



CONFÉRENCE RÉGIONALE DE LA SANTÉ ET DE L'AUTONOMIE D'ALSACE

RAPPORT ANNUEL RELATIF AU RESPECT DES DROITS DES USAGERS DU SYSTÈME DE SANTÉ 2015

*RAPPORT REALISE AVEC LE CONCOURS DE
L'OBSERVATOIRE REGIONAL DE LA SANTE D'ALSACE (ORS ALSACE)*



*RAPPORT VALIDE PAR LES MEMBRES PRESENTS A LA SEANCE
PLENIERE DU 17 JUIN 2016*

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 2015 (données 2014), rapport qu'elle a validé à l'occasion de sa réunion du 13 mai 2016.

A l'issue de cette présentation, 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 les points ci-après :

- **S'agissant de la qualité des rapports de CRUCPC :**

La Commission constate que la presque totalité des établissements ont adressé à l'ARS un rapport annuel de l'activité de la CRUQPC. Elle souhaite remercier les établissements de l'énergie investie dans cette démarche. Toutefois, la commission regrette qu'un nombre encore trop important de rapports ne traduisent pas l'activité réelle de la commission et, partant, de l'établissement. La commission spécialisée a pris connaissance d'initiatives prises par d'autres régions d'organiser des collectes standardisées auprès des établissements sanitaires. Dans le cadre de l'organisation à venir de la nouvelle région, la commission spécialisée souhaite que ces initiatives puissent être explorées pour l'ensemble des établissements. Par ailleurs, la commission regrette que l'observation que peut faire la commission spécialisée sur l'effectivité des droits des usagers et leur respect ne puisse pas être étendue aux établissements médicaux sociaux. Elle exprime le vœu que la standardisation des rapports puisse permettre d'élargir la collecte des informations auprès de ces établissements.

En outre, sur le fonctionnement des CRUQPC, 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 que cet indicateur soit suivi et, le cas échéant, que les établissements réunissant insuffisamment cette instance puissent être accompagnés vers une amélioration.

- **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, 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 formule le vœu que des critères supplémentaires viennent qualifier la qualité de la prise en charge des usagers en milieu pénitentiaire.

- **S'agissant de l'exhaustivité des données collectées pour l'établissement du rapport :**

La Commission réitère ses regrets exprimés l'année passée en faisant le constat que malgré les efforts déployés par les services de l'ARS et par l'ORS, une partie importante des informations que requiert l'établissement du rapport n'a pu être agrégée faute d'avoir été communiquée. La commission rappelle qu'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.

- **S'agissant de la lisibilité des indicateurs présentés dans l'établissement d'un rapport en format « Grande région »**

A l'occasion de la présentation du rapport, tant les membres de la commission spécialisée que les membres de la commission permanente ont exprimé leur crainte que les indicateurs présentés sur un format « Grande région » perdent en lisibilité. La commission spécialisée et la commission permanente ont formulé le vœux qu'à l'occasion de l'établissement des prochains rapports de la commission spécialisée, ces indicateurs soient présentés aussi sous la forme de focus infrarégionaux, par territoire de santé par exemple.

Tel est l'avis de la Commission.

CONTENU

Avant-propos.....	5
Partie 1 : Promouvoir et faire respecter les droits des usagers.....	6
1. Former les professionnels de santé sur le respect des droits des usagers.....	6
2. Rendre effectif le processus d'évaluation du respect des droits des usagers.....	7
3. Droit au respect de la dignité de la personne – Promouvoir la bientraitance.....	9
4. Droit au respect de la dignité de la personne – Prendre en charge la douleur.....	11
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	12
6. Droit à l'information : permettre l'accès au dossier médical	14
7. Assurer la scolarisation des enfants handicapés en milieu ordinaire ou adapté	16
8. Droit des personnes détenues : assurer la confidentialité des données médicales et l'accès des personnes à leur dossier médical.....	18
9. Santé mentale : veiller au bon fonctionnement des commissions départementales de soins psychiatriques.....	18
Commission départementale de soins psychiatriques (CDSP) du Haut-Rhin	18
CDSP du Bas-Rhin.....	18
Partie 2 : Renforcer et préserver l'accès à la santé pour tous	19
10. Assurer l'accès aux professionnels de santé libéraux.....	19
11. Assurer financièrement l'accès aux soins	26
12. Assurer l'accès aux structures de prévention.....	26
Dépistage des cancers.....	26
Couverture vaccinale des enfants.....	29
Surpoids et obésité	31
13. Réduire les inégalités d'accès à la prévention, aux soins et à la prise en charge médico-sociale sur tous les territoires.....	33
Contrats locaux de santé	33
Écarts infrarégionaux d'équipements en établissements et services médico-sociaux	34
Logements insalubres	34
Partie 3 : Conforter la représentation des usagers du système de santé.....	35
14. Formation des représentants d'usagers siégeant dans les instances du système de santé .	35
Partie 4 : Renforcer la démocratie sanitaire	36
15. Garantir la participation des représentants d'usagers et des autres acteurs du système de santé dans les CRSA et les conférences de territoire	36
Annexe : Liste des établissements ayant transmis un rapport de CRUQ.....	40

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.

Le présent rapport porte sur les données de l'année 2014, et à défaut sur les dernières données disponibles. Il se compose des quatre 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 du système de santé ;
4. Renforcer la démocratie sanitaire.

Les données du champ ambulatoire et médico-social, trop lacunaires, n'ont pas fait l'objet d'un traitement dans le présent rapport, sauf exception.

PARTIE 1 : PROMOUVOIR ET FAIRE RESPECTER LES DROITS DES USAGERS

Sur l'ensemble des 62 rapports de Commission des relations avec les usagers et de la qualité de la prise en charge (CRUQPC) attendus, 61 ont été réceptionnés à la date de rédaction du présent rapport. L'ensemble des résultats portant sur des données extraites des CRUQPC sur les données relatives à l'année 2014 est donc à comprendre comme traduisant la situation de ces retours (98 %).

De même, les éléments issus des rapports de certification HAS portent sur l'année 2014.

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

Les rapports de CRUQPC abordent peu la question de la formation du personnel sur le respect des droits des usagers. Seuls 5 d'entre eux comportent des précisions sur les formations passées ou en cours.

Par ailleurs, l'Association Nationale pour la Formation permanente du personnel Hospitalier (ANFH) d'Alsace propose un certain nombre d'actions de formations régionales. Parmi les formations dispensées en 2014, le tableau suivant recense les formations relevant plus spécifiquement de la formation des professionnels de santé sur les droits des usagers, pour un total de 299 participants :

Tableau 1 : Effectifs de participants aux formations proposées par l'ANFH d'Alsace en 2014

Intitulé de l'action de formation	Durée	Nombre de participants
L'approche non médicamenteuse de la maladie d'Alzheimer	3 jours	29
La formation à la démarche palliative	3 jours	40
La prise en charge de la douleur	4 jours	54
La prévention du risque suicidaire	2 jours	39
L'approche des situations d'agressivité et de violence	3 jours	33
La gestion du stress	2 jours	45
La prise en charge des personnes vieillissantes atteintes de pathologies mentales	2 jours	25
La déclaration des événements indésirables graves	2 jours	17
L'autisme	4 jours	17

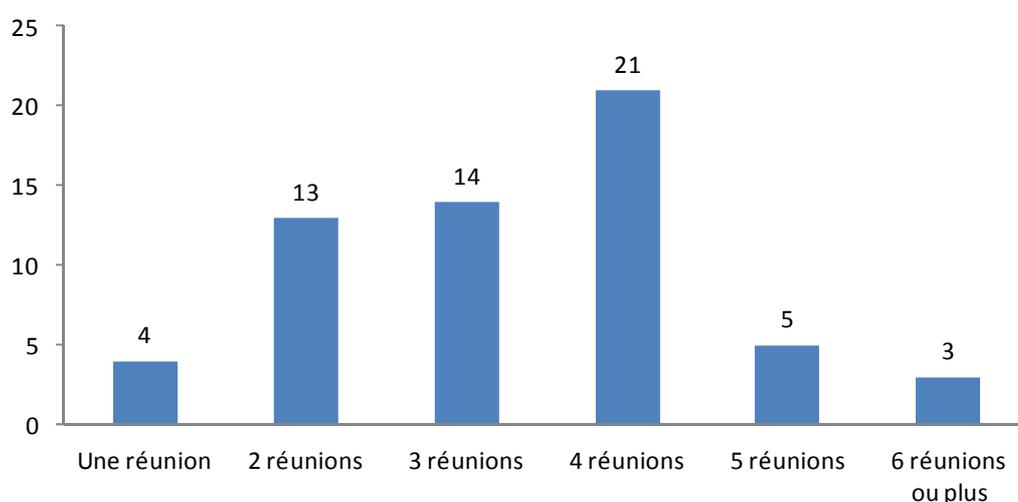
Source : ANFH, formations 2014.

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

Les rapports de CRUQPC fournissent les informations suivantes :

- 100 % des établissements de la région disposent d'une CRUQPC ;
- Si 48 % des établissements organisent 4 réunions et plus par an, 45 % des établissements n'ont organisé que 3 à 2 réunions annuelles, et 7 % seulement une réunion en 2014 ; 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 ;
- 31 commissions présentent une activité inférieure à celle réglementairement prévue : elles sont notamment 17 à ne s'être réunies que deux fois ou une au cours de l'année.

Figure 1 : Répartition des CRUQPC selon le nombre de réunions dans l'année



Source : analyse des rapports de CRUQPC 2014.

Note : Pour 1 CRUQPC, le nombre de réunions réalisées au cours de l'année 2014 n'est pas précisé.

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,
- 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.

Pour une part des CRUQPC, la rédaction du rapport annuel semble représenter un aspect important de l'activité. La présentation des données issues des enquêtes de satisfaction et des signalements des événements indésirables sont également une part importante de l'activité des CRUQPC.

