collèges composant les CTS.

Comme l'indiquait déjà le Rapport annuel précédent, l'année 2018 a permis à la CSDU de présenter ses travaux à chaque CTS.

Réunions de la CRSA Grand Est (2018)



Source : Secrétariat de la CRSA Grand Est, Activité 2018.

Avis et recommandations

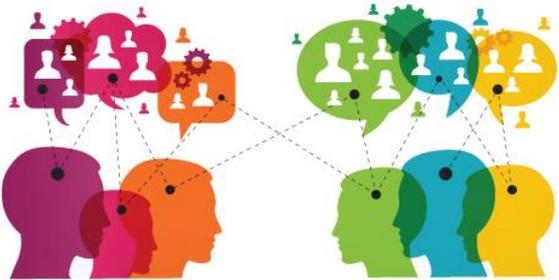
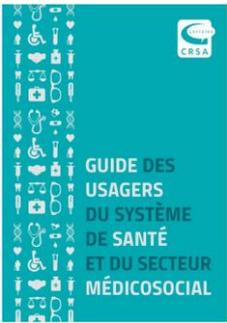
Ce troisième rapport annuel Grand Est relatif au respect des droits des usagers de notre système de santé invite les membres de la CRSA et tout particulièrement les membres de la Commission spécialisée dans le domaine des droits des usagers à jeter un regard rétrospectif avant de considérer les enjeux à venir.

Les avis et recommandations émises par la CRSA à l'occasion de ce rapport s'inscrivent dans la poursuite des actions menées en 2018 et invitent à poursuivre les efforts conduits sur ces aspects.

Avant d'entrer dans le détail de leur exposé, la CRSA souhaite néanmoins faire part de sa conviction qu'un des leviers déterminants de la progression des droits des usagers dans les établissements de santé et médico-sociaux est certainement l'amélioration des conditions de travail des personnels travaillant en leur sein.

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

Avis et recommandations (Rapport 2017)	Suivi	Avis et recommandations 2019
Concernant le fonctionnement des CDU, la commission attire l'attention sur le nombre réglementaire de réunions à réaliser et le nombre de RU requis dans le dessein d'assurer le bon fonctionnement des CDU, dans des conditions favorables.		La CRSA demande à l'ARS Grand-Est de renforcer son contrôle sur la composition et le fonctionnement des CDU, et à profiter de la campagne de renouvellement des représentants d'usagers au sein des CDU à intervenir en début d'année 2020 pour organiser un système de désignation des représentants d'usagers pérenne.
<p><u>1^{ère} recommandation</u></p> <p>Dans le PRS et le rapport d'activité de la CRSA 2017, objectif stratégique numéro 4, figure « Fluidifier le parcours de santé en développant l'intégration et la coordination des acteurs, n'y aurait-il pas lieu d'explorer via un numéro d'appel unique grand public, sur les plaintes et réclamations, les difficultés survenues dans le parcours de soins, l'attente pour une place dans un établissement ».</p> <p>Sur cette proposition de la CSDU, il avait été répondu : « Une expérimentation pourrait être proposée sur un territoire. » Qu'en est-il de ce projet inscrit ?</p>		<p>La CRSA réitère son souhait de pouvoir disposer d'éléments d'information sur les besoins et les difficultés des usagers dans leur parcours de santé afin de pouvoir en rendre compte, ce d'autant plus avec les modifications impliquées dans les parcours par la loi n°2019-774 du 24 juillet 2019 relative à l'organisation et la transformation du système de santé.</p> <p>A cet effet, elle suggère que l'expérimentation d'un numéro d'appel unique puisse être organisée au niveau d'un CTS.</p>
<p><u>2^{ème} recommandation</u></p> <p>Dans un souci de mieux suivre la mise en œuvre du respect des droits des usagers :</p> <ul style="list-style-type: none"> • Réactualiser le questionnaire informatisé de recueil annuel de données des CDU. • Poursuivre en 2019 le questionnaire relatif au respect des droits des usagers dans le secteur médico-social. 		<p>La CRSA se félicite de la remontée d'informations des établissements de santé comme des établissements et services médico-sociaux, sur la base des questionnaires revisités par ses soins en fin d'année 2018 et fin d'année 2019.</p> <p>Ces retours confirment la mise en œuvre du respect des droits des usagers dans la majorité de ses dimensions et pour la majorité des établissements et services.</p>

