



CONFERENCE REGIONALE DE LA SANTE ET DE L'AUTONOMIE D'ALSACE

RAPPORT ANNUEL RELATIF AU RESPECT DES DROITS DES USAGERS DU SYSTEME DE SANTE 2013

***Validé par les membres présents
à la séance plénière du 13 juin 2014***

ANALYSE ET AVIS DE LA COMMISSION SPECIALISEE DANS LE DOMAINE DES DROITS DES USAGERS DE LA CRSA

La Commission spécialisée dans le domaine des droits des usagers a pris acte du contenu du rapport annuel relatif au respect des droits des usagers du système de santé pour l'année 2013 (données 2012), rapport qu'elle a validé à l'occasion de sa réunion du 20 mai 2014.

A l'occasion de cette même réunion, la Commission spécialisée a émis l'avis suivant :

La Commission prend acte des données qui lui ont été transmises. Elle salue les efforts conduits par les acteurs de la santé en Alsace pour faire respecter les droits des usagers tant dans le domaine sanitaire que médico-social, en établissements et auprès des professionnels exerçant dans le secteur ambulatoire.

La Commission souhaite toutefois attirer l'attention de la CRSA sur quatre points :

- **S'agissant de la formation des professionnels de santé aux droits des usagers et à leur mise en œuvre :**
La Commission regrette qu'un nombre encore trop insuffisant de formations soit offert aux professionnels de santé dans la région. Dans un contexte où la mise en œuvre des droits des usagers est un enjeu pour la qualité de la prise en charge, la Commission appelle le développement de l'offre de formation dans ce domaine.
- **S'agissant de la mise en œuvre de la démocratie sanitaire dans les établissements de santé :**
La Commission constate que tous les établissements sanitaires de la Région sont dotés d'une CRUQPC au sein de laquelle les représentants d'usagers sont membres d'associations agréées. Elle voudrait exprimer sa satisfaction sur ce point. Néanmoins la Commission regrette que les CRUQPC de nombreux établissements ne se réunissent pas au moins 4 fois par an comme le prévoient les dispositions réglementaires. La Commission souhaite suivre cet indicateur et, le cas échéant, accompagner les établissements réunissant insuffisamment cette instance.
- **S'agissant de la qualité de la prise en charge en milieu carcéral :**
La Commission s'étonne cette année encore que le seul critère évalué pour attester du respect des droits des usagers en milieu carcéral soit celui de la conservation sécurisée du dossier médical du patient détenu. Au regard des besoins exprimés tant à travers le plaidoyer des associations d'usagers que nous représentons, des organisations non-gouvernementales telle l'OIP, des rapports du contrôleur des prisons ou de la presse, les droits fondamentaux des personnes incarcérées ne peuvent se réduire, s'agissant de la qualité de la prise en charge sanitaire en milieu carcéral, à ce seul critère. La Commission souhaite que le cahier des charges évolue sur ce point.
- **S'agissant de l'exhaustivité des données collectées pour l'établissement du rapport :**
La Commission regrette que malgré les efforts déployés par les services de l'ARS, une partie importante des informations que requiert l'établissement du rapport n'a pu être agrégée faute d'avoir été communiquée. Dans la continuité de la réforme de 2009, un des enjeux majeur de la modification du cahier des charges du rapport sur le droit des usagers était de pouvoir l'étendre au secteur médico-social et ambulatoire. Toutefois, la collecte des données reste très partielle, en particuliers dans champ ambulatoire. La Commission appelle de ces vœux une amélioration dans ce domaine pour l'établissement du prochain rapport.

Tel est l'avis de la Commission.

SOMMAIRE

<i>PARTIE 1 : PROMOUVOIR ET FAIRE RESPECTER LES DROITS DES USAGERS</i>	5
1. <i>Former les professionnels de santé sur le respect des droits des usagers</i>	5
2. <i>Rendre effectif le processus d'évaluation du respect des droits des usagers</i>	5
3. <i>Droit au respect de la dignité de la personne - Promouvoir la bientraitance</i>	10
4. <i>Droit au respect de la dignité de la personne - Prendre en charge la douleur</i>	12
5. <i>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</i>	12
6. <i>Droit à l'information : permettre l'accès au dossier médical</i>	13
7. <i>Assurer la scolarisation des enfants handicapés en milieu ordinaire ou adapté</i>	15
8. <i>Droit des personnes détenues : assurer la confidentialité des données médicales et l'accès des personnes à leur dossier médical</i>	16
9. <i>Santé mentale : veiller au bon fonctionnement des commissions départementales de soins psychiatriques</i>	16
<i>PARTIE 2 : RENFORCER ET PRESERVER L'ACCES A LA SANTE POUR TOUS</i>	17
10. <i>Assurer l'accès aux professionnels de santé libéraux</i>	17
11. <i>Assurer financièrement l'accès aux soins</i>	19
12. <i>Assurer l'accès aux structures de prévention</i>	19
13. <i>Réduire des inégalités d'accès à la prévention, aux soins et à la prise en charge médico-sociale sur tous les territoires</i>	23
<i>PARTIE 3 : CONFORTER LA REPRESENTATION DES USAGERS ET RENFORCER LA DEMOCRATIE SANITAIRE</i>	26
14. <i>Formation des représentants d'usagers</i>	26
15. <i>La participation des membres et des représentants d'usagers aux instances de démocratie sanitaire en 2012</i>	26

AVANT-PROPOS

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

Le rapport spécifique de la conférence régionale de la santé et de l'autonomie sur les droits des usagers prévu à l'article D. 1432-42 du code de la santé publique est élaboré en fonction des orientations et objectifs fixés par l'arrêté du 5 avril 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.

Initialement limité au champ sanitaire au travers de l'analyse des données recueillies dans les rapports des Commissions des Relations avec les Usagers et de la Qualité de la Prise en Charges (CRUQPC), le rapport a été élargi après la publication de l'arrêté du 5 avril 2012, aux champs médico-social et ambulatoire.

Ce rapport porte sur les données de l'année 2012, et à défaut sur les dernières données disponibles.

La commission spécialisée dans le domaine des droits des usagers de la CRSA d'Alsace s'est appuyée sur le guide d'application du cahier des charges élaboré par la Conférence Nationale de Santé de janvier 2013.

Suite à l'élargissement opéré par le cahier des charges, et malgré la concertation engagée, il subsiste des difficultés de recueil d'un certain nombre de données. Ainsi, comme l'an passé, aucune donnée relative au champ ambulatoire n'a pu être recueillie pour le rapport 2013, l'ensemble des acteurs sollicités sur la base du guide, conseils de l'ordre et Union Régionales des Professions de Santé, n'ayant pas recensé les informations attendues en matière de promotion et de respect des droits des usagers.

Il en va de même pour le champ médico-social. La principale source de données citée dans le cahier des charges et son guide d'application concerne en les rapports d'évaluation interne des établissements médico-sociaux (dont l'échéance de réalisation par les établissements est fixée par la réglementation au 3 janvier 2014). Or ces rapports d'évaluation interne ne sont pas élaborés selon les mêmes modalités et ne sont pas basés sur le même référentiel. Ils ne mentionnent pas le fonctionnement effectif des Conseils de la Vie Sociale et ne font pas état d'éléments quantitatifs.

Les données disponibles de ce champ concernent les objectifs 2, « Rendre effectif le processus d'évaluation du respect des droits des usagers » et 3, « Droit au respect de la dignité de la personne- promouvoir la bientraitance » grâce à l'exploitation de l'enquête nationale 2012 "Bientraitance des personnes accueillies en Maisons d'accueil spécialisées et en Foyers d'accueil médicalisé".