Comme cela a pu être mis en avant dans le précédent rapport, la lecture des rapports laisse une impression, confortée lors d'échanges informels avec des représentants d'associations d'utilisateurs :

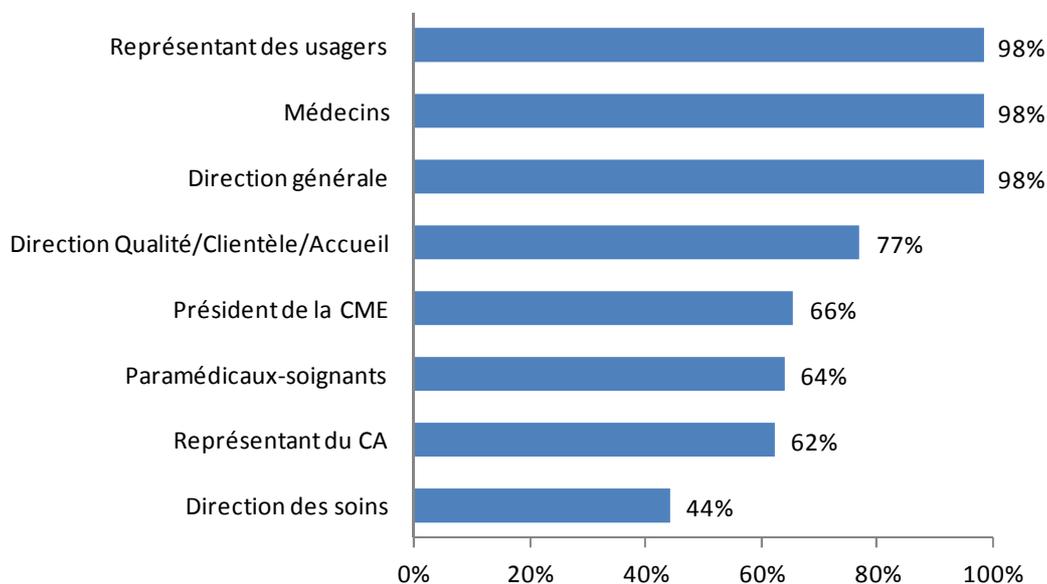
certaines établissements ont manifestement des difficultés à valoriser leur activité en faveur des droits des usagers au-delà des demandes formelles auxquelles ils sont tenus dans le cadre des CRUQPC. Par exemple, une série complète de séances de sensibilisation du personnel peut tenir en une seule ligne, lorsque plusieurs pages seront consacrées à l'analyse détaillée de questionnaires de satisfaction.

Ces questionnaires, pour de nombreux établissements, ne parviennent qu'à montrer que la très grande majorité des répondants sont satisfaits, mais que la population des répondants représente une petite minorité des usagers.

La question de la formation des membres de la CRUQPC est peu abordée dans les rapports. Moins de la moitié des rapports aborde la question : dans 18 cas, le récapitulatif des formations suivies est présenté, dans 9 cas, il est précisé que l'année écoulée n'a pas vu de formations des membres de la CRUQPC. Il reste que 34 rapports ne font aucune mention de la problématique de la formation des membres de la CRUQPC.

En matière de composition, presque toutes les CRUQPC affichent le triptyque réglementaire : direction – médecins – usagers. Reste un rapport pour lequel la composition de la commission n'est pas détaillée. En définitive, en tenant compte de ce défaut d'information, il est possible de considérer que 98 % à 100 % des commissions comportent au moins un représentant des usagers, un médecin et un représentant de la direction de l'établissement.

Figure 2 : Proportion de CRUQPC selon la qualité des membres



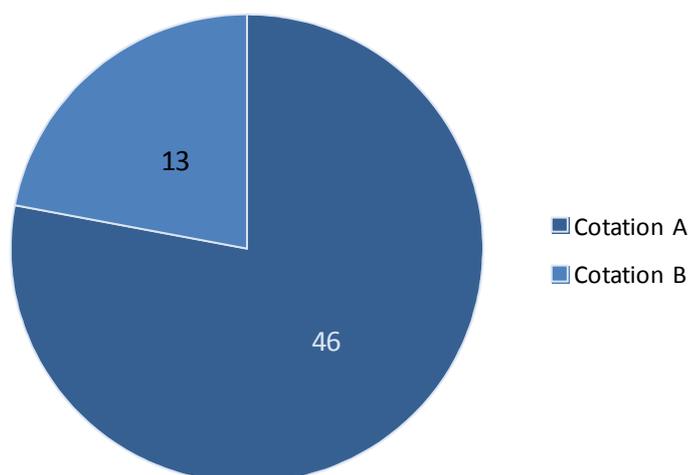
Exemple de lecture : 98 % des CRUQPC comptent parmi leurs membres un ou plusieurs représentants des usagers.

Source : analyse des rapports de CRUQPC 2014.

Le critère 9b du manuel de certification HAS v2010 porte sur l'évaluation de la satisfaction des usagers. La cotation réalisée par la HAS permet de mesurer le niveau de qualité atteint au regard de critères définis ; cette cotation donne une appréciation allant de A (pour la cotation maximale) à D.

Sur les 59 établissements alsaciens pour lesquels les données issues de la certification HAS sont disponibles, 46 (soit 78 %) sont cotés A et 13 (soit 22 %) sont cotés B.

Figure 3 : Cotation HAS des établissements en matière d'évaluation de la satisfaction des usagers (critère 9b)



N. B. Les valeurs indiquées en étiquettes sont les effectifs.

Source : Certification HAS, données 2014.

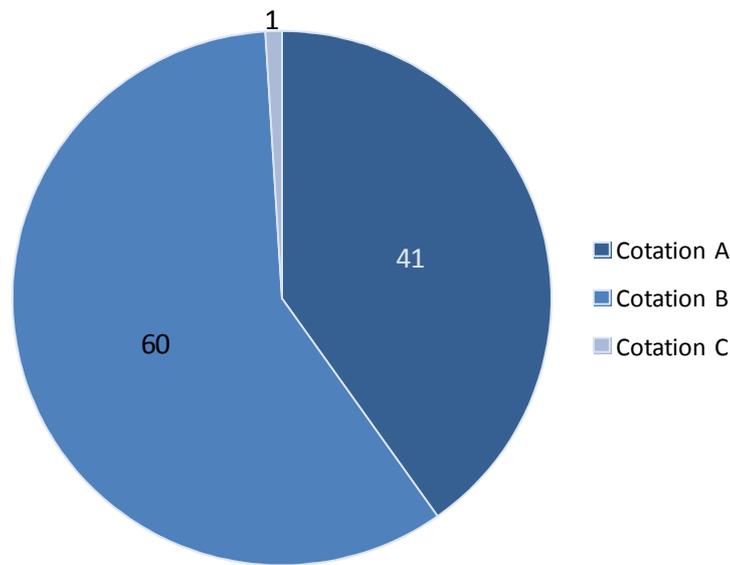
3. Droit au respect de la dignité de la personne – Promouvoir la bientraitance

Sur l'ensemble des rapports de CRUQPC, 17 (soit 28 %) font explicitement mention d'une préoccupation en matière de bientraitance. Il peut s'agir aussi bien du compte-rendu d'une information au personnel, de formations, de préoccupations issues de l'analyse des questionnaires de satisfaction ou des réclamations.

Le critère 10a du manuel de certification HAS v2010 porte sur l'évaluation de la prévention de la maltraitance et la promotion de la bientraitance.

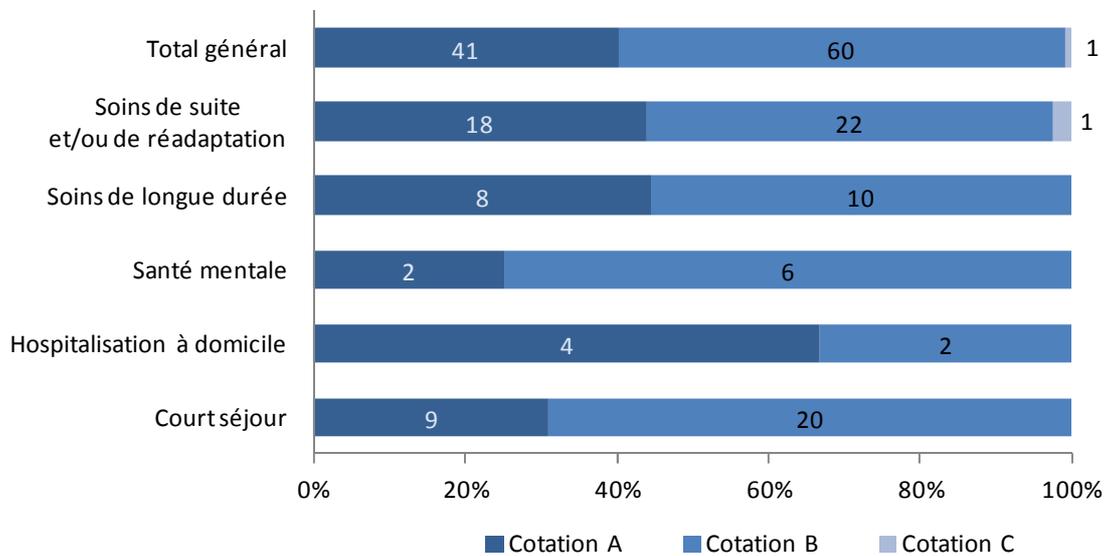
Sur les 59 établissements alsaciens pour lesquels les données issues de la certification HAS sont disponibles, 102 filières au total sont évaluées. Sur l'ensemble de ces filières, 41 (soit 40 %) sont cotées A, 60 (soit 59 %) sont cotées B et 1 est cotée C.

Figure 4 : Cotation HAS concernant l'évaluation de la prévention de la maltraitance et promotion de la bientraitance (critère 10a)



N. B. Les valeurs indiquées en étiquettes sont les effectifs.
Source : Certification HAS, données 2014.

Figure 5 : Cotation HAS par filière concernant l'évaluation de la prévention de la maltraitance et promotion de la bientraitance (critère 10a)



N. B. Les valeurs indiquées en étiquettes sont les effectifs.
Source : Certification HAS, données 2014.

La question de la bientraitance apparaît diversement traitée selon le type de filière. Le « Court Séjour » et la « Santé Mentale » présente une proportion faible d'établissements bénéficiant d'une cotation A en la matière, mais aucun établissement en cotation C et D.