		<p>Néanmoins, elle relève que l'observation par questionnaire – dont l'objet est de s'assurer du « respect des droits » –, devrait pouvoir s'accompagner d'un regard qualitatif permettant de comprendre comment les établissements remplissent l'objectif de « faire vivre » ces droits.</p> <p>En ce sens, elle demande que soit initié par la CSDU un nouveau travail de refonte des deux questionnaires supports de ces enquêtes.</p>
<p>3^{ème} recommandation</p> <p>Prévoir un accompagnement des RU et des responsables qualité / qualitatifs dans les établissements sanitaires et structures médico-sociales, avec la mise en place en 2019 de trois réunions (à l'échelle des ante-régions), co animées par l'ARS et la CSDU.</p>		<p>La CRSA Grand Est, avec le concours de l'ARS, du CREAL, de l'ORS et de France Assos Santé, a organisé sur le 2^e semestre 2019 dans chaque ante-région du Grand Est une rencontre des représentants des usagers siégeant au sein des Conseils de la Vie Sociale (CVS) et des Commissions Des Usagers (CDU).</p>  <p>En suites de ces rencontres, la CRSA demande qu'un travail de synthèse et d'évaluation des conclusions des débats soit mené.</p>
<p>4^{ème} recommandation</p> <p>Réactualiser le guide des usagers du système de santé et du secteur médico-social.</p> 		<p>« En 2018, près de 70 % des Français ne connaissent pas vraiment leurs droits individuels. » (Ministère de la Santé)</p> <p>Dans un souci de participer à l'information des usagers sur leurs droits, la CRSA confirme son souhait d'actualiser le guide réalisé précédemment en ante-région Lorraine.</p> <p>Ce projet devrait débuter courant 2020, en lien avec la CSDU.</p>
<p>5^{ème} recommandation</p> <p>Veiller à l'affichage obligatoire et à la mise à jour régulière des listes départementales des personnes qualifiées dans les structures médico-sociales.</p>		<p>La recommandation émise à l'occasion du précédent rapport sur la nécessité de veiller à l'affichage obligatoire des listes reste d'actualité, puisque dans 15 % des ESMS, la liste n'est pas mise à disposition des usagers.</p> <p>Il en est de même de la recommandation relative à la mise à jour de ces listes. A cette fin, la CRSA demande à l'ARS d'initier un travail de réactualisation de ces listes avec les Préfets et les Conseils Départementaux de la région Grand Est.</p>

■ Objectif 5 :

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

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

■ Objectif 7 :

Assurer la scolarisation des enfants handicapés en milieu ordinaire ou adapté

Avis et recommandations (Rapport 2017)	Suivi	Avis et recommandations 2019
<p><u>1^{ère} recommandation</u></p> <p>Il est inadmissible, aujourd'hui encore, que des enfants soient déscolarisés par manque d'AVS.</p> <p><u>2^{ème} recommandation</u></p> <p>Dans un accompagnement en continu, présentation du dispositif Cap intégration (département de la Marne) et proposition de déploiement sur le Grand Est.</p> <p><u>3^{ème} recommandation</u></p> <p>Utilisation et généralisation de Via Trajectoire</p>		<p>La CRSA poursuit son engagement sur la question de l'accompagnement des enfants handicapés et leurs parents dans l'ensemble de leurs démarches.</p> <p>A cet effet, elle appelle toujours de ses vœux la généralisation de via trajectoire et invite les Conseils Départementaux à s'intéresser au dispositif Cap Intégration connu dans la Marne, pour réfléchir à son déploiement en région Grand-Est.</p> <p>Par ailleurs, la CRSA insiste sur la nécessité d'une meilleure compréhension du fonctionnement des différentes structures d'accompagnement et de prise en charge (CMPP, CAMSP...) et sollicite en ce sens l'ARS Grand Est pour disposer de bilans.</p> <p>Elle s'inquiète des difficultés financières et d'organisation des familles, confrontées à des listes d'attente dans ces établissements (impact en termes de transports, de frais de prise en charge, de coordination...).</p>