Le rapport se compose des trois parties 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 et renforcer la démocratie sanitaire*

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

L'Association Nationale pour la Formation permanente du personnel Hospitalier (ANFH) d'Alsace a proposé en 2012 un certain nombre d'actions de formations régionales ; parmi elles, elle a recensé les formations suivantes :

- *Approche médicamenteuse de la maladie d'Alzheimer (45 stagiaires)*
- *La maladie de Parkinson (57 stagiaires)*
- *Le processus d'accueil (70 stagiaires)*
- *La dénutrition chez la personne âgée (72 stagiaires)*
- *La prise en charge des personnes angoissées la nuit (30 stagiaires)*
- *Maladie d'Alzheimer et démences apparentées (46 stagiaires)*
- *Les soins palliatifs (45 stagiaires)*
- *L'éthique en soin (43 stagiaires)*

Seules les deux dernières actions de formation entrent dans le périmètre des thématiques prévues par le cahier des charges. Il n'est pas proposé de thèmes propres aux droits des usagers.

88 stagiaires (88 participations) ont été formés sur des thèmes relatifs aux droits des usagers.

Les fédérations professionnelles (FEHAP) et organismes paritaires (UNIFAF) contactés n'ont pas pu fournir de données.

Très peu de données sont disponibles dans les rapports de CRUQPC des établissements sanitaires : seuls 3 rapports citent l'existence de formations (thèmes, nombre de professionnels). Aucune donnée n'est disponible sur le champ ambulatoire et médico-social.

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

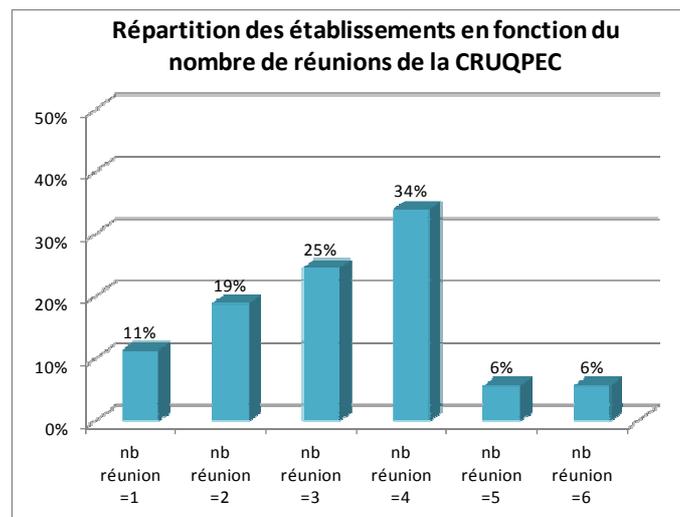
En 2012, 79 établissements sanitaires sont concernés : des CRUQPC communes en place dans plusieurs groupes ou pôles sanitaires. 56 rapports sur les 60 attendus ont été réceptionnés par l'ARS soit 92% (cf. liste jointe en annexe).

Il existe trois CRU territoriales (inter-établissements : Syndicat Inter-Hospitalier du Florival et de la Hardt, CH Mulhouse - Thann - Cernay, Hôpital Intercommunal du Val d'Argent (HIVA) - Sélestat - Obernai).

Il résulte de l'exploitation de ces rapports que:

- 100 % des établissements de la région disposent d'une CRUQPC ;
- Le nombre médian de réunions est de 3 par an (de 1 à 6 selon les établissements) : l'article R1112-88 du CSP prévoit que "la commission se réunit sur convocation de son président au moins une fois par trimestre et aussi souvent que nécessaire...", soit au moins 4 fois/an.

La commission Droits des Usagers de la CRSA constate que plus de la moitié des CRUQPC ne respectent pas le nombre minimal de réunions.



Les réunions portent en règle générale sur l'examen des plaintes et réclamations en formation restreinte, et en formation plénière principalement sur : les démarches relatives à l'amélioration de la qualité de la prise en charge des patients, sur la présentation de rapports (rapport d'activité des CRUQ, questionnaires de sortie, enquêtes de satisfaction), les actions institutionnelles sur les droits des usagers, l'approbation des comptes, l'organisation intérieure de l'établissement.

Plus de la moitié des CRUQPEC fonctionnent avec 2 représentants des usagers titulaires et 2 représentants suppléants (32 sur 55 CRUQPEC) ; 6 fonctionnent avec un représentant titulaire et un représentant suppléant.

Sur les 56 rapports transmis, 16 précisent que les membres de la CRUQ ont suivi une formation, 8 précisent qu'aucune formation n'a été dispensée, et 32 n'ont rien précisé à ce sujet dans le rapport.

Composition et qualité des membres de la CRU

Qualité des membres de la CRU	Pourcentage de CRU concernées
Direction générale	100
Direction des soins	18
Direction Qualité / Clientèle / Accueil	67
Paramédicaux – Soignants	93
Médecins	100
dont le Président de la CME	42
Représentant des usagers	100
Représentant du Conseil d'Administration	27

La commission Droits des Usagers de la CRSA s'interroge sur la participation de représentants d'usagers qui sont des professionnels de santé en activité ou en retraite. La question est posée de l'orientation des débats au sein des CRUQPC et renvoie les associations à leur responsabilité sur la liberté de point de vue de l'utilisateur par rapport au professionnel.

L'indicateur de satisfaction des usagers (I-SATIS), qui ne porte que sur les établissements de santé (MCO), est en cours de déploiement et les données ne seront accessibles qu'à partir de 2013.

Cet indicateur mesure la satisfaction des patients hospitalisés sur différentes composantes de leur prise en charge (prise en charge globale ; attitude des professionnels ; communication avec les professionnels ; information du patient ; restauration hospitalière ; commodité de la chambre ; score de satisfaction globale).

Le score national de satisfaction globale est 72,1 sur 100 pour 2012. 4 établissements de la région ont participé à la deuxième campagne de recueil :

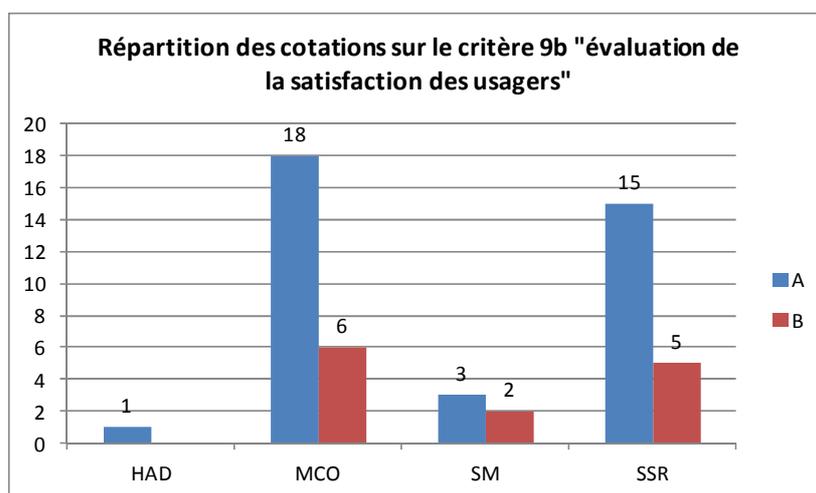
- Groupe hospitalier Saint-Vincent, Strasbourg
- Clinique Sainte Odile, Strasbourg
- Centre hospitalier de Mulhouse
- Centre hospitalier de Colmar.

Les rapports d'évaluation interne des établissements sociaux et médico-sociaux n'évoquent pas le fonctionnement effectif des Conseils de la Vie Sociale (CVS) ; seul un établissement médico-social a transmis son rapport du CVS (Dannemarie). Deux établissements sanitaires disposant d'une structure médico-sociale mentionnent des éléments de fonctionnement du CVS dans leur rapport de CRUQPC.

Le critère 9b du manuel de certification HAS V2010 porte sur l'évaluation de la satisfaction des usagers.

Parmi les 50 établissements de la région Alsace certifiés¹ par la Haute Autorité de Santé (HAS) selon la version V2010, 37 sont cotés A (soit 74%) et 13 sont cotés B (soit 26%).