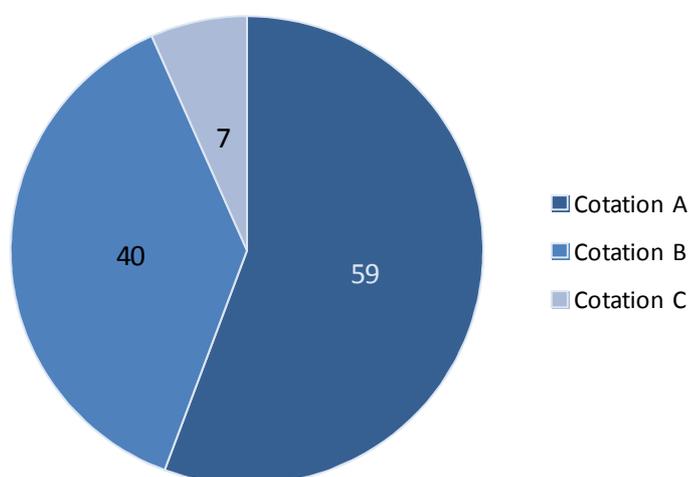
4. Droit au respect de la dignité de la personne – Prendre en charge la douleur

Au total, 35 rapports de CRUQPC (soit 57 %) font mention de la problématique de la prise en charge de la douleur. Comme pour la bientraitance, cette question est abordée de multiples manières : formation, information du personnel, traitement des réclamations...

Le critère 12a du manuel de certification HAS v2010 porte sur l'évaluation de la prise en charge de la douleur.

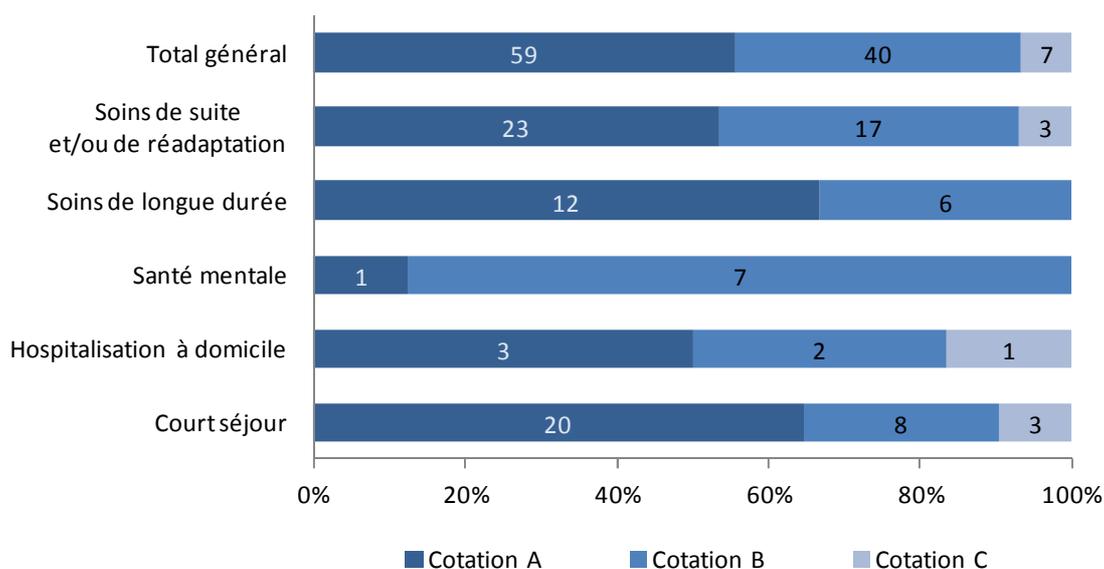
Sur les 59 établissements alsaciens pour lesquels les données issues de la certification HAS sont disponibles, 106 filières au total sont évaluées. Sur l'ensemble de ces filières, 59 (soit 56 %) sont cotées A, 40 (soit 38 %) sont cotées B et 7 (soit 7 %) sont cotées C.

Figure 6 : Cotation HAS concernant l'évaluation de la prise en charge de la douleur (critère 12a)



N. B. Les valeurs indiquées en étiquettes sont les effectifs.
Source : Certification HAS, données 2014.

Figure 7 : Cotation HAS par filière concernant l'évaluation de la prise en charge de la douleur (critère 12a)



N. B. Les valeurs indiquées en étiquettes sont les effectifs.

Source : Certification HAS, données 2014.

La filière « Santé mentale » ressort, avec seulement 1 établissement sur 8 en cotation A en matière d'évaluation de la prise en charge de la douleur, mais – pour autant – aucun établissement côté en C. Les établissements côtés en C appartiennent aux filières Soins de suite et/ou de réadaptation, en Hospitalisation à domicile et en Court séjour. Ils ne représentent néanmoins, quelle que soit la filière considérée, qu'une faible minorité des établissements.

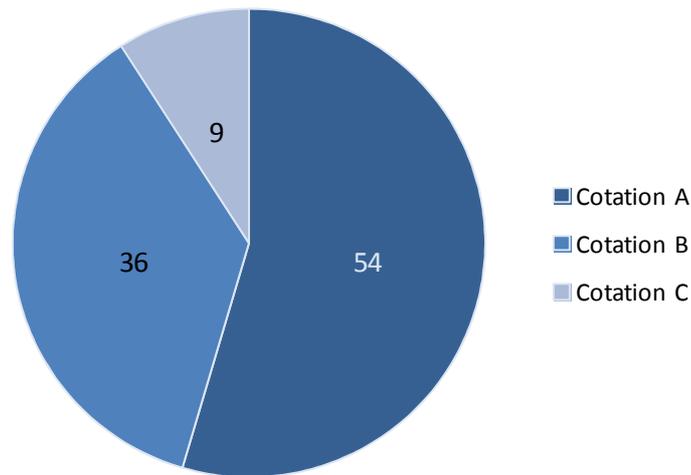
5. Droit au respect de la dignité de la personne – Encourager les usagers à rédiger des directives anticipées relatives aux conditions de leur fin de vie

Les rapports CRUQPC faisant mention à un titre ou à un autre de la problématique de la fin de vie et des directives anticipées sont au nombre de 17 (soit 28 % des établissements ayant transmis un rapport CRUQPC).

Le critère 13a du manuel de certification HAS v2010 porte sur l'évaluation de la prise en charge et droits des patients en fin de vie.

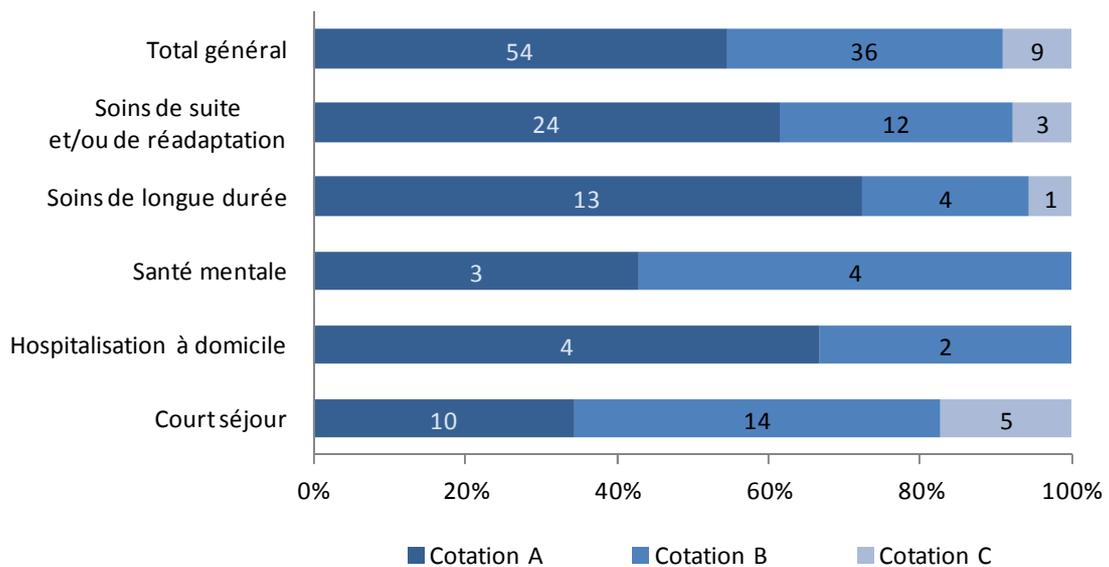
Sur les 59 établissements alsaciens pour lesquels les données issues de la certification HAS sont disponibles, 99 filières au total sont évaluées sur ce critère (7 filières n'étant pas concernées). Sur l'ensemble de ces filières, 54 (soit 55 %) sont cotées A, 36 (soit 36 %) sont cotées B et 9 (soit 9 %) sont cotées C.

Figure 8 : Cotation HAS concernant l'évaluation de la prise en charge et droits des patients en fin de vie (critère 13a)



N. B. Les valeurs indiquées en étiquettes sont les effectifs.
 Source : Certification HAS, données 2014.

Figure 9 : Cotation HAS par filière concernant l'évaluation de la prise en charge et droits des patients en fin de vie (critère 13a)



N. B. Les valeurs indiquées en étiquettes sont les effectifs.
 Source : Certification HAS, données 2014.

Comme pour la problématique de la bientraitance, le « Court séjour » et la « Santé mentale » présentent une proportion faible d'établissements bénéficiant d'une cotation A en matière de fin de vie et de directives anticipées. À noter toutefois, la « santé mentale » ne présente pas de cotation C et D, contrairement au « court séjour » et les « soins de suite et de réadaptation » qui présentent des cotations en C.