■ **Objectif 8 :**

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

Avis et recommandations (Rapport 2017)	Suivi	Avis et recommandations 2019
<p>Recommandation</p> <p>La CSDU continue d'attirer l'attention sur le manque de personnel dans les centres pénitentiaires et sur l'insuffisance de confidentialité des consultations et examens médicaux</p>		<p>Les constats et remontées d'information du terrain invitent à dépasser l'indicateur identifié par le cahier des charges national pour une meilleure appréhension du respect des droits des personnes détenues usagères du système de santé.</p> <p>Elle suggère dans cette perspective l'organisation d'une rencontre entre la CSDU et les services du Contrôleur Général des Lieux de Privation de Liberté.</p>

■ **Objectif 9 :**

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

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

■ **Objectif 10 :**

Assurer l'accès aux professionnels de santé libéraux

Avis et recommandations (Rapport 2017)	Suivi	Avis et recommandations 2019
<p>Recommandation</p> <p>Nécessité de suivi et de mise à jour des sites internet des établissements.</p> <p>La commission rappelle que le répertoire Améli précise pour chaque professionnel de santé le type de conventionnement.</p>		<p>La vigilance de la CRSA sur la communication digitale des professionnels de santé s'inscrit dans la lignée du rapport du Conseil d'État de juin 2018 relatif aux « Règles applicables aux professionnels de santé en matière d'information et de publicité », et particulièrement sur les honoraires et coûts des prestations de soins.</p> <p>Au-delà, elle souhaite que l'attention des établissements de santé et médico-sociaux de la région Grand Est soit interpellée sur la nécessité de mettre à jour le contenu de leur site internet, notamment en matière de droits des usagers.</p>

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

Avis et recommandations (Rapport 2017)	Suivi	Avis et recommandations 2019
<p><u>Recommandation</u></p> <p>Créer des temps de rencontre et d'échange entre RU dans les secteurs sanitaire et médico-social.</p> <p>(Cf. Objectif n°2)</p>		<p>Cf. objectif 2.</p> <p>Il s'agira de s'appuyer sur les retours des journées organisées en 2019 pour réfléchir à la manière de les pérenniser.</p>

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

Avis et recommandations (Rapport 2017)	Suivi	Avis et recommandations 2019
		<p>Au cours de l'année 2018, la CSDU est allée à la rencontre des différents CTS pour présenter ses travaux. Ces échanges ont confirmé l'intérêt de chacun à la co-construction de projets.</p> <p>Les travaux pourraient commencer par une réflexion sur la manière d'associer les CTS à l'élaboration du rapport relatif au respect des droits des usagers du système de santé, ce conformément à l'article 14-1 des règlements intérieurs des CTS de la région Grand Est : « la commission territoriale des usagers prépare, notamment en lien avec la Commission Spécialisée Droits des Usagers de la Commission Régionale de Santé et d'Autonomie (CRSA), l'évaluation des conditions dans lesquelles sont appliqués et respectés les droits et la qualité de prise en charge des personnes malades, ainsi que celle des accompagnants et des usagers du système de santé. Elle formule des avis et des propositions que le CTS pourra notamment transmettre à la CRSA et à la Commission des usagers ».</p>



Annexes

Synthèse régionale 2018 des rapports annuels des Commissions des Usagers (CDU) des établissements de santé du Grand Est

→ Voir document séparé

Règlementation

- Arrêté du 5 avril 2012 portant cahier des charges relatif à l'élaboration du rapport de la conférence régionale de la santé et de l'autonomie sur les droits des usagers du système de santé mentionné à l'article D. 1432-42 du code de la santé publique.
- Décret n°2016-726 du 1^{er} juin 2016 relatif à la commission des usagers des établissements de santé.

Décrets, arrêtés, circulaires

TEXTES GÉNÉRAUX

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

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

NOR : ETSP1220103A

Le ministre du travail, de l'emploi et de la santé et la ministre des solidarités et de la cohésion sociale,
Vu le code de la santé publique, notamment ses articles L. 1432-4 et D. 1432-42 ;
Vu l'avis de la Conférence nationale de santé du 7 février 2012,

Arrêtent :

Art. 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'EN3S, le Centre national de l'équipement hospitalier, etc. Formation médicale continue par établissement : à intégrer aux rapports de CRUQPC