Tous les établissements de la région ont mis en place un dispositif d'évaluation de la satisfaction des usagers et les résultats de cette évaluation conduisent à des actions d'amélioration.



Une enquête nationale relative à la "Bientraitance des personnes accueillies en Maisons d'accueil spécialisées et en Foyers d'accueil médicalisé" a été conduite en 2012.

Conçue et pilotée par l'Anesm, cette enquête menée en partenariat avec la Direction Générale de la Cohésion Sociale (DGCS), a été diffusée en régions par les Agences Régionales de Santé (ARS)².

¹ Données extraites de la plateforme SARA au 23/01/2014

² Enquête Anesm 2012 – 30 répondants (16 FAM et 14 MAS) ; « Déploiement des pratiques professionnelles concourant à la bientraitance dans les Maisons d'accueil spécialisées et les Foyers d'accueil médicalisé », Analyse nationale 2012, ANESM.

Les équipes pluridisciplinaires des MAS-FAM ont été invitées par les ARS à remplir un questionnaire d'auto-évaluation des pratiques entre le 1er octobre et le 30 novembre 2012.

L'objectif de l'enquête "Bientraitance des personnes accueillies en Maisons d'accueil spécialisées et en Foyers d'accueil médicalisé" était de procéder, au niveau national, à un état des lieux des pratiques de bientraitance au sein des établissements. Elle a également permis de recueillir des informations sur le fonctionnement des CVS au sein de ces établissements.

Sur 41 établissements de la région Alsace, 30 ont retourné un questionnaire exploitable dont 14 MAS et 16 FAM

- Le Conseil de la vie sociale est mis en place depuis plus d'un an dans 81% des FAM (dans 93% des MAS)
 - o Soit dans 87% des structures en région.
 - o Pour comparaison, au moment de l'enquête, 94% des structures au niveau national disposaient d'un CVS (celui-ci étant en place dans sa première année de fonctionnement pour 5% d'entre elles).
- Le Conseil de la vie sociale compte au moins un usager dans 96% des FAM (dans 69% des MAS).
 - o Pour comparaison, au moment de l'enquête, 88% des FAM au niveau national comptaient au moins un usager au sein de son CVS (65 % des MAS au niveau national).
- 73% des FAM (62% des MAS) estiment que l'animation du CVS permet toujours une expression et une prise en compte de la parole des personnes accueillies.
 - o Pour comparaison, la moyenne nationale est de 72% pour les FAM et de 57% pour les MAS.

		Préparations des réunions du CVS avec les usagers	Restitutions adaptées des réunions de CVS auprès des usagers	Mise en place de formations de participation alternatives au CVS	Analyse et prise en compte des suggestions et plaintes des usagers
MAS	Alsace	38%	15%	62%	46%
	National	43%	20%	63%	70%
FAM	Alsace	73%	27%	93%	53%
	National	62%	32%	85%	63%

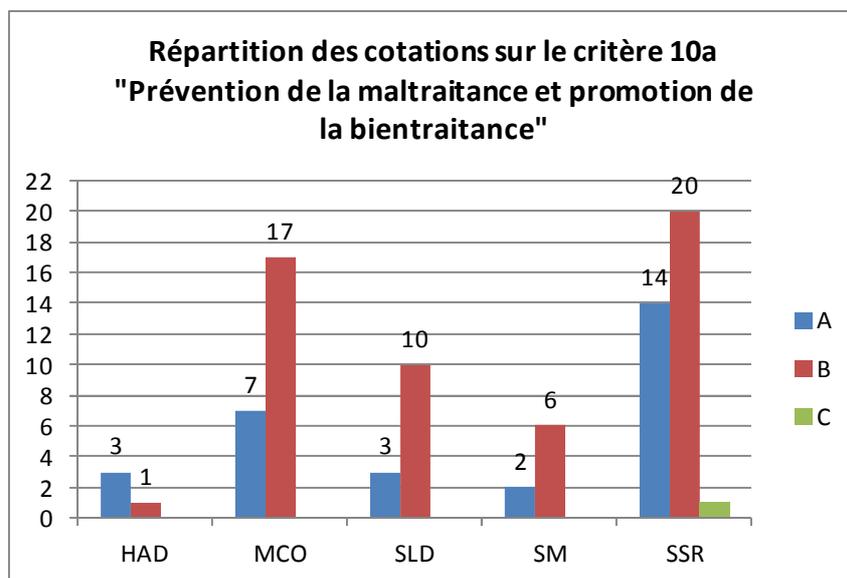
Lire ainsi : 38% des MAS de la région Alsace (disposant d'un CVS) préparent systématiquement les réunions du CVS en collaborations avec les usagers. En comparaison, la moyenne nationale est de 43%.

Sur le secteur médico-social, le conseil de la vie sociale (CVS) est l'un des outils définis par la loi n°2002-2 du 2 janvier 2002 pour l'exercice des droits fondamentaux des usagers. Les modalités de mise en place et de fonctionnement du CVS sont entrées en vigueur par le décret du 25 mars 2004 et le décret du 2 novembre 2005, (article L. 311-6 du code de l'action sociale et des familles).

Or pour la région Alsace, tous les établissements concernés n'en disposent pas, ceci dix ans après le décret de mise en place.

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

Parmi les 50 établissements de la région Alsace certifiés par la Haute Autorité de Santé (HAS)³ selon la version V2010 (84 filières évaluées), 29 filières sont cotées A (soit 34%), 54 sont cotées B (soit 64%) et un établissement est coté C (soit 2%).



³ Données extraites de la plateforme SARA au 23/01/2014

Sur les 56 établissements ayant transmis leur rapport de CRUQPC, 9 établissements (16%) mentionnent la mise en œuvre ou l'existence d'un élément de dispositif de bientraitance :

- rédaction et diffusion d'une Charte de bientraitance,
- mise en place d'actions d'amélioration, de promotion ou de formation relatives à la bientraitance,
- identification d'un objectif bientraitance dans leur projet de soin.

84% n'ont pas renseigné le rapport sur cette question.

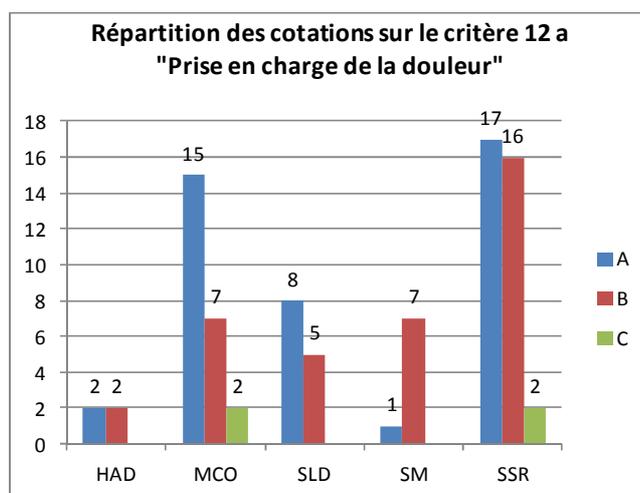
L'enquête nationale relative à la "Bientraitance des personnes accueillies en Maisons d'accueil spécialisées et en Foyers d'accueil médicalisé" dresse un bilan des pratiques en région :

- Une procédure ou un protocole pour prendre en charge et analyser les situations de maltraitance existe dans 56% des FAM et 93% des MAS.
 - o Soit dans 73% des structures en région.
 - o Pour comparaison, la moyenne nationale est de 82%.
- Une procédure ou un protocole pour prendre en charge et analyser les événements indésirables liés aux soins existe dans 81% des FAM et 93% des MAS.
 - o Pour comparaison, la moyenne nationale pour les FAM est de 75% et pour les MAS de 87%.
- Des bénévoles interviennent dans 67% des FAM (dans 71% des MAS).
 - o Pour comparaison, la moyenne nationale pour les FAM est de 49% et pour les MAS de 42%.
- 50% des FAM (50% des MAS) dans lesquels interviennent des bénévoles déclarent que ceux-ci sont formés.
 - o Soit dans la moitié des structures en région.
 - o Pour comparaison, seul un tiers des structures au niveau national déclare que les bénévoles qu'elles accueillent ont bénéficié d'une formation.
- 63% des FAM (86% des MAS) déclarent que la bientraitance est un sujet qui a fait l'objet d'une formation des professionnels de l'établissement au cours des trois dernières années.
 - o Soit dans 73% des structures en région.
 - o Pour comparaison, la moyenne nationale est de 65%.