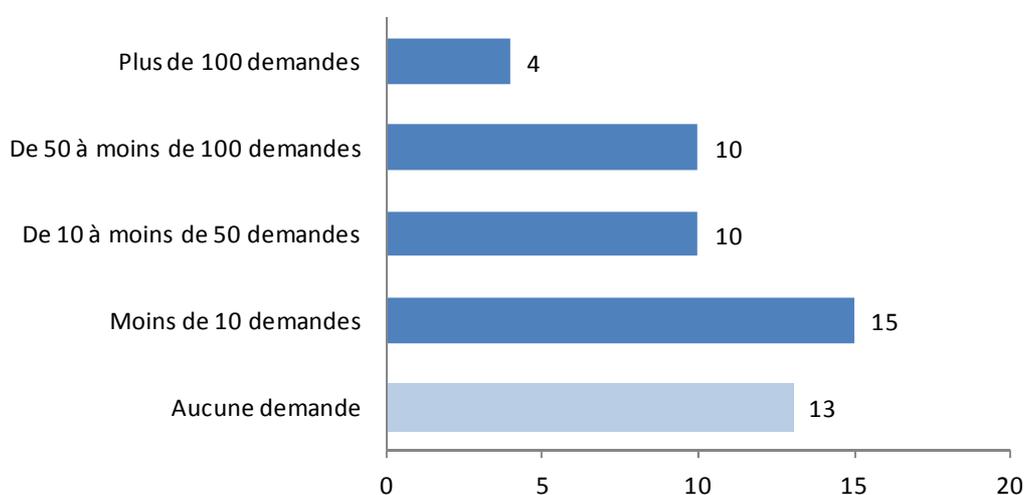
6. Droit à l'information : permettre l'accès au dossier médical

S'agissant des demandes d'accès au dossier médical, 9 rapports de CRUQPC ne font mention d'aucune information à ce sujet et 13 rapports ne soulignent l'absence de demandes pour l'année 2014.

Pour les 52 autres établissements, les valeurs de demandes sont fonction de la taille de l'établissement et de son activité. Les demandes varient ainsi de 1 à 1 483. Étant donné cette forte dispersion, la médiane du nombre de demandes est de 9 demandes, pour une moyenne à 81.

Au total en Alsace, ce sont ainsi 4 267 demandes de dossier sur 52 établissements qui sont recensées en 2014.

Figure 10 : Répartition des rapports CRUQPC selon le nombre de demandes de dossiers médicaux pour l'année 2014



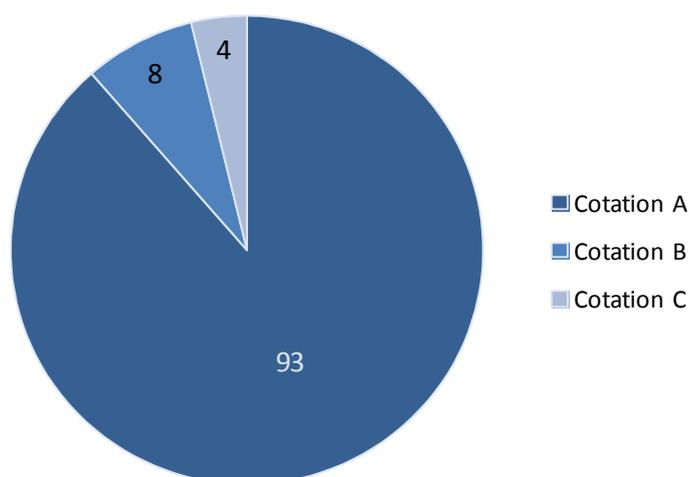
Exemple de lecture : 15 CRUQPC indiquent un nombre de demandes de dossiers inférieur à 10 pour l'année 2014.

Source : analyse des rapports de CRUQPC 2014

Au sein des 47 établissements pour lesquels on dispose de l'information sur deux années successives (4 236 demandes en 2013 et 4 218 demandes en 2014), on constate une stabilité des demandes de dossiers (-0,4 %).

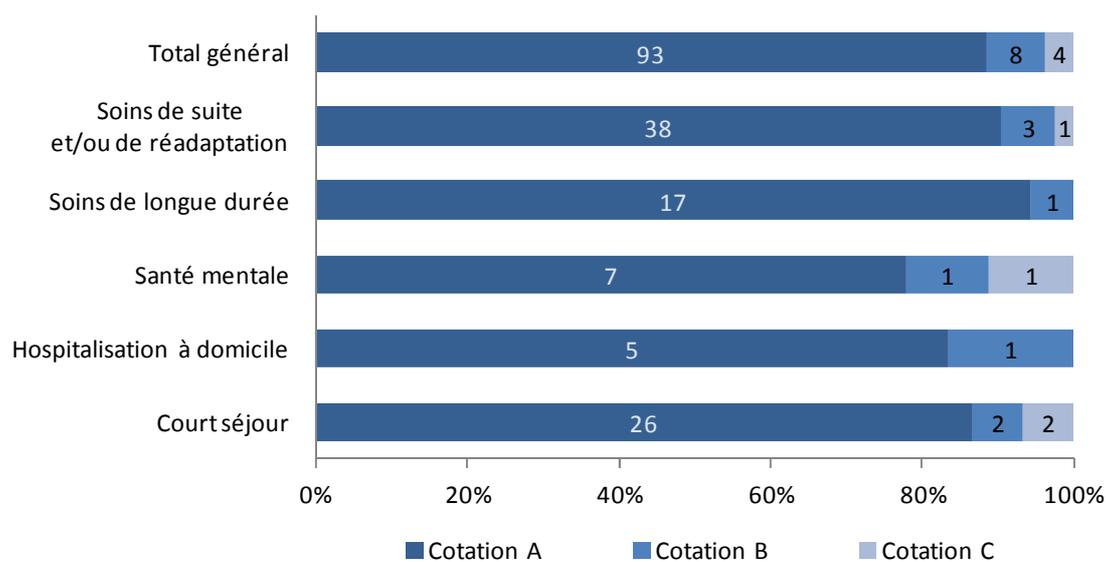
Le critère 14b du manuel de certification HAS v2010 porte sur l'évaluation de l'accès des patients à leur dossier médical. Sur les 59 établissements alsaciens pour lesquels les données issues de la certification HAS sont disponibles, 105 filières au total sont évaluées. Sur l'ensemble de ces filières, 93 (soit 89 %) sont cotées A, 8 (soit 8 %) sont cotées B et 4 (soit 4 %) sont cotées C.

Figure 11 : Cotation HAS concernant l'évaluation de l'accès des patients à leur dossier médical (critère 14b)



N. B. Les valeurs indiquées en étiquettes sont les effectifs.
 Source : Certification HAS, données 2014.

Figure 12 : Cotation HAS par filière concernant l'évaluation de l'accès des patients à leur dossier médical (critère 14b)



N. B. Les valeurs indiquées en étiquettes sont les effectifs.
 Source : Certification HAS, données 2014.

Comme cela apparaît dans le graphique ci-dessus, en matière d'accès au dossier médical, les filières se valent en matière d'accès des patients au dossier médical, avec systématiquement une nette majorité de cotation en A.

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

Le Rectorat de l'Académie de Strasbourg publie annuellement les Chiffres clés de la scolarisation des jeunes, de la maternelle à l'université. Fin 2015, les données portant sur l'année scolaire 2014-2015 sont disponibles.

À titre indicatif, en début d'année scolaire 2014-2015, l'Académie recense 179 429 élèves scolarisés en 1^{er} degré et 148 768 élèves en 2nd degré, dans des établissements publics et privés sous contrat.

Les données portant sur la scolarisation des élèves handicapés rappellent les effectifs d'élèves concernés, le type de scolarisation possible (individuelle ou collective), les aides apportées aux élèves dans le cadre de leur scolarisation ainsi que les troubles recensés.

Les éléments suivants sont directement repris du Fascicule « Chiffres clés 2014-2015 » (page 28).

Les effectifs

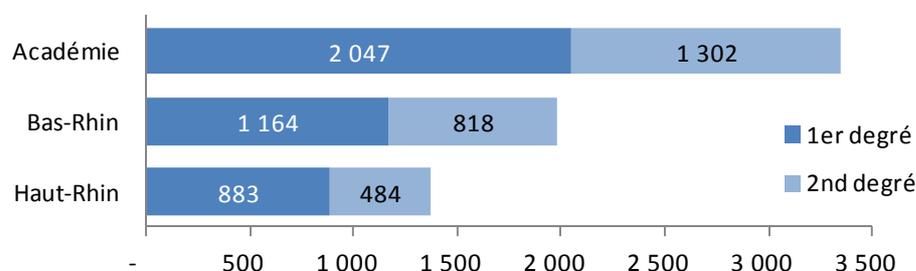
En 2014-2015, 5 699 élèves présentant un handicap sont scolarisés dans l'académie de Strasbourg, soit 769 élèves de plus que l'année précédente (+15,6 %). Dans le premier degré, les effectifs progressent de 413 élèves (+13,6 %) : +214 dans le Bas-Rhin, +199 dans le Haut-Rhin. Pour le second degré, la progression est plus forte, avec une hausse de 356 élèves (+18,8%) : +199 dans le Bas-Rhin, +157 dans le Haut-Rhin.

	1er degré	2nd degré	Total
Bas-Rhin	1 907	1 334	3 241
Haut-Rhin	1 538	920	2 458
Ensemble	3 445	2 254	5 699

Deux modes de scolarisation

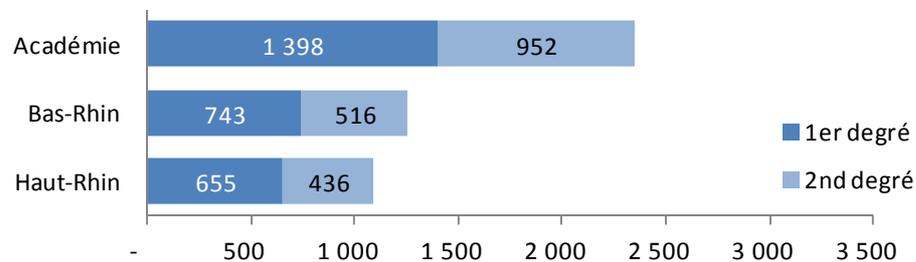
- La scolarisation individuelle

Recherchée en priorité, elle consiste à scolariser un ou plusieurs élèves présentant des troubles dans une classe ordinaire, à temps partiel ou à temps plein. Elle concerne **3 349 élèves, soit 58,8 %**.



- La scolarisation collective

Au sein d'établissements scolaires ordinaires, des groupes de 10 à 12 élèves sont accueillis dans des structures spécialisées nommées classes d'inclusion scolaire (Clis)¹ dans le premier degré, unités localisées pour l'inclusion scolaire (Ulis) dans le second degré. Elle concerne **2 350 élèves, soit 41,2 %**.



Les aides

La scolarisation peut se dérouler sans aucune aide particulière. C'est le cas pour 72 % des élèves de l'académie (63 % dans le 1^{er} degré, 85 % dans le 2nd degré).