ORIENTATIONS	OBJECTIFS	SECTEUR	INDICATEURS/DONNÉES à recueillir	SOURCES d'information existantes
		Médico-social		<p>Pour les personnels hospitaliers et libéraux : voir ci-dessus</p> <p>Pour les personnels relevant des ESMS autorisés par les seules ARS ou conjointement avec les conseils généraux :</p> <ul style="list-style-type: none"> - 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 Mobiqual Evaluation interne Outil « Angélique »
	4. Droit au respect de la dignité de la personne. - Prendre en charge la douleur	Ambulatoire	Nombre de formations à la prise en charge de la douleur (cf point 1)	Formations par les URPS via le dispositif de formation continue (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 CRUOPC 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. 1424-17 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 (CICSI) 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 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) (<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^o Le 1^o 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^o Le II est complété par quatre alinéas ainsi rédigés :

« 4^o 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 I^{er} du livre I^{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

État sur le recueil des données du cahier des charges

OBJECTIFS		SECTEUR		INDICATEURS/DONNEES A RECUEILLIR		STRUCTURES A CONTACTER		RAPPORT 2017		RAPPORT 2019	
Orientation 1 : Promouvoir et faire respecter les droits des usagers											
Objectif 1. Former les professionnels de la santé sur le respect des droits des usagers (personnels médicaux, paramédicaux, sociaux et administratifs)	Ambulatoire	Thèmes de formations suivis par les professionnels (douleur, fin de vie, fonctionnement des CRUQPC et des CVS, etc.) Couverture des formations : - par professions de santé ; - par couverture géographique Nombre de formations proposées et réalisées Nombre de personnes formées	URPS AFNTH Fédérations d'établissements Associations professionnelles Organismes paritaires	Eléments partiels Données 2017 Données enquête ESMS 2017	Absence d'éléments Données 2018 Données enquête ESMS 2018	Objectif 2. Rendre effectif le processus d'évaluation du respect des droits des usagers	URPS	Eléments partiels Données 2018 (éléments partiels)	Données CRUQPC-CDU 2016 / CDU 2017 Donnée agrégée V2014 (état 05/2019)	Données CDU 2018 Donnée agrégée V2014 (état 05/2019)	Données enquête ESMS 2018
	Santaire	Existence d'un processus de traitement des réclamations et des plaintes permettant d'identifier leur nombre et leur évaluation Taux de réponse appropriée aux réclamations et plaintes	URPS	Eléments partiels	Données 2018 (éléments partiels)						
	Médico-social		URPS	Eléments partiels	Données 2018 (éléments partiels)						
Objectif 3. Droit au respect de la dignité de la personne. – Promouvoir la bientraitance	Ambulatoire	Fonctionnement effectif des commissions des relations avec les usagers et de la qualité de la prise en charge (CRUQPC) : - proportion d'établissements disposant d'une CRUQPC ; - proportion des rapports des CRUQPC transmis à l'ARS et à la CRSA ; - nombre de réunions par an (médiane des nombres de réunions par établissement) ; - composition et qualité des membres de la CRUQPC ; - existence ou non de formations pour les membres (proportion d'établissements disposant d'une CRUQPC pour lesquels il existe une formation pour les membres) Proportion d'établissements ayant une cotation A, B, C, etc. dans les rapports de certification HAS (critère 9b V2010)	ARS	Données CRUQPC-CDU 2016 / CDU 2017 Donnée agrégée V2014 (état 2018)	Données CDU 2018 Donnée agrégée V2014 (état 05/2019)	Objectif 4. Droit au respect de la dignité de la personne. – Prendre en charge la douleur	ARS	Données enquête ESMS 2017	Données enquête ESMS 2018	Données enquête ESMS 2018	
	Médico-social	Fonctionnement effectif des conseils de vie sociale (CVS) : - proportion d'établissements disposant d'un CVS ; - proportion des rapports des CVS transmis à l'ARS et à la CRSA ; - nombre de réunions par an (médiane des nombres de réunions par établissement) ; - composition et qualité des membres des CVS ; - proportion d'établissements disposant de formations pour les membres des CVS ; - nombre de personnalités qualifiées désignées et nombre d'interventions réalisées	ARS	Données enquête ESMS 2017	Données enquête ESMS 2018						
	Santaire		ARS	Données enquête ESMS 2017	Données enquête ESMS 2018						
Objectif 4. Droit au respect de la dignité de la personne. – Prendre en charge la douleur	Ambulatoire	Nombre de plaintes et réclamations déposées pour maltraitance Taux de réponse appropriée aux réclamations et plaintes	Conseil des ordres des professionnels de santé	Eléments partiels	Absence d'éléments	Objectif 4. Droit au respect de la dignité de la personne. – Prendre en charge la douleur	ARS	Données CRUQPC-CDU 2016 / CDU 2017 Donnée agrégée V2014 (état 2018)	Données CDU 2018 Donnée agrégée V2014 (état 05/2019)	Données enquête ESMS 2018	
	Médico-social	Proportion d'établissements ou un dispositif ou des procédures de promotion de la bientraitance existant Proportion d'établissements ayant une cotation A, B, C, etc. dans les rapports de certification HAS (référence 10 de la v2010)	ARS	Données enquête ESMS 2017	Données enquête ESMS 2018						
	Santaire	Proportion d'établissements ou un dispositif ou des procédures de promotion de la douleur (cf point 1)	URPS	Eléments partiels	Absence d'éléments						
Objectif 4. Droit au respect de la dignité de la personne. – Prendre en charge la douleur	Ambulatoire	Nombre de formations ou 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)	ARS	Données CRUQPC-CDU 2016 / CDU 2017 Donnée agrégée V2014 (état 2018)	Données CDU 2018 Donnée agrégée V2014 (état 05/2019)	Objectif 4. Droit au respect de la dignité de la personne. – Prendre en charge la douleur	ARS	Données enquête ESMS 2017	Données enquête ESMS 2018	Données enquête ESMS 2018	
	Médico-social	Pourcentage de conventions ayant un axe « douleur » dans la région parmi les conventions signées entre établissements et services médico-sociaux et établissements de santé	ARS	Données enquête ESMS 2017	Données enquête ESMS 2018						
	Santaire		ARS	Données enquête ESMS 2017	Données enquête ESMS 2018						