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

Seuls 3 rapports de CRUQPC évoquent la mise en œuvre d'actions d'amélioration ou de formation sur la prise en charge de la douleur

Parmi les 50 établissements certifiés selon la version V2010⁴ par la HAS (84 filières de soins évaluées), 51% des filières sont cotées A, et 44% sont cotées B : la quasi totalité de ces établissements prennent en charge la douleur de manière satisfaisante. 4% sont cotées C (soit 4 établissements, filière MCO ou SSR).



Il n'existe pas de données relatives à la prise en charge de la douleur exploitables pour les établissements médico-sociaux.

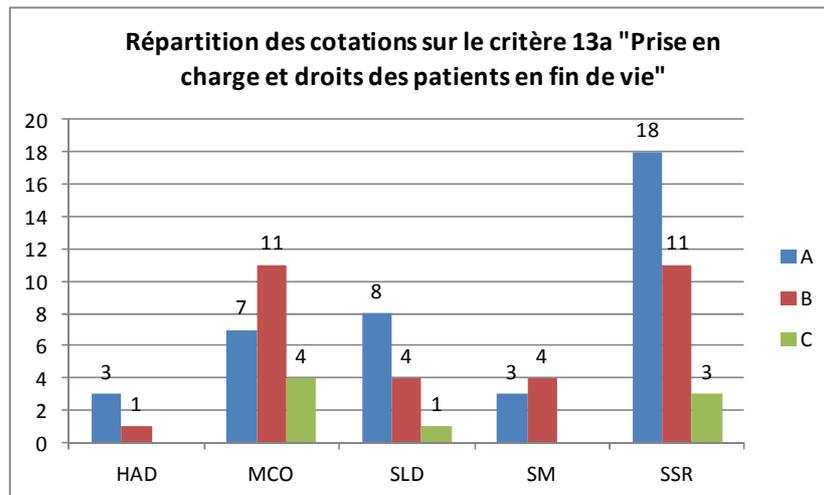
5. Droit au respect de la dignité de la personne - Encourager les usagers à rédiger des directives anticipées relatives aux conditions de leur fin de vie

Seul un établissement cite dans son rapport CRUQPC que le dispositif des directives anticipées est un des objectifs de son projet d'établissement.

Sur les 50 établissements certifiés selon la version V2010 par la HAS⁵, 6 établissements ont une filière non concernée par le critère, 39 filières sont cotées A (50%), et 31 sont cotés B (40%) : ces établissements ont mis en place une organisation permettant l'évaluation et la prise en charge des besoins des patients en fin de vie ou ont défini des modalités de recueil de la volonté des patients et

⁴ Données extraites de la plateforme SARA au 23/01/2014

le cas échéant, de conservation des directives anticipées de manière satisfaisante ; 8 filières (pour 5 établissements) sont cotées C, soit 10%.



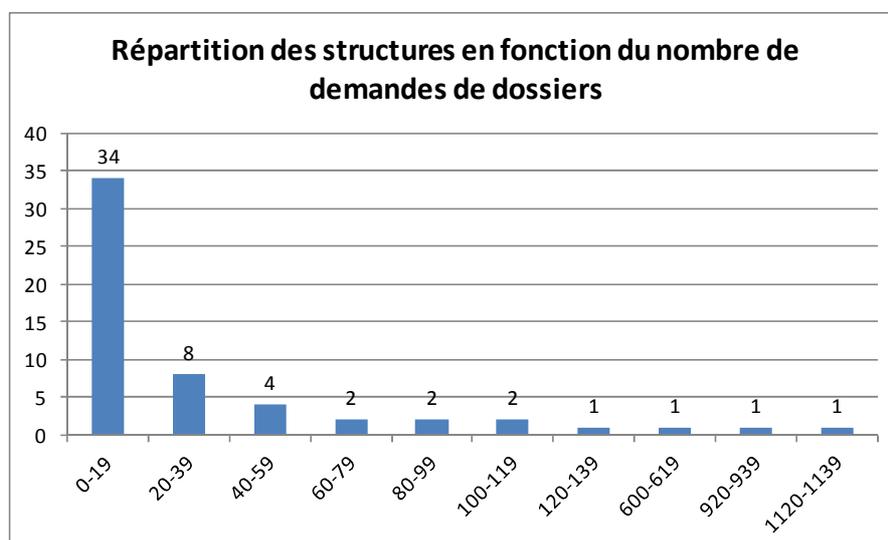
Il n'existe pas de données relatives exploitables concernant les établissements médico-sociaux.

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

Des rapports de CRUQPC, il résulte qu'en moyenne, 96 dossiers médicaux ont été demandés en 2012 dans 40 établissements, allant de 1 demande pour une structure d'hospitalisation à domicile à 1134 pour les Hôpitaux Universitaires.

Le nombre médian de demandes est de 7. 15 structures n'ont pas été sollicitées pour des demandes de dossier médical.

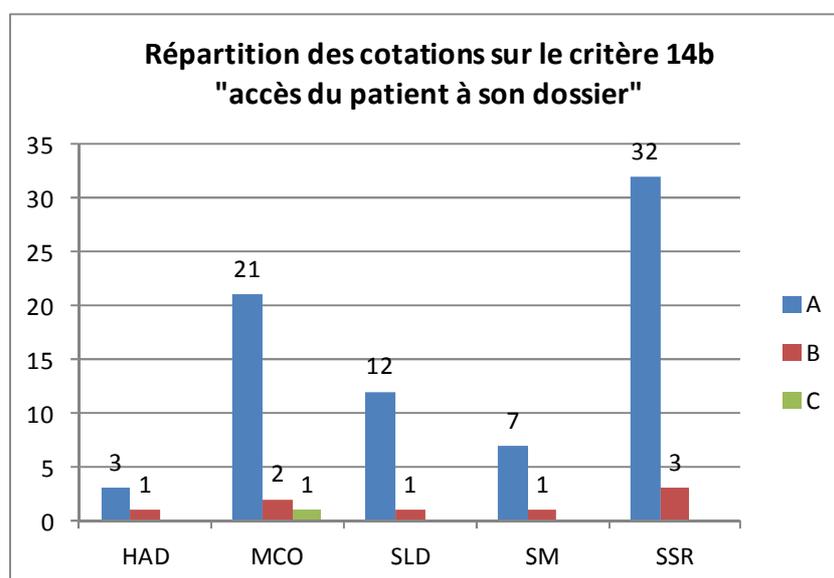
Pour la région Alsace, 3847 demandes de dossiers médicaux ont été recensées.



75 des 84 filières des établissements certifiés selon la version V2010 par la HAS⁶ sont cotées A, et 8 sont cotées B : 99% de ces établissements (89% en A et 10% en B) ont donc organisé l'accès du patient à son dossier médical ou ont informé le patient des droits d'accès à son dossier de manière satisfaisante; les délais d'accès respectent la réglementation en la matière.

Selon l'article L. 1111-7 du Code de la santé publique, l'accès à un dossier médical par le patient, un représentant légal ou un ayant-droit doit être rendu possible au maximum dans les huit jours suivant la demande et au plus tôt après un délai de réflexion de quarante-huit heures. Si les informations médicales en cause ont plus de cinq ans, le délai est de deux mois.

Seulement 1 établissement recueille une cotation C.