Elle peut faire l'objet d'aménagements lorsque les besoins de l'élève l'exigent. 28 % des élèves sont concernés par ce type d'aide :

- 20 % des élèves de l'académie bénéficient d'un accompagnement individuel (17 % à temps partiel et 3 % à temps complet),
- 8 % bénéficient d'un accompagnement mutualisé : 9 % dans le 1^{er} degré et 6 % dans le 2nd degré.

9,3 % des élèves handicapés utilisent un matériel pédagogique adapté : 6,7 % dans le 1^{er} degré et 13,2 % dans le 2nd degré.

Les troubles recensés²

- 44,6 % des élèves souffrent de troubles intellectuels et cognitifs. Ces troubles concernent d'une part les déficiences intellectuelles, d'autre part les troubles envahissants du développement (TED), dont l'autisme.
- 18,7 % sont atteints de troubles psychiques qui recouvrent les troubles de la personnalité et les troubles du comportement.
- 10,6 % souffrent de troubles moteurs.
- 6,8 % présentent plusieurs troubles associés.
- 6,7 % souffrent de troubles du langage et de la parole dont la dyslexie et la dysphasie.
- 3,9 % sont atteints de troubles auditifs et 3,3 % de troubles visuels.
- 3,4 % de troubles viscéraux, dont ceux liés à une pathologie cancéreuse et des maladies chroniques.
- 2,0 % présentent d'autres troubles.

¹ À compter de la rentrée 2015, les structures d'accueil collectif sont appelées Ulis école, Ulis collège et Ulis lycée.

² Source : Enquêtes DGESCO n°3 et n°12 relatives aux élèves en situation de handicap, scolarisés dans un établissement du premier degré ou du second degré.

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).

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

Commission départementale de soins psychiatriques (CDSP) du Haut-Rhin

En 2014, la CDSP s'est réunie à 4 reprises et a procédé à 4 visites d'établissements (une visite pour l'Hôpital du Hasenrain de Mulhouse, une visite pour le Centre Médical Le Roggenberg d'Altkirch et deux visites pour le Centre hospitalier de Rouffach).

La CDSP a examiné 45 dossiers de patients en soins sur décision du directeur d'établissement (SDDE) et 20 dossiers de patients en soins sur décision du représentant de l'Etat (SDRE). Ces examens représentent 6 % des 782 dossiers SDDE et 19 % des 105 nouvelles de SDRE prononcées en 2014.

Enfin la CDSP a réceptionné et examiné 5 courriers de plaintes de patients hospitalisés ; elle a également entendu les 22 patients qui souhaitaient la rencontrer lors de ses visites d'établissement. Les doléances des patients ont été remontées aux Directions des établissements, lorsque cela était opportun. Pour l'un des patients, la CDSP a saisi le Procureur de la République pour attirer son attention sur la nécessité de mettre en place une mesure de sauvegarde de justice.

CDSP du Bas-Rhin

En 2014, la CDSP s'est réunie à 4 reprises et a procédé à 6 visites d'établissements (deux visites pour ERSTEIN, deux visites pour les HUS, deux visites pour l'EPSAN).

La CDSP a examiné 78 dossiers de patients en soins sur décision du directeur d'établissement (SDDE) et 2 dossiers de patients en soins sur décision du représentant de l'Etat (SDRE).

Enfin la CDSP a réceptionné et examiné 6 courriers de plaintes de patients hospitalisés ; elle a également entendu les 37 patients qui souhaitaient la rencontrer lors de ses visites d'établissement. Les doléances des patients ont été remontées aux Directions des établissements, lorsque cela était opportun.

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

10. Assurer l'accès aux professionnels de santé libéraux

Pourcentage d'offre en tarif opposable

Les données dont nous disposons concernent la répartition entre secteur 1 et secteur 2 des médecins libéraux de la région. Dans la pratique, il apparaît que certains professionnels de secteur 1, en particulier dans certaines spécialités autres que la médecine générale, appliquent des dépassements d'honoraire de façon assez régulière. Pour autant, la répartition entre secteur 1 et secteur 2 des médecins libéraux permet d'approcher de façon globale, l'accès à une offre de soins au tarif opposable.

La proportion d'omnipraticiens libéraux en secteur 1 au 31/12 est stable (94 %) si nous comparons entre 2013 et 2015. Cette proportion est calculée par le rapport entre les médecins en secteur 1 et le total des médecins en secteur 1 et 2.

Le territoire de santé 2 (Strasbourg-Molsheim-Schirmeck), présente le plus fort taux d'omnipraticiens libéraux en secteur 2 (8 %) ; c'est plus de deux fois la proportion observée pour le territoire de santé 4 (Thann-Mulhouse-Altkirch, 3 %).

Tableau 2 : Proportion d'omnipraticiens libéraux en secteur 1 au 31/12/2015

T1 [n=322]	T2 [n=754]	T3 [n=347]	T4 [n=411]	Alsace [n=1 834]
95%	92%	95%	97%	94%

Source : Erasme. Traitement : ARS Alsace. Données au 31/12/2015.

S'agissant des spécialistes libéraux, l'Alsace affiche une baisse de 2 points de la part de spécialistes libéraux en secteur 1 entre 2013 et 2015. Seul le territoire de santé 4 (Thann-Mulhouse-Altkirch) présente une stabilité.

Comme pour les omnipraticiens, le territoire de santé 2 affiche le plus fort taux de praticiens libéraux en secteur 2 (51 %), bien supérieur aux 41 % affichés par les territoires de santé 1 et 3.

Tableau 3 : Proportion de spécialistes libéraux en secteur 1 au 31/12/2015

T1 [n=259]	T2 [n=989]	T3 [n=262]	T4 [n=378]	Alsace [n=1 888]
59%	48%	59%	54%	52%

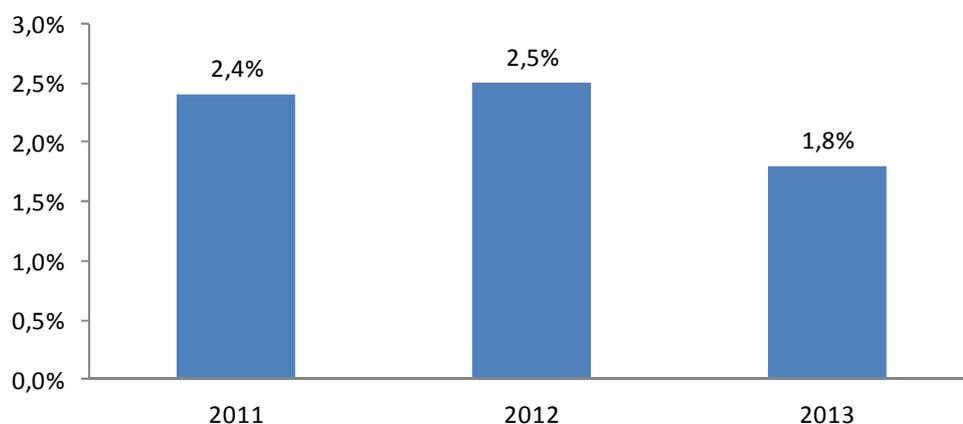
Source : Erasme. Traitement : ARS Alsace. Données au 31/12/2015.

Part de la population vivant dans un bassin de vie sous-doté en médecins généralistes

La part de population vivant dans un bassin de vie dont la densité d'omnipraticiens, hors modes d'exercices particuliers, est inférieure de 30 % ou plus par rapport à la moyenne nationale est de

1,8 % en Alsace en 2013. Cela représente une baisse marquée par rapport aux deux années précédentes.

Figure 13 : Proportion de la population vivant dans un bassin de vie dont la densité d'omnipraticiens est inférieure de 30 % ou plus à la moyenne nationale



Source : SIINR-AM, CNAM, INSEE, données 2011-2013.

Note : le calcul de cet indicateur n'a pas été reconduit en 2014.

Dans le cadre des engagements du Pacte Territoire Santé, les commentaires issus du CPOM État ARS Alsace (bilan 2014) souligne les réalisations suivantes :

1/ La signature de 4 contrats de praticien territorial de médecine générale (PTMG) : ces contrats se rajoutent aux 4 signés en 2013, soit 8 installations en zones déficitaires réparties de manière homogène sur les 2 départements. Ce dispositif s'avère particulièrement attractif pour les aspects de protection sociale, notamment le forfait versé en cas de congé maternité, puisque 6 des 8 signataires sont des femmes.

2/ Pour la 1^{ère} année depuis le lancement du dispositif, la campagne CESP pour l'année 2014-15 s'est avérée une réussite et ce au niveau des 2 filières concernées : 6 candidats médecins ont été retenus (contre 2 en 2013-14) et 5 pour l'odontologie. Depuis fin 2014, l'ARS entretient des contacts réguliers avec 2 signataires du CESP médecins, sortant en novembre 2015, afin d'affiner leur projet d'installation.

3/ La visibilité de l'offre de services du 1^{er} recours s'accroît auprès des partenaires depuis la mise en place du référent installation, facilitateur des démarches des jeunes médecins.

Le référent installation a participé en 2014 aux réunions des nouveaux inscrits à l'Ordre des médecins du Bas-Rhin et au guichet unique pour les installations en zones déficitaires. Il a aussi participé à des rencontres territoriales à la demande d'élus (réunions en juin 2014 à Ensisheim, Haut-Rhin et Lauterbourg, Bas-Rhin). En outre, une rencontre avec les syndicats représentant les internes de médecine, les jeunes installés et remplaçants d'Alsace a eu lieu en juillet 2014 et a permis d'identifier des actions d'informations conjointes pour promouvoir les aides à l'installation auprès des jeunes en formation et remplaçants. Enfin, la participation au congrès de l'Union régionale des médecins libéraux d'Alsace (URMLA) en octobre 2014, au travers d'ateliers, a permis de sensibiliser les futurs praticiens à la problématique de désertification médicale.

4/ L'exercice regroupé ou coordonné étant plébiscité par les jeunes, un appel à projets a été reconduit en 2014 pour l'accompagnement de projets de maisons ou pôles de santé pluri-professionnels (MSP/PSP) : 7 MSP fonctionnent actuellement et 9 projets sont accompagnés par un cabinet conseil.

5/ Fin 2014, un nouveau protocole de coopération a été élaboré dans le domaine des soins à domicile et plus de 50 professionnels mettent en œuvre un protocole.