OBJECTIFS		INDICATEURS/DONNÉES A RECUEILLIR			STRUCTURES A CONTACTER		RAPPORT 2017		RAPPORT 2019	
SECTEUR										
Objectif 5. Droit au respect de la dignité de la personne. – Encourager les usagers à rédiger des directives anticipées relatives aux conditions de leur fin de vie	Ambulatoire	Nombre de formations à la fin de vie (cf point 1)			URPS		Éléments parisiens	Absence d'éléments		
	Sanitaire	Proportion d'établissements ayant organisé une information sur les directives anticipées Proportion d'établissements ou un dispositif de recueil des directives anticipées existé			ARS		Données CRUQPC-CDU 2016 / CDU 2017 Donnée agrégée V2014 (état 2018)	Données CDU 2018 Donnée agrégée V2014 (état 05/2019)		
	Médico-social	Proportion d'établissements et services médico-sociaux prenant en compte cette dimension dans leur projet d'établissement Pour les établissements et services médico-sociaux ayant intégré cette dimension, pourcentage de résidents ayant rédigé des directives anticipées/ nombre total de résidents			ARS		Données enquête ESMS 2017	Données enquête ESMS 2018		
Objectif 6. Droit à l'information. – Permettre l'accès au dossier médical	Ambulatoire	Nombre de plaintes et réclamations relatives à l'accès au dossier médical Taux de réponse apportée aux réclamations et plaintes			Ordres professionnels		Éléments insuffisants	Absence d'éléments		
	Sanitaire	Nombre de plaintes et réclamations relatives à l'accès au dossier médical Nombre d'établissements ayant une cotation A, B, C, etc. dans les rapports de certification HAS (référence 14 de la V2010)			ARS		Données CRUQPC-CDU 2016 / CDU 2017 Donnée agrégée V2014 (état 2018)	Données CDU 2018 Donnée agrégée V2014 (état 05/2019)		
	Médico-social	Nombre de plaintes et réclamations relatives à l'accès au dossier médical			ARS		Données enquête ESMS 2017	Données enquête ESMS 2018		
Objectif 7. Assurer la scolarisation des enfants handicapés en milieu ordinaire ou adapté		Taux de couverture des besoins des enfants handicapés : nombre de prises en charge/nombre de demandes de scolarisation			Rectorat/ MDPH		Données Rectorats (2016/2017 ou 2017/2018) Données complémentaires des MDPH (7/10)	Données Rectorats (Année scolaire 2017/2018)		
		Proportion de dossiers médicaux à la seule disposition des personnels soignants (dans des armoires fermées à clé)			ARS		Données obtenues (indicateur ciblé) Complément relatif aux extractions	Données du rapport 2017 toujours valables		
Objectif 9. Santé mentale. – Veiller au bon fonctionnement des commissions départementales de soins psychiatriques existantes		Proportion de commissions départementales de soins psychiatriques existantes Proportion de rapports transmis à l'ARS			ARS (DT)		Données 2017	Données 2018		