Les dispositions du code de l'action sociale et des familles prévoient que « 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 général.

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 (article L 311-5 CASF). »

⁶ Données extraites de la plateforme SARA au 23/01/2014

Les arrêtés de désignation des personnes qualifiées ont été signés en 2013 (conseils généraux, ARS et Préfet) : 3 personnes désignées par départements (PA, PH, inclusion sociale).

Le bilan des plaintes et signalements à l'ARS ne met en évidence aucun signalement ni aucune plainte dans le médico-social en 2012 sur l'accès au dossier médical.

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

Durant l'année scolaire 2012-2013 (Source : enquête DGESCO – Education Nationale), 4645 élèves handicapés ont été scolarisés en établissements scolaires :

- 2895 en primaire, 1750 dans le secondaire
- 2769 en inclusion individuelle, 1876 en inclusion collective (CLIS, ULIS).

L'effectif a augmenté par rapport à l'année précédente (+ 5% : 4395 enfants scolarisés en 2011-2012)

La répartition entre milieu ordinaire et classe adaptée est restée sensiblement la même : 59% des enfants sont scolarisés en milieu ordinaire pour l'année 2012-2013 (contre 58% en 2011-2012).

3134 élèves sont accueillis en établissement médico-social. Parmi eux :

- 2574 élèves accueillis à temps complet pour la durée de l'année scolaire,
 - o dont élèves scolarisés en Unité d'enseignement (à temps complet ou partiel) 279
 - o dont scolarisation externe 32
 - o dont non scolarisés (handicap trop grave) 279
- 560 élèves accueillis pour la durée de l'année scolaire, à temps partiel.

La convention cadre signée en 2013 entre l'ARS Alsace et l'Education nationale vise, dans son axe 4, à clarifier, favoriser et renforcer les liens et les passerelles entre milieu ordinaire et milieu spécialisé. A ce titre, il est prévu à compter de la rentrée 2014-2015 :

- *d'assurer une connaissance plus fine de la réalité du terrain et un suivi efficace du projet par le développement d'un tableau de bord conjoint;*

- *de décliner les objectifs et priorités retenus à travers le conventionnement avec les établissements et services médico-sociaux, dans un format renouvelé, tripartite :*
 - o *il sera utilisé, pour la création ou le renouvellement d'une unité d'enseignement au sein d'un établissement médico-social*
 - o *une convention-type sera signée de manière tripartite par les directeurs académiques des services de l'éducation nationale, la direction générale de l'ARS et le président de l'association gestionnaire,*
 - o *il comprendra des objectifs quantitatifs et qualitatifs comprenant notamment la nécessaire coopération des établissements médico-sociaux avec les établissements scolaires pour la mise en œuvre des Projets Personnalisés de Scolarisation (PPS) des jeunes.*

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

Les dossiers médicaux des détenus sont dans les locaux dédiés des unités de consultation et de soins ambulatoires (UCSA), dans des armoires fermées à clef (source : contrôle des établissements pénitentiaires).

La commission Droits des Usagers de la CRSA s'étonne que le seul aspect évalué pour le respect des droits des usagers en milieu carcéral soit celui de la mise à disposition sécurisée du dossier médical du détenu.

En 2012, 3 plaintes ont été réceptionnées par l'ARS de la part de détenus : une pour défaut de soins, une autre pour défaut d'information et la troisième portant sur un défaut d'hygiène.

9. Santé mentale : veiller au bon fonctionnement des commissions départementales de soins psychiatriques

En 2012 la commission départementale des soins psychiatriques du Haut-Rhin s'est réunie à 3 reprises et a transmis son rapport annuel d'activité à l'ARS. Pour le Bas-Rhin, seules 2 réunions ont été tenues (sur les 4 prévues par la loi) ; et 1 visite (sur les 2 prévues par la loi) pour 3 établissements ont été organisées. Un rapport d'activité a également été rédigé.

10. Assurer l'accès aux professionnels de santé libéraux

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

La part de l'offre médicale en secteur 1 par territoire de santé au 31/12/2012, correspond au rapport entre le nombre de médecins en secteur 1 et le nombre de médecins en secteur 1 et 2 (source : Erasme).

<i>Proportion d'omnipraticiens libéraux en secteur 1</i>				
T1	T2	T3	T4	Alsace
95%	92%	94%	96%	94%

<i>Proportion de médecins spécialistes libéraux en secteur 1</i>				
T1	T2	T3	T4	Alsace
64%	50%	62%	55%	55%

(2) Part de la population vivant dans un bassin de vie dont la densité de médecins généralistes est inférieure à 30% de la moyenne nationale.

La part de la population vivant dans un bassin de vie dont la densité de médecins généralistes, hors modes d'exercices particuliers, est inférieure à 30% de la moyenne nationale est de 2,5% en 2012, contre 2,4% en 2011.

Sont concernés les bassins de vie qui représentent une densité inférieure à 54 médecins généralistes pour 100 000 habitants, soit les 4 bassins de vie de Dannemarie, Ensisheim, Ottmarsheim et Neuf-Brisach.

Bassin de Vie							
Année	Densité MG France Métro	Code	Bassin de Vie	Population du BV	Effectif MG par BV	Densité MG par BV pour 100 000 hab	Ecart à la moyenne France Métro
2009	86,3	68060	Burnhaupt-le-haut	5 776	3	51,9	-39,8%
2009	86,3	68068	Dannemarie	15 469	9	58,2	-32,6%
2009	86,3	68082	Ensisheim	15 327	8	52,2	-39,6%
2009	86,3	68090	Ferrette	10 173	6	59,0	-31,7%
2010	85,5	68060	Burnhaupt-le-haut	5 776	3	51,9	-39,2%
2010	85,5	68068	Dannemarie	15 469	9	58,2	-31,9%
2010	85,5	67095	Diemeringen	6 748	4	59,3	-30,7%
2010	85,5	68082	Ensisheim	15 327	7	45,7	-46,6%
2010	85,5	68090	Ferrette	10 173	6	59,0	-31,0%
2011	84,3	68068	Dannemarie	15 540	9	57,9	-31,3%
2011	84,3	68082	Ensisheim	15 509	7	45,1	-46,4%
2011	84,3	68352	Neuf-Brisach	13 061	6	45,9	-45,5%
2012	83,4	68068	Dannemarie	15 677	8	51,0	-38,8%
2012	83,4	68082	Ensisheim	15 661	6	38,3	-54,0%
2012	83,4	68253	Ottmarsheim	1 899	1	52,7	-36,8%
2012	83,4	68352	Neuf-Brisach	13 154	7	53,2	-36,2%

(3) nombre de structures d'exercice collectif en milieu ambulatoire (maisons de santé, centres de santé)

On compte en Alsace, 70 centres de santé (20 dentaires, 43 centres de soins infirmiers, 6 polyvalents, 1 centre de santé médical) et 5 maisons de santé pluriprofessionnelles (quartier du Neuhof, Woerth, Fréland, Schirmeck et Bartenheim).

La différence entre les deux types de structure réside dans le mode d'exercice des professionnels concernés : dans les centres de santé qui n'ont qu'une activité, les professionnels concernés sont salariés ; dans les maisons de santé, ce sont des libéraux avec un exercice pluriprofessionnel. Une maison de santé concerne a minima 2 médecins et 1 paramédical.

11. Assurer financièrement l'accès aux soins

Les ordres des professionnels de santé libéraux ont été saisis par la Direction Générale de l'Offre de Soins (DGOS) pour recueillir le nombre de plaintes et de réclamations pour refus de soins pour les personnes en CMU et en AME. Les données ne sont pas disponibles pour le présent rapport.