En outre, la réflexion pour améliorer la lisibilité et la visibilité de la formation à la maîtrise de stage en région se poursuit, en concertation avec le Département de médecine générale de la Faculté de médecine de Strasbourg. Le contour des zones fragiles de la région Alsace a été révisé fin 2014 afin d'intégrer de nouvelles zones déficitaires en soins de médecine générale et d'identifier de nouvelles zones déficitaires pour des spécialités du 1^{er} recours (ophtalmologie, pédiatrie, gynécologie et psychiatrie).

Nombre de structures d'exercice collectif en milieu ambulatoire

Fin 2015, l'Alsace compte 7 maisons de santé pluridisciplinaires (MSP) en fonctionnement. Parmi les 5 situées sur le Bas-Rhin, 3 sont implantées dans des quartiers prioritaires de la ville de Strasbourg (Neuhof, Cité de l'III, HautePierre) et 2 en milieu rural (Woerth, Schirmeck). Le Haut-Rhin compte actuellement 2 MSP (Fréland, Bartenheim).

L'ARS Alsace poursuit son action en vue de développer les structures d'exercice coordonné ou regroupé. Deux appels à projets ont été lancés (un en 2013, un en mai 2014), suivi à l'automne 2014 d'un appel d'offres ; 9 projets sont actuellement accompagnés par un cabinet conseil.

Par ailleurs, un guide d'aide au montage d'un projet d'exercice coordonné a été réalisé en octobre 2015 (disponible sur le site internet de l'agence).

Face à ce constat d'une répartition de l'offre de soins libérale déjà assez déséquilibrée en Alsace – phénomène qui reste cependant nettement moins problématique que dans nombre d'autres régions –, se pose la question de l'évolution de cette offre de soins dans les prochaines années, de sa répartition et de son accessibilité géographiques. S'il n'est actuellement, comme nous allons le voir, pas possible de disposer de projections fiables du nombre de médecins en activité en France et en Alsace, certaines données récentes et les résultats d'une enquête auprès des internes de médecine générale de la Faculté de médecine de Strasbourg permettent d'éclairer le sujet.

Une projection du nombre de médecins en exercice en France et en Alsace difficile à établir

Les dernières projections nationales et régionales d'effectifs de médecins calculées par la Drees ont été publiées en 2009. Le scénario tendanciel alors retenu reposait sur :

- une hypothèse de poursuite à l'identique des comportements des médecins (en termes de redoublement ou d'abandon en cours d'étude, de choix de région d'installation et de mode d'exercice, d'âge de départ à la retraite...);
- mais également sur une hypothèse d'absence de flux internationaux d'entrées et de sorties de médecins (ou d'équilibre des deux phénomènes).

La comparaison effectuée *a posteriori* par la Drees entre ses projections 2007-2013 et les effectifs réellement observés de médecins en exercice montre la complexité et les limites de la démarche projective³. Ainsi, au niveau national, selon les projections de la Drees, le nombre de médecins aurait dû diminuer sur cette période de 5 % (10 700 médecins de moins) alors qu'en réalité il a augmenté de 5 % (11 300 médecins de plus). Le même décalage a pu être observé pour la région Alsace. Le différentiel s'expliquerait en particulier par la difficulté de prendre en compte dans le modèle projectif les migrations internationales des médecins, alors que le nombre de médecins étrangers exerçant leur activité en France a quasiment doublé entre 2007 et 2013, mais aussi d'autres phénomènes, parmi lesquels un âge plus tardif que prévu de fin d'activité professionnelle lié aux réformes des retraites de 2003 et 2010.

Une augmentation du nombre de médecins en Alsace au cours des dernières années, mais une baisse du nombre de libéraux exclusifs

Il n'existe donc pas à l'heure actuelle de projections récentes et fiables au niveau national ou régional d'offre médicale. Il est néanmoins possible de présenter ici quelques chiffres d'évolution récente de ces effectifs dans notre région. Ces données vont à l'encontre de l'idée d'une baisse de l'offre médicale en Alsace. Ainsi, entre 2012 et 2015, selon le répertoire permanent des professionnels de santé (RPPS) :

- le nombre de médecins (tous modes d'activité et spécialités confondues) est passé en Alsace de 6 480 à 6 673 praticiens, soit une augmentation de 3 % ;
- cette augmentation concerne uniquement les spécialistes (hors médecins généralistes), dont l'effectif est passé de 3 514 à 3 707 praticiens (+5 %), le nombre de médecins généralistes étant resté tout à fait stable (2 699 médecins).

Durant cette période, il est également possible de noter des évolutions sensibles des modes d'exercice des médecins. En 2015, toutes spécialités confondues, l'Alsace compte 3 336 praticiens libéraux exclusifs, 791 praticiens mixtes et 2 546 salariés, mais cette répartition est en évolution, avec une tendance à la baisse de l'activité libérale exclusive.

Concernant l'évolution de chaque mode d'exercice entre 2012 et 2015, il apparaît que :

- le nombre de libéraux exclusifs baisse, évolution qui concerne aussi bien les généralistes (-64 professionnels) que les autres spécialités (-52 professionnels) ;

³ Annexe 5 Comparaison par la DREES entre les projections d'effectifs de 2008 et les données observées.

- le nombre de praticiens mixtes augmente, chez les généralistes (+60 professionnels) et plus encore les autres spécialités (+168 professionnels) ;
- la part des remplaçants chez les généralistes libéraux ou mixtes est passée de 10,4% à 12,1%, et de 6,3% à 8,8% pour les autres spécialités ;
- le nombre de praticiens salariés augmente également, évolution qui ne concerne cependant que les « autres spécialités » (+89 professionnels), le nombre de généralistes salariés ayant très légèrement diminué au cours de ces trois années (-8 professionnels).

Près d'un médecin libéral exclusif sur trois est âgé de 60 ans ou plus et un sur dix de 65 ans ou plus

Si le nombre de médecins a eu tendance à augmenter au cours des dernières années, force est de constater que le vieillissement de la profession est réel et que les départs à la retraite vont être nombreux dans les prochaines années. En effet, 25 % des médecins en activité en Alsace sont âgés de 60 ans ou plus en 2015 et 8 % âgés de 65 ans ou plus. À quelques nuances près, le vieillissement concerne aussi bien les généralistes que les spécialistes. Il touche en revanche plus les praticiens libéraux (30 % de 60 ans ou plus et 10 % de 65 ans ou plus) que les mixtes (24 % et 7 %) et surtout les salariés (18 % et 6 %).

Des étudiants en médecine générale qui envisagent en priorité un exercice de groupe

Face à la difficulté de prévoir les comportements futurs des médecins en cours de formation, une étude réalisée par l'ORS Alsace à la demande de l'ARS Alsace, lancée en 2013, visait à connaître les attentes professionnelles des internes de médecine générale de la Faculté de Strasbourg, les facteurs pouvant les influencer et le devenir de ces internes durant leurs deux premières années d'exercice.

Sur les 146 internes invités, 98 ont participé à la première édition de cette enquête (67 %). Cette enquête nous apprend que :

- les répondants vivent pour les deux tiers d'entre eux en couple et ont dans un cas sur sept un ou plusieurs enfants, ce qui n'est bien entendu pas sans effet sur leurs choix futurs notamment en matière de lieu d'exercice ;
- la majorité des internes (71 %) envisage de rester dans la région ;
- les étudiants se disent avant tout attirés par une activité libérale (les deux tiers des futurs médecins envisagent ou veulent en priorité opter pour ce mode d'exercice), élément qui pourrait sembler quelque peu en contradiction avec la baisse du nombre de libéraux exclusifs observée au cours des dernières années ;
- ceux qui sont intéressés par une activité libérale ou mixte, à l'issue de l'internat, souhaitent de façon très majoritaire exercer en cabinet de groupe. Travailler seul dans son propre cabinet est en une perspective que la majorité des étudiants rejette. Dans une moindre mesure, les internes se disent également attirés par des activités de remplacement et le travail en maison de santé.

L'enquête a également permis d'interroger les internes sur leurs perspectives d'installation dans des zones moins bien couvertes par l'offre de soins, ainsi que les éventuels freins et leviers. Il en ressort que :

- plus d'un tiers des répondants affirme être tout à fait (6 %) ou éventuellement (33 %) disposé à exercer en zone urbaine sensible (ZUS). Outre la charge de travail, les freins à l'installation dans ces territoires avancés par les internes sont les problèmes de sécurité, les difficultés à se faire remplacer, l'isolement professionnel et la difficulté à réaliser un travail de qualité (frein qui ne ressort pratiquement pas pour l'exercice libéral et l'activité en milieu rural). Quelques internes ont précisé, dans le cadre de questions ouvertes, que ce qui les attire en ZUS, c'est la dimension sociale de la prise en charge et la diversité de la pratique ;
- plus de la moitié est tout à fait (6 %) ou éventuellement (50 %) disposée à travailler en zone rurale déficitaire. Les principaux freins à ce choix sont l'isolement professionnel et l'éloignement des plateaux techniques, ainsi les contraintes sur la vie familiale et sociale (éloignement des lieux de scolarisation, manque de débouché pour le conjoint). Ce qui attire dans l'activité de médecine rurale, ce sont des motifs de consultations plus intéressants et variés, la reconnaissance de la place du médecin traitant, la relation privilégiée médecin/malade ou encore la qualité de l'environnement.

Des internes spécialistes qui prolongent leurs études et envisagent de s'installer à Strasbourg

Un second volet de l'étude menée par l'ORS Alsace portait sur les attentes professionnelles des internes de certaines spécialités (radiologie, ophtalmologie, psychiatrie). Les internes ont été sollicités pour répondre à un entretien téléphonique (18 entretiens réalisés, sur 28 internes sollicités).

À l'issue de leurs études, les internes envisagent en très grande majorité un post-internat (sur une période de 2 ans), effectué dans un service fréquenté au cours de leurs précédents stages. Seuls 2 internes ont un autre projet que le post-internat.

Si schématiquement, l'exercice hospitalier a pour avantage aux yeux des internes le travail en équipe et le gain d'expérience liée à une plus grande diversité de cas cliniques, l'exercice en libéral offre l'avantage de l'indépendance et la liberté de pratique. Quel que soit le mode d'exercice envisagé, les internes sont vigilants sur la qualité ainsi que l'environnement de travail.