OBJECTIFS		SECTEUR	INDICATEURS/DONNÉES A RECUEILLIR		STRUCTURES A CONTACTER	RAPPORT 2017	RAPPORT 2019
Orientation 2 : Renforcer et préserver l'accès à la santé pour tous							
Objectif 10. Assurer l'accès aux professionnels de santé libéraux	1. Pourcentage d'offre en tarifs opposables par spécialité (secteur 1 + secteur 2) et par territoire de santé 2. Part de la population vivant dans un bassin de vie dont la densité médicale de médecins généralistes est inférieure à 30 % de la moyenne nationale 3. Taux de satisfaction des usagers de la permanence des soins 4. [nouvelle donnée] Guide CDC Janv. 2013] nombre de structures d'exercice collectif en milieu ambulatoire (maisons de santé, centres de santé)		ARS	1. Données 2017 2. Indicateur revu - Données 2016 (pas d'actualisation) 3. Indicateur obsolète (plus suivi) 4. Données 2019		1. Données 2018 2. Indicateur revu - Données 2016 (pas d'actualisation) 3. Indicateur obsolète (plus suivi) 4. Données 2019	
Objectif 11. Assurer financièrement l'accès aux soins	Nombre de plaintes et de réclamations pour refus de soins pour les personnes en CMU et AME		CPAM	Données 2017		Données 2018	
Objectif 12. Assurer l'accès aux structures de prévention	1. Taux de participation au dépistage organisé du cancer colorectal chez les 50 à 74 ans 2. Taux de participation au dépistage organisé du cancer du sein pour les femmes de 50 à 74 ans 3. Taux de couverture vaccinale des enfants de 24 mois contre la rougeole, les oreillons et la rubéole 4. Prévalence de l'obésité et du surpoids parmi les enfants en grande section de maternelle		ARS	1. Données campagne 2016-2017 2. Données campagne 2016-2017 3. Données 2016 4. Données DREES 2013 (pas d'actualisation)		1. Données campagne 2017-2018 2. Données campagne 2017-2018 3. Données 2017 (outil BSP, 04/2019) 4. Données DREES 2013 (pas d'actualisation)	
Objectif 13. Réduire des inégalités d'accès à la prévention, aux soins et à la prise en charge médico-sociale sur tous les territoires	1. Nombre de contrats locaux de santé signés au titre l'art. L. 1434-17 du code de la santé publique sur des territoires prioritaires urbains (CUCS, ZEP) ou ruraux (soies) 2. Ecarts intrarégionaux d'équipements en établissements et services médico-sociaux mesurés à partir de la dépense d'assurance maladie rapportée à la population cible (personnes handicapées de 0 à 59 ans et personnes âgées de 75 ans et plus) 3. Nombre de logements ayant fait l'objet d'une évaluation sanitaire ayant conduit à une procédure d'insalubrité au titre du code de la santé publique		ARS	1. Données 2018 2. Indicateur obsolète (plus suivi) > Taux d'équipement (2017) 3. Données 2018 en cours de recueil (enquête nationale)		1. Données 2018 2. Indicateur obsolète (plus suivi) > Taux d'équipement (2017) 3. Données 2018 en cours de recueil (enquête nationale)	
Orientation 3 : Conforter la représentation des usagers du système de santé							
Objectif 14. Former les représentants des usagers siégeant dans les instances du système de santé	Typologies de formations organisées pour les représentants des usagers (par rapport au cahier des charges proposé en janvier 2011) Nombre de formations réalisées Nombre de personnes formées/nombre de représentants issus d'associations agréées en santé (art. L. 1114-1 du code de la santé publique) Dispositif d'information sur ces formations		France Assos Santé Grand Est	Données 2017		Données 2018	
Orientation 4 : Renforcer la démocratie sanitaire							
Objectif 15. Garantir la participation des représentants des usagers et des autres acteurs du système de santé dans les CRSA et les conférences de territoire	Taux de participation globale et par collège des membres de la CRSA et conférences de territoire Taux de participation des représentants des usagers dans les CRSA et les conférences de territoire		ARS	Données 2017		Données 2018	