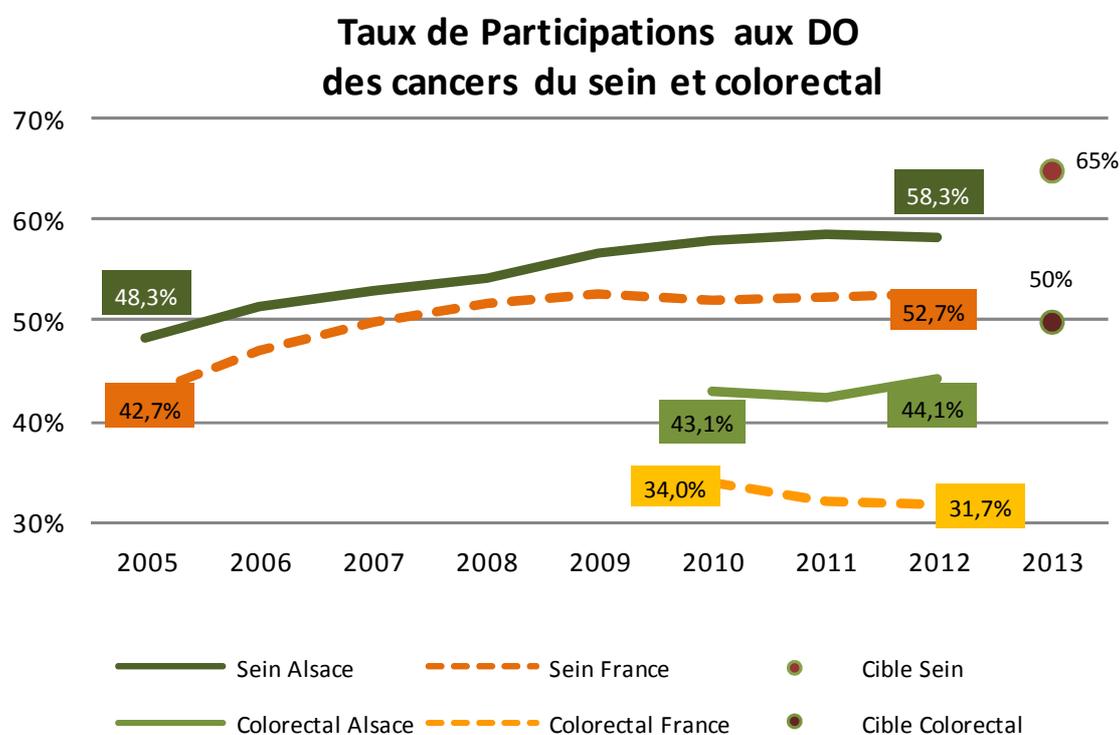
12. Assurer l'accès aux structures de prévention

L'atteinte de cet objectif s'évalue au travers de 4 indicateurs, disponibles dans le contrat pluriannuel d'objectifs et de moyens Etat-ARS.

(1) deux indicateurs relatifs à l'amélioration de la prévention et du dépistage des cancers :

- Le taux de participation au dépistage organisé du cancer colorectal chez les 50 à 74 ans
- Le taux de participation au dépistage organisé du cancer du sein pour les femmes de 50 à 74 ans

Les résultats des deux indicateurs sont illustrés par le graphique ci-dessous.



Les taux régionaux de participation aux dépistages des cancers sont supérieurs aux moyennes nationales :

- *Pour le cancer du sein, + 5,6 points et +12,4 points pour le cancer colorectal.*
- *En 2012 on constate une légère baisse par rapport à 2011, pour le cancer du sein (-0,3 points) et une hausse pour le cancer colorectal (+1,7 points).*

Un travail de consolidation du partenariat avec l'Assurance Maladie et la structure de gestion est en cours, au travers de la création d'un comité stratégique du Dépistage Organisé en présence de l'ensemble des financeurs (ARS/Assurance Maladie/Conseil Général).

La commission Droits des Usagers de la CRSA note des progressions qui restent faibles, malgré l'investissement important des associations.

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

Ce taux n'est pas disponible en région Alsace pour 2012. En 2010, il était de 87% en 2010, et de 88,8% en 2011. Il n'y a pas de données nationales.

L'objectif d'amélioration de la couverture vaccinale fait partie d'une priorité de l'ARS en 2012 et fait l'objet d'un suivi dans le cadre de la mise en œuvre du Projet Régional de Santé.

L'ARS a l'ambition de décliner le Programme national d'amélioration de la politique vaccinale 2012-2017 avec la mise en œuvre des 5 axes stratégiques :

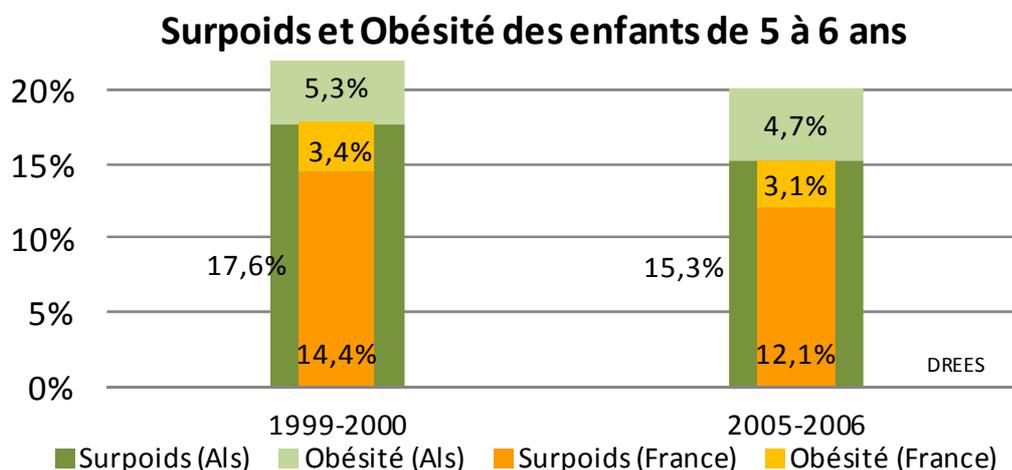
- *Simplifier le calendrier vaccinal et l'accès aux données du carnet de vaccination ;*
- *Faciliter l'accès à la vaccination en s'appuyant sur les ARS*
- *Inciter à la vaccination*
- *Améliorer le suivi et l'évaluation de la politique vaccinale*
- *Conforter le « continuum » recherche fondamentale publique/transformation industrielle sur les vaccins et favoriser la recherche en sciences humaines.*

Cette déclinaison se fera en cohérence avec le Schéma Régional de Prévention 2012-2016 dont un axe vise à prévenir les maladies infectieuses et plus particulièrement les maladies de prévention vaccinale.

Les actions suivantes ont été mises œuvre :

- Enquête de la couverture vaccinale rougeole auprès des jeunes enfants scolarisés dans le département du Bas-Rhin (67) en cours : résultat attendu pour fin 2013. Cette enquête permettra d'envisager des mesures de "rattrapage" de couverture.
- Mise en place d'un Comité "promotion de la vaccination", au sein de la Commission de coordination des politiques publiques dans le domaine de la prévention, de la santé scolaire, de la santé au travail, et de la protection maternelle et infantile d'Alsace (validation en séance le 20 décembre 2012).
- Priorité régionale ciblant plus particulièrement la lutte contre la rougeole. Implication plus importante au cours de la SEV 2012 avec une participation aux Journées Défense et Citoyenneté.
- Négociation d'une convention cadre avec l'Education Nationale, incluant la promotion de la vaccination.

(3) La prévalence de l'obésité et du surpoids parmi les enfants en grande section de maternelle (source DGS/DREES)



Les taux pour **2012** ne sont pas disponibles en région. La valeur est de 4,7% en 2005/2006 pour la prévalence de l'obésité (valeur cible de 4% pour 2012) et de 15,3% pour la prévalence du surpoids (valeur cible de 14,3% pour 2012).

Cet indicateur est mesuré par la Direction de la Recherche, des Etudes, de l'Évaluation et des Statistiques (DREES) sur la base des informations transmises par l'Éducation Nationale lors d'enquêtes nationales ; celles-ci ont lieu au mieux tous les 6 ans.