Concernant l'installation en libéral, les internes des spécialités de radiologie et d'ophtalmologie évoquent les contraintes liées au plateau technique (qui entraîne un fort coût d'installation), de même que leur souhait d'exercer en cabinet de groupe (« *s'installer seul est quasiment impossible* »). Associées à l'activité libérale, les obligations administratives rebutent nombre des internes qui s'orientent vers un exercice hospitalier.

Des installations en libéral au cours des dernières années géographiquement bien mieux réparties que ce que laissent présager les projets exprimés par les internes

La présence d'une faculté de médecine dans un département a un effet attractif sur l'installation des jeunes médecins⁴. Ainsi au niveau alsacien, Strasbourg polarise fortement les projets d'installation des internes (10 sur les 14 qui envisagent de rester en Alsace).

L'analyse des données de l'Assurance maladie transmises par l'ARS montre que, pour les radiologues et ophtalmologues, la répartition géographique effective des installations en exercice libéral au cours des dernières années est bien plus équilibrée que ce que laisse présager les projets exprimés par les internes enquêtés.

Tableau 4 : Effectifs de radiologues, ophtalmologues et psychiatres installés en exercice libéral entre 2011 et 2014 en Alsace selon la commune et la zone de proximité d'installation

Zone de proximité	Commune d'installation	Radiodiagnostic	Ophtalmologie	Psychiatrie
WISSEMBOURG	SELTZ	0	0	1
	BISCHWILLER	1	0	0
HAGUENAU	HAGUENAU	2	0	0
	HOCHFELDEN	0	1	0
SAVERNE	INGWILLER	1	1	0
	SARRE-UNION	1	0	0
	ILLKIRCH-GRAF.	2	0	0
STRASBOURG	SCHILTIGHEIM	2	0	0
	STRASBOURG	2	2	13
OBERNAI-SELESTAT	ERSTEIN	0	0	1
	OBERNAI	0	2	0
	SELESTAT	2	2	1
TOTAL BAS-RHIN		13	8	16
COLMAR	COLMAR	3	2	0
GUEBWILLER	GUEBWILLER	0	1	0
	MULHOUSE	1	1	1
MULHOUSE	RIXHEIM	1	0	0
	WITTENHEIM	0	1	0
SAINT-LOUIS	BARTENHEIM	0	0	1
	SAINT-LOUIS	1	0	0
TOTAL HAUT-RHIN		6	5	2
TOTAL ALSACE		19	13	18

Source : Érasme. Exploitation : ARS Alsace, ORS Alsace.

Ainsi, parmi les 19 radiologues et 12 ophtalmologues libéraux qui se sont installés en Alsace entre 2011 et 2014, respectivement 11 et 6 l'ont fait dans une commune hors agglomérations de Strasbourg, Colmar et Mulhouse.

⁴ Cnom, « Atlas de la démographie médicale en France : situation au 1^{er} janvier 2014 », 272 p.

En définitive, au cours des quatre années considérées :

- 7 zones de proximité sur 12 ont bénéficié de l'installation d'un radiologue,
- 6 zones de proximité 12 ont bénéficié de l'installation d'un ophtalmologue.

Pour les psychiatres en revanche, les installations sont essentiellement strasbourgeoises (13 sur 18).

Un tiers des installations concernent des praticiens de 30 à 34 ans, un second tiers des praticiens 35-39 ans et le dernier tiers des praticiens 40 ans ou plus. Il apparaît donc clairement que nombre de ces spécialistes avaient cumulé plusieurs années d'exercice salarié avant de s'installer un libéral. Même les installations à 50 ans ou plus ne sont pas exceptionnelles : 7 installations sur les 48 pour lesquelles l'âge du praticien est connu.

11. Assurer financièrement l'accès aux soins

Les données de l'Assurance Maladie et des conseils de l'ordre n'étaient pas disponibles en date de rédaction du rapport s'agissant de plaintes ou de réclamations pour refus de soins des bénéficiaires de la CMU ou de l'AME.

12. Assurer l'accès aux structures de prévention

Dépistage des cancers

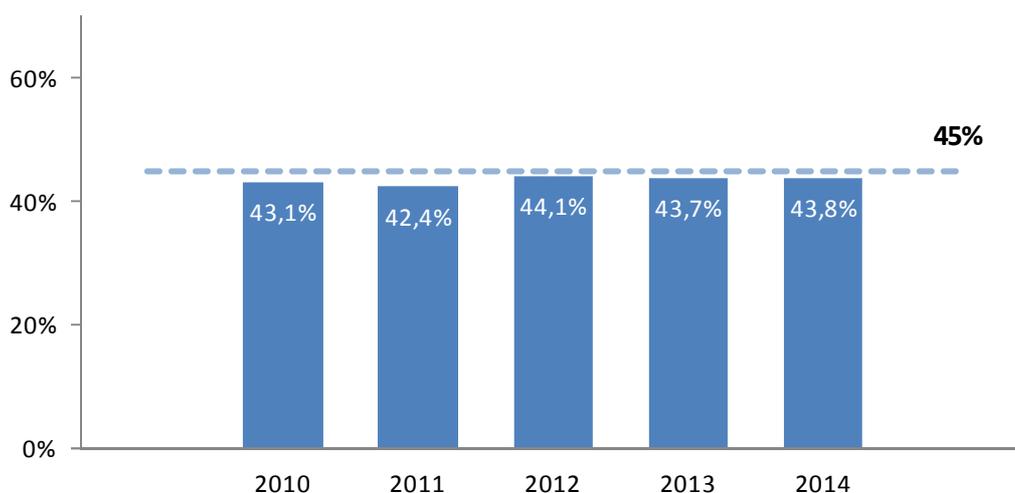
La participation au dispositif de dépistage du cancer colorectal est relativement stable en Alsace chez les personnes âgées de 50 à 74 ans, avec des fluctuations autour de 44 %. En 2014, 185 102 personnes ont été dépistées (43,8 % des personnes ciblées).

Selon l'institut de veille sanitaire (InVS), en 2013-2014, la France affiche un taux de participation de 29,8 %. Les taux de participation départementaux au programme de dépistage organisé du cancer colorectal variaient de 47,5 % en Saône-et-Loire à 6,2 % en Corse⁵. Le Haut-Rhin (46,6 %) se situait en 2^e position des départements aux taux les plus élevés et le Bas-Rhin (41,7 %) en 8^e position.

En France, seuls la Saône-et-Loire et le Haut-Rhin ont des taux de participation supérieurs au seuil minimal recommandé. Le Bas-Rhin est néanmoins très proche de ce seuil.

⁵ Le détail des deux départements corses n'est pas disponible.

Figure 14 : Taux de participation au dépistage du cancer colorectal chez les personnes de 50 à 74 ans, Alsace 2010-2014



Source : ARS Alsace

« Le référentiel européen préconise un taux de participation de la population cible supérieur ou égal à 45 % pour que le programme de dépistage soit coût-efficace. Ce référentiel est celui de l'ensemble des pays européens ayant mis en place un programme de dépistage organisé. »

(Source : INVS).

Les commentaires du CPOM Etat ARS (bilan 2014) fournissent les éléments suivants du plan d'action :

- Poursuite des sessions d'information sur le Dépistage Organisé du Cancer Colorectal (DOCCR) à destination des médecins généralistes et des médecins du travail. Remise des tests aux médecins.
- Poursuite de la formation des élèves en IFSI.
- Travail de la visiteuse médicale : formation par téléphone, déplacement au cabinet, remise des tests.
- Poursuite des démarches pour agir au plus près des zones défavorisées. Travail avec MSA pour la promotion du DOCCR vers les populations migrantes.
- Actions grand-public : conférences, articles de presse, émission de radio et télé, sensibilisation du personnel d'organismes partenaires (ARS, MSA, Camieg, Sanofi).

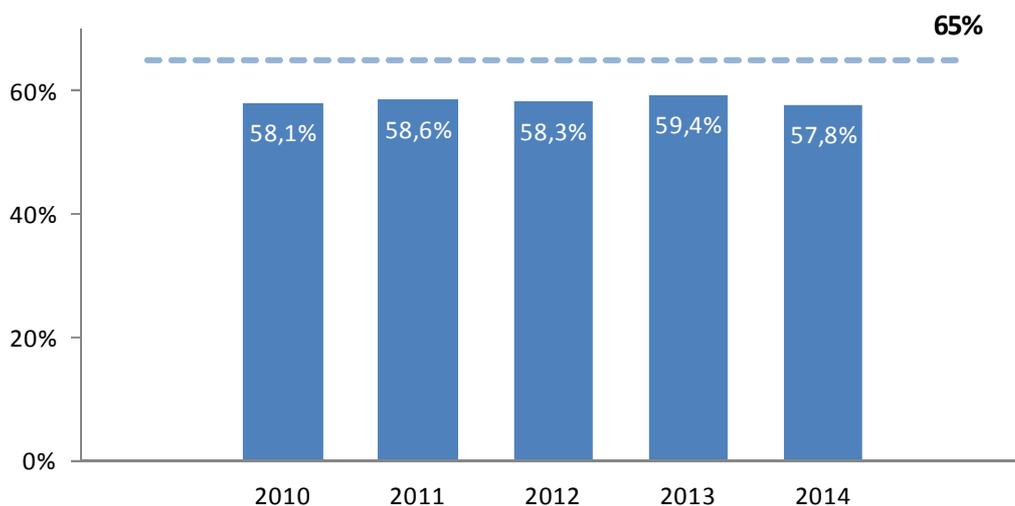
En collaboration avec ADECA, structure gestionnaire de la campagne de dépistage du cancer colorectal, un des objectifs est d'atteindre les populations les plus précaires. Quelques pistes sont portées dans le cadre du contrat local de santé avec la ville de Strasbourg : poursuivre le travail avec MSA pour l'information en différentes langues, travail avec les adultes-relais dans les quartiers précaires.

La participation des femmes de 50 à 74 ans au dispositif de dépistage du cancer du sein est globalement stable sur la période 2010-2014 en Alsace. Ce taux s'établit autour de 58 %. Tout au plus pouvons-nous observer un très faible recul entre 2013 et 2014 (de 1,6 point), avec 76 573 femmes dépistées en 2014.