Glossaire

A

ACS

Aide au paiement d'une Complémentaire Santé

AME

Aide Médicale de l'État

ANFH

Association nationale pour la formation permanente

APL

Accessibilité Potentielle Localisée

ARS

Agence Régionale de Santé

AVS

Auxiliaire de Vie Scolaire

C

CAF

Caisse d'allocations familiales

CD

Centre de Détention

CDAPH

Commission des Droits et de l'Autonomie des Personnes Handicapées

CDSP

Commission Départementale de Soins Psychiatriques

CDU

Commission Des Usagers

CISS

Collectif Inter-associatif Sur la Santé

CLS

Contrat Local de Santé

CSL

Centre de Semi-Liberté

CME

Commission Médicale d'Établissement

CMU

Couverture Médicale Universelle

CNAM-TS

Caisse Nationale de l'Assurance Maladie des Travailleurs Salariés

CNS

Conférence Nationale de Santé

CNSA

Caisse Nationale de Solidarité pour l'Autonomie

CPA

Centre pour Peine Aménagée

CPAM

Caisse Primaire d'Assurance Maladie

CPOM

Contrat Pluriannuel d'Objectifs et de Moyens

CPTS

Communauté Professionnelle Territoriale de Santé

CRSA

Conférence régionale de la santé et de l'autonomie

CRUQPC

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

CSDU

Commission Spécialisée dans le domaine des Droits des Usagers

CVS

Conseil de la vie sociale

CLS

Contrat Local de Santé

CSP

Code de la Santé Publique

CT

Conférence de Territoire

CTS

Conseil Territorial de Santé

D

DCGDR

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

DGS

Direction Générale de la Santé

DIHAL

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

DISP

Direction Interrégionale des Services Pénitentiaires

DRDJCSC

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

DREES

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

DPC

Développement Professionnel Continu

DT

Délégation Territoriale

E

EHI

Enquête Habitat Indigne

EHPAD

Établissements d'Hébergement pour Personnes Âgées Dépendantes

ESMS

Etablissements et service médico-sociaux

H

HAS

Haute Autorité en Santé

HPST

Hôpital Patients Santé et Territoires

I

IRDES

Institut de Recherche et Documentation en Économie de la Santé

INSEE

Institut National de la Statistique et des Études Économiques

G

GHT

Groupement Hospitalier de Territoire

H

HPST

Loi Hôpital, Patients, Santé et Territoires

J

JO

Journal Officiel

L

LFSS

Loi de financement de la Sécurité sociale

LHI

Lutte contre l'Habitat Indigne

M

MA

Maison d'Arrêt

MC

Maison Centrale

MCO

Médecine, Chirurgie et Obstétrique

MDPH

Maison Départementale des Personnes Handicapées

MSP

Maison de Santé Pluri-professionnelle

N

NOTRe

Loi portant sur la Nouvelle Organisation Territoriale de la République

O

ORS

Observatoire Régional de la Santé

P

PAPS

Plateforme d'appuis aux professionnels de santé

PMI

Protection Maternelle et Infantile

PPS

Projet Personnalisé de Scolarisation

PRS

Projet Régional de Santé

Q

QPV

Quartier Prioritaire de la politique de la Ville

R

ROR

Rougeole-Oreillons-Rubéole

RPPS

Répertoire Partagé des Professionnels de Santé

RU

Représentant des usagers

S

SDRE

Soins psychiatriques sur Décision du Représentant de l'État

SDJ

Soins sur Décision de Justice

SDDE

Soins sur Décision du Directeur d'Établissement

SNIR-AM

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

SNDS

Système National des Données de Santé

SpF

Santé publique France

T

TDS

Territoires de Démocratie Sanitaire

U

ULIS

Unités Localisées pour l'Inclusion Scolaire

UNAASS

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

URAASS

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

URPS

Union Régionale des professionnels de santé

USMP

Unité Sanitaire en Milieu Pénitentiaire



Conférence Régionale
de la Santé
et de l'Autonomie

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

2019