Pour obtenir des informations plus régulières et infrarégionales, un système informatisé de recueil de données est en cours d'élaboration dans le cadre d'une convention entre l'ARS et le Rectorat.

Au-delà de ce recueil de données, des actions ont été mises en œuvre

- Projets de promotion de la santé :

Elaboration d'une stratégie régionale avec l'ensemble des partenaires concernés (EN, DRJSCS, DRAAF, régime local d'assurance maladie ...), et notamment avec les villes de Strasbourg et de Mulhouse. Cet accord acte un consensus régional sur un modèle d'interventions complet, de type « CAAPS » pour les écoles élémentaires, comprenant plusieurs modules d'actions probantes adaptés aux différents publics-cibles (enfants, enseignants, personnels de restauration, familles, périscolaires ...).

Les modalités de mise en œuvre avec chacune des deux villes se traduisent par un projet de promotion de la santé sur un quartier prioritaire, sur la base d'un cahier des charges en cours de rédaction.

- Enquête en cours auprès des médecins généralistes et des pédiatres libéraux de la zone de proximité (ZP) de Strasbourg pour connaître leurs difficultés et leurs attentes en matière de prise en charge des enfants en surpoids ou obèses, et ainsi pouvoir proposer une prise en charge structurée à leur attention.

Si les données relatives au public cible (enfants de maternelle) ne sont pas disponibles, la diminution du surpoids et de l'obésité des enfants et adolescents reste une des priorités de l'ARS.

Ainsi des actions portant sur cette thématique sont entreprises au niveau régional sur d'autres publics :

- Développement de l'activité physique chez l'enfant et l'adolescent :

- o 4 villes alsaciennes ont signé la chartre villes actives : Strasbourg, Lingolsheim, Mulhouse et Thann soit 23% de la population alsacienne concernée*
- o 149 établissements (collèges et lycées) sur les 219 de l'académie ont été actifs dans le projet CAAPS pour l'année scolaire 2011-2012. A partir de l'année scolaire 2012-2013, un nouveau projet intégrant les écoles élémentaires rattachées impacte 16 collèges et 150 écoles élémentaires*

- Evolution des comportements alimentaires des enfants et adolescents

En avril 2013, l'académie de Strasbourg a diffusé une circulaire à l'ensemble des enseignants du 1er degré concernant la prévention du surpoids et de l'obésité.

- Développement de l'allaitement maternel

Le taux d'allaitement en Alsace à la sortie des maternités reste supérieur à celui du niveau national (7,9 pts en 2011), mais après 3 mois l'écart entre le niveau régional et national se réduit (3,4 pts en 2011).

- Renforcement du dépistage précoce et développement de la prise en charge coordonnée des enfants et adolescents en surpoids ou obèses

Pour les périodes 1999-2000 et 2005-2006, l'Alsace se situe à près de 5 points au-dessus du niveau national sur le cumul surpoids et obésité. La baisse de la surcharge pondérale et de l'obésité entre 2000 et 2006 a touché toutes les régions. L'Alsace maintient son écart de 3,2 points en surcharge pondérale par rapport à la France alors qu'elle le réduit pour l'obésité passant de 1,9 points à 1,6 points (Cf. graphique p.21).

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

L'atteinte de cet objectif s'évalue au travers de 3 indicateurs, disponibles dans le contrat pluriannuel d'objectifs et de moyens Etat-ARS :

- (1) Le nombre de contrats locaux de santé signés au titre de l'article L. 1434-17 du code de la santé publique sur des territoires prioritaires urbains (CUCS, ZEP) ou ruraux (isolés)

La loi HPST prévoit que la mise en œuvre du Projet régional de santé (PRS) peut faire l'objet de contrats locaux de santé conclus entre l'Agence et les collectivités territoriales (Article L1434-17 du code de la santé publique).

Ces contrats participent à la réduction des inégalités territoriales et sociales de santé et portent sur la promotion de la santé, la prévention, les politiques de soins, l'accompagnement médico-social mais également sur les déterminants de la santé (logement, transports, environnement physique, cohésion sociale etc.). Ils concernent exclusivement les territoires particulièrement vulnérables, volontaires pour un engagement contractuel.

En 2012, il existe 5 contrats locaux de santé (deux supplémentaires par rapport à 2011) :

- deux à Strasbourg
- un à Mulhouse
- un avec la communauté de communes du Val d'Argent
- un avec la communauté de communes de la Vallée de la Bruche.

(2) 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)

S'agissant des personnes âgées, le périmètre de la dépense concerne les établissements et services médico-sociaux financés par l'assurance maladie, les Unités de Soins Longue Durée, et les actes de soins infirmiers.

La dépense en euro par habitant est calculée par département (67/68) et par région en faveur des personnes âgées :

$$= \frac{\text{Dépenses PA (EHPAD, USLD et AIS)}}{\text{Nombre de personnes de 75 ans et plus}}$$

L'indicateur vise à mesurer la dispersion de ces 2 valeurs départementales par rapport à la moyenne régionale.

L'écart type était de 5,9% en 2011, contre 16,6% toutes régions confondues.

En 2012, l'écart-type est de 5,6 % en Alsace contre 15,8 au niveau national.

S'agissant des personnes handicapées, le périmètre de la dépense concerne les établissements et services médico-sociaux financés par l'assurance maladie.

La dépense en euro par habitant est calculée par département (67/68) et par région en faveur des personnes handicapées :

$$= \frac{\text{Dépenses PH}}{\text{Nombre de personnes de 0 à 59 ans}}$$

En 2011, l'écart était de de 25,8%, contre 57,6 % au niveau national.

En 2012, l'écart est de 30,4% en Alsace contre 57,6 au niveau national

(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

Sont comptabilisés les logements, les parties communes et les locaux ayant fait l'objet, suite à la visite d'évaluation des risques sanitaires, d'une procédure au titre du Code de la Santé Publique pour habitat insalubre et le plomb.

Le 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 était de 54 en 2011, et également de 54 en 2012 pour la région Alsace, il était en progression par rapport à 2010 (44).

Les signalements émanent principalement des occupants et des travailleurs sociaux, mais également de maires, de médecins, de gendarmes, de services de secours etc.

- *120 contrôles sur sites ont été effectués en 2012*
- *51 procédures ont été engagées au titre du Code de la santé publique par l'ARS ou les Services d'hygiène et santé des villes de Strasbourg, Colmar et Mulhouse pour le compte des préfets.*

14. Formation des représentants d'usagers

En 2012, le CISS Alsace a organisé 5 sessions de formations financées par l'ARS sur les thèmes suivants :

- Représenter les usagers en CRUQPC
- Analyser les plaintes et réclamations en CRUQPC
- Défendre les droits des usagers
- le rapport annuel de la CRUQPC : y participer, l'exploiter
- représenter les usagers : l'essentiel

Le CISS Alsace a formé 51 stagiaires en 2012 (3 stagiaires ont participé à des sessions organisés à Paris), contre 98 stagiaires en 2011.

15. La participation des membres et des représentants d'usagers aux instances de démocratie sanitaire en 2012

- 53 % des membres de la CRSA ont participé aux 3 réunions plénières de la CRSA d'Alsace, contre 46% en 2011
- 32% des membres des 4 conférences de territoire de la région ont participé à celles-ci, contre 57% en 2011
- 71% des représentants d'usagers de la CRSA d'Alsace ont participé aux réunions plénières de la CRSA, contre 28% en 2011
- 46% des représentants d'usagers des conférences de territoire ont participé aux séances de celles-ci, contre 52% en 2011.

ANNEXE

Liste des établissements ayant transmis un rapport de CRUQ

<i>Finess de l'entité juridique</i>	<i>Commune</i>	<i>Etablissement</i>	<i>Existence d'une CRUQPC</i>	<i>Rapport transmis à l'ARS</i>
67 078 058 4	BISCHWILLER	Centre Hospitalier de Bischwiller	<i>oui</i>	<i>oui</i>
67 078 035 2	BOUXWILLER	Hôpital local de Bouxwiller	<i>oui</i>	<i>oui</i>
67 001 336 6	BRUMATH	Etablissement Public de Santé d'Alsace-Nord (EPSAN)	<i>oui</i>	<i>oui</i> (rapport parvenu après finalisation du rapport)
67 078 007 1	BRUMATH	Hôpital local de Brumath	<i>oui</i>	<i>oui</i>
57 000 996 9	GOERSDORF	Etablissement Médical "Liebfrauenthal"	<i>oui</i>	<i>oui</i>
67 078 049 3	HAGUENAU	Centre de Post-Cure "Château Walk"	<i>oui</i>	<i>oui</i>
67 078 033 7	HAGUENAU	Centre Hospitalier d'Haguenau	<i>oui</i>	<i>oui</i>
67 000 078 5	HAGUENAU	Clinique "Saint-François"	<i>oui</i>	<i>oui</i>
67 000 019 9	HAGUENAU	Clinique "Sainte-Odile" d'Haguenau	<i>oui</i>	<i>oui</i>
68 000 064 3	INGWILLER	Clinique "Neuenberg"	<i>oui</i>	<i>oui</i>
67 079 240 7	LOBSANN	Maison de Post-Cure "Marienbronn"	<i>oui</i>	<i>oui</i>
67 078 036 0	SARRE-UNION	Hôpital Local de Sarre-Union	<i>oui</i>	non
67 078 034 5	SAVERNE	Centre Hospitalier de Saverne	<i>oui</i>	<i>oui</i>
67 001 333 3	SAVERNE	ENDOSAV	<i>oui</i>	<i>oui</i>
67 078 054 3	WISSEMBOURG	Centre Hospitalier de Wissembourg	<i>oui</i>	<i>oui</i>
67 078 115 2	ERSTEIN	Centre Hospitalier d'Erstein	<i>oui</i>	<i>oui</i>
67 078 071 7	ERSTEIN	Hôpital Local d'Erstein	<i>oui</i>	<i>oui</i>
67 078 064 2	MOLSHEIM	Hôpital Local de Molsheim	<i>oui</i>	non
67 0780 139	OBERHAUSBERGEN	CMLS Amreso Bethel	<i>oui</i>	<i>oui</i>
67 078 067 5	ROSHEIM	Hôpital local de Rosheim	<i>oui</i>	<i>oui</i>
75 083 270 1	SCHILTIGHEIM	Clinique "de l'III" / Clinique du Ried	<i>oui</i>	<i>oui</i>
67 079 234 0	STRASBOURG	ABRAPA (HJ Germaine de Bord et Michel Philibert)	<i>oui</i>	<i>oui</i>
67 000 065 2	STRASBOURG	AURAL	<i>oui</i>	<i>oui</i>

<i>Finess de l'entité juridique</i>	<i>Commune</i>	<i>Etablissement</i>	<i>Existence d'une CRUQPC</i>	<i>Rapport transmis à l'ARS</i>
67 078 014 7	STRASBOURG	Clinique "Adassa"	<i>oui</i>	<i>oui</i>
67 000 011 6	STRASBOURG	Clinique de l'Orangerie	<i>oui</i>	<i>oui</i>
670016211	STRASBOURG	Clinique Sainte-Odile	<i>oui</i>	<i>oui</i>
67 000 010 8	STRASBOURG	Clinique des Diaconesses	<i>oui</i>	<i>oui</i>
67 001 460 4	STRASBOURG	Groupe Hospitalier "Saint-Vincent"	<i>oui</i>	<i>oui</i>
67 078 005 5	STRASBOURG	Hôpitaux Universitaires de Strasbourg	<i>oui</i>	<i>oui</i>
67 078 006 3	STRASBOURG	Centre de lutte contre le cancer "Paul Strauss"	<i>oui</i>	<i>oui</i>
67 001 331 7	STRASBOURG	Centre Autonome d'Endoscopie Digestive Ambulatoire	<i>oui</i>	<i>oui</i>
67 078 070 9	OBERNAI	Centre hospitalier d'Obernai	<i>une CRUQ commune</i>	<i>oui</i>
67 078 069 1	SELESTAT	Centre Hospitalier de Sélestat		
68 000 105 4	STE-MARIE-AUX-MINES	Hôpital local de Sainte-Marie aux Mines		
68 001 449 5	COLMAR	Centre Départemental de Repos et de Soins (CDRS)	<i>oui</i>	<i>oui</i>
68 000 097 3	COLMAR	Hôpitaux Civils de Colmar	<i>oui</i>	<i>oui</i>
68 001 601 1	COLMAR	Groupe Hospitalier du Centre Alsace	<i>oui</i>	<i>oui</i>
68 000 759 8	COLMAR	Association d'Hospitalisation à Domicile du Centre Alsace	<i>oui</i>	<i>oui</i>
68 000 098 1	ENSISHEIM	Hôpital Local d'Ensisheim Dr Thuet	<i>Une CRUQ commune du Syndicat Inter-Hospitalier du Florival et de la Hardt</i>	<i>oui</i>
68 000 108 8	SOULTZ-ISSENHEIM	Hôpital Local de Sultz		
68 000 100 5	GUEBWILLER	Centre Hospitalier de Guebwiller	<i>oui</i>	<i>oui</i>
68 000 089 0	GUEBWILLER	Clinique "Solisana"	<i>oui</i>	<i>oui</i>
68 001 264 8	KAYSERSBERG	Hôpital Local de Kaysersberg (résidence de la Weiss)	<i>oui</i>	<i>oui</i>
68 000 111 2	MUNSTER	Hôpital Local de Munster	<i>oui</i>	<i>oui</i>
68 000 113 8	RIBEAUVILLE	Hôpital Local de Ribeauvillé	<i>oui</i>	<i>oui</i>
68 000 117 9	ROUFFACH	Centre Hospitalier de Rouffach	<i>oui</i>	<i>oui</i>

<i>Finess de l'entité juridique</i>	<i>Commune</i>	<i>Etablissement</i>	<i>Existence d'une CRUQPC</i>		<i>Rapport transmis à l'ARS</i>
75 000 506 8	TROIS EPIS	Centre Médical MGEN	oui		oui
68 000 039 5	ALTKIRCH	Centre Hospitalier d'Altkirch	oui		oui
68 001 596 3	MULHOUSE	Clinique Gériatrique "Saint-Damien"	oui		non
68 000 035 3	MULHOUSE	Centre de Réadaptation "Albert Camus"	oui		oui
68 000 048 6	MULHOUSE	Centre Hospitalier de Mulhouse	oui	et une CRUQ commune	oui
68 000 034 6	CERNAY	Centre Hospitalier de Cernay	oui		oui
68 000 043 7	THANN	Centre Hospitalier de Thann	oui		oui
68 000 011 4	MULHOUSE	Centre de Dialyse "La Fonderie" = DIAVERUM	oui		oui
67 000 064 3	MULHOUSE	Clinique du diaconat-fonderie	oui		oui
68 000 064 3	MULHOUSE	Clinique du diaconat-roosevelt	oui		oui
67 078 129 3	ODEREN	Hôpital "Saint-Vincent"	oui		oui
68 000 041 1	PFASTATT	Centre Hospitalier de Pfastatt	oui		oui
68 000 004 9	SAINT-LOUIS	Clinique "Trois Frontières"	oui		oui
75 083 224 8	SENTHEIM	Centre de Convalescence "Saint-Jean-de-Dieu"	oui		oui
68 000 017 1	SIERENTZ	Hôpital Local de Sierentz	oui		oui
68 001 781 1	MULHOUSE	HAD de l'Alsace du Sud	oui		oui
	UGECAM	UGECAM	oui		oui