Selon l'institut de veille sanitaire (InVS), en 2013-2014, les taux de participation départementaux au programme de dépistage organisé du cancer du sein variaient de 65,3 % en Maine et Loire à 26,8 % à Paris, pour une moyenne France entière de 51,7 %. Le Bas-Rhin (57,9 %) se situait en 28^e position des départements aux taux les plus élevés et le Haut-Rhin (57,7 %) en 31^e position.

Il convient de rappeler que ces données ne tiennent pas compte de la participation au dépistage individuel, qu'il n'est pas possible de calculer précisément.

Figure 15 : Taux de participation au dépistage du cancer du sein chez les femmes de 50 à 74 ans, Alsace 2010-2014



Source : ARS Alsace

« Le référentiel européen mis à jour en 2006 préconise un taux de participation de la population cible supérieur ou égal à 70 %. Ce référentiel est celui de l'ensemble des pays européens ayant mis en place un programme de dépistage organisé. En France, le Plan cancer 2009-2013 souhaitait une participation supérieure à 65 % à l'échéance du plan, objectif qui n'est pas atteint. L'augmentation de la participation reste un objectif principal du nouveau plan cancer 2014-2019. » (Source : INVS)

Parmi les éléments cités dans le CPOM Etat ARS (bilan 2014) :

- Poursuite des sessions d'information sur les cancers de la femme à destination des médecins généralistes, gynécologues et sages-femmes (en partenariat avec EVE pour le dépistage du cancer du col de l'utérus).
- Campagne d'affichage dans les pharmacies d'officine d'Alsace ainsi que 3 réunions d'information pour les équipes officinales.
- Poursuite des démarches pour agir au plus près des zones défavorisées.
- Actions grand-public : stand lors des courses (La Strasbourgeoise, Les Mulhousiennes), ciné-débats (Dragon Ladies), émission de radio et télé, sensibilisation du personnel d'organismes partenaires (CPAM, ARS, EDF, Sanofi).
- Financement ARS dans le cadre de l'Activité Physique Adaptée, par exemple : "Les Filles de D'Artagnan" (escrime), les Elles de l'III (kayak).

Couverture vaccinale des enfants

La couverture vaccinale des enfants de 24 mois contre la rougeole, les oreillons et la rubéole est un enjeu fort de santé publique. Tous les enfants, à l'âge de 24 mois, devraient avoir reçu deux doses du vaccin contre la rougeole, les oreillons et la rubéole. Deux doses de vaccin trivalent ROR (Rougeole, Oreillons, Rubéole) sont nécessaires pour être efficacement protégé : une première dose est recommandée à l'âge de 12 mois, une deuxième dose à l'âge de 16-18 mois pour garantir une protection optimale et pour toute la vie.

Le calcul statistique est réalisé à partir des données de vaccination ROR 1 dose et ROR 2 doses. En 2012, 65 % des régions ne pouvaient communiquer une valeur pour le ROR 1 dose et 48 % pour le ROR 2 doses.

Les données par département pour l'année 2012 sont les suivantes :

- dans le Bas-Rhin, la vaccination concerne 92,2 % des enfants pour le ROR 1, 83,1 % pour le ROR 2,
- dans le Haut-Rhin, les données ne sont pas disponibles pour le ROR 1, la vaccination concerne 68,1 % des enfants pour le ROR 2.

Depuis la rentrée scolaire 2014, les bilans réalisés dans les collèges publics auprès des élèves de 6^e par les personnels infirmiers de l'Académie de Strasbourg font l'objet d'une informatisation, grâce au Logiciel santé scolaire (L2S), application web développée dans le cadre d'une collaboration entre le Rectorat, l'ARS et l'ORS. Au total, en Alsace, les bilans de 12 755 enfants de 6^{ème} ont ainsi pu être exploités pour l'année scolaire 2014-2015.

Une majorité de ces enfants (85 %) se présente à l'examen muni du carnet de santé ou de certificats de vaccination permettant d'établir leur statut vaccinal. La suite des analyses a été réalisée uniquement dans le groupe d'enfants munis d'un de ces documents, soit 9 734 enfants.

Selon le calendrier vaccinal, les enfants âgés de moins de 11 ans devraient avoir bénéficié concernant le DTP de 5 injections, la 6^e injection devant intervenir entre 11 et 13 ans. Il apparaît que sur les 260 enfants âgés de moins de 11 ans au moment de l'examen et pour lesquels nous disposons avec certitude du statut vaccinal⁶, 92 % respectent ce calendrier (ils ont bénéficié de 5 injections DTP au moins). Plus globalement, sur l'ensemble des 353 enfants⁷ âgés de moins de 11 ans au moment de l'examen :

- 7 % ne sont pas à jour de leur vaccination DTP (moins de 5 injections),
- 71 % sont à jour de leur vaccination DTP (5 ou 6 injections),
- 22 % ont un statut vaccinal non renseigné (nombre d'injections DTP non saisi).

En définitive le taux d'enfant de moins de 11 ans à jour de leur vaccination DTP est au minimum de 71 % et au maximum de 93 %.

⁶ Enfants pour lesquels le nombre d'injections est disponible et pour lesquels le statut vaccinal a été confirmé par un carnet de santé ou un certificat de vaccination.

⁷ Y compris enfants non munis de leur carnet de santé ou certificats de vaccination et enfants pour lesquels la variable nombre d'injections DPS n'a pas été saisie.

Par ailleurs, 94 % des 8 885 enfants 11 ans ou plus⁸ ont eu au moins 5 injections et 31 % ont déjà eu une sixième injection, sixième injection qui, comme indiqué ci-dessus, doit intervenir entre 11 ans et 13 ans.

Tableau 5 : Répartition des enfants selon le nombre d'injections DTP⁹

Nombre d'injections DTP	Enfants de moins de 11 ans (n=260)	Enfants de 11 ans ou plus (n=8 885)	Ensemble (n=9 145)
Aucune	0,0	0,0	0,0
1 injection	0,0	0,2	0,2
2 injections	0,4	0,6	0,6
3 injections	0,8	0,3	0,3
4 injections	7,3	5,0	5,0
5 injections	86,9	62,5	63,2
6 injections	4,6	31,4	30,6
Ensemble	100,0	100,0	100,0

Non-réponses : 589 non-réponses = 6,1 %

Source : Logiciel Santé Scolaire, Données 2014-2015. Exploitation : ORS Alsace.

Plus de neuf enfants sur dix ont bénéficié des deux doses du vaccin ROR prévues dans le calendrier vaccinal (12 mois et entre 16 et 18 mois). Les enfants présentent un taux de couverture similaire, quel que soit leur sexe, pour le DTP comme pour le ROR.

Tableau 6 : Répartition des enfants munis de leur carnet de vaccination selon le nombre d'injections ROR

Nombre d'injections ROR	Effectifs	Pourcentage
Aucune	152	1,6
1 injection	521	5,6
2 injections	8 645	92,8
Ensemble	9 318	100,0

Non-réponses : 3 437 non-réponses = 26,9 %

Source : Logiciel Santé Scolaire, Données 2014-2015. Exploitation : ORS Alsace.

Près des trois quarts des enfants sont à jour de leur vaccination pour le BCG, de l'ordre de quatre enfants sur dix pour la coqueluche et l'hépatite B, d'un tiers des enfants pour le pneumocoque et d'un quart pour le méningocoque.

⁸ Idem ci-dessus.

⁹ Taux de non-réponses calculé avec au dénominateur l'effectif d'enfants pour lesquels le statut vaccinal a été confirmé par un carnet de santé ou un certificat de vaccination ou un carnet de santé.

Tableau 7 : Répartition des enfants munis de leur carnet de vaccination selon la couverture vaccinale en BCG, coqueluche, hépatite B, Méningocoque¹⁰

Vaccin	Effectifs	Pourcentage
BCG	7 005	72,0
Coqueluche	3 807	39,1
Hépatite B	4 273	43,9
Pneumocoque	3 369	34,6
Méningocoque	2 372	24,4

Source : Logiciel Santé Scolaire, Données 2014-2015. Exploitation : ORS Alsace.

Surpoids et obésité

Selon la Drees¹¹, 14,1 % des élèves alsaciens de grande section de maternelle étaient en surcharge pondérale en 2012-2013, contre 15,4 % en 2005-2006 et 17,6 % en 1999-2000. L'Alsace n'est plus en tête des régions de France par rapport à la surcharge pondérale, mais reste parmi les régions les plus touchées.

Les données issues des bilans réalisés dans les collèges publics par les personnels infirmiers de l'Académie de Strasbourg montrent qu'un peu moins des deux tiers des enfants de 6^e (65 %) affichent un rapport entre taille et poids dans la normale. Au total, 22 % des enfants sont en surpoids (y compris obésité), dont un quart au stade de l'obésité (soit 6 % de l'ensemble des enfants). À l'autre bout du spectre du statut pondéral, 13 % sont en insuffisance pondérale¹².

¹⁰ Les modalités techniques d'interrogation sur ces items ne permettent pas d'identifier des non-réponses. En effet, il s'agit de cases à cocher lorsque l'enfant est à jour de ses vaccinations. Une case non cochée peut donc aussi bien correspondre à la non-vaccination qu'à une non-réponse. Le dénominateur est, par défaut, 9 734, qui est l'effectif d'enfants qui ont présenté leur carnet de vaccination.

¹¹ DREES, « Évolution de la surcharge pondérale et de l'obésité chez les enfants de 5 à 6 ans de 2000 à 2013 à partir des enquêtes nationales de santé scolaire », instruction du bureau de l'état de santé de la population n°011/14, mai 2014, 6 p.

¹² Les références utilisées pour déterminer le statut pondéral des enfants sont celles de l'International Obesity Task Force. T.J. Cole et son équipe ont publié deux articles de référence sur le sujet, et c'est sur la base de ces articles que nous travaillons : « Establishing a standard definition for child overweight and obesity worldwide: international survey », *British Medical Journal*, 2000, May 6; 320(7244): 1240 et « Body mass index cut offs to define thinness in children and adolescents: international survey », *British Medical Journal*, 2007 Jul 28;335(7612):194. N.B. Les valeurs de référence sont données par ces articles par tranche de 6 mois. Nous disposons donc des valeurs critiques pour 2 ans, 2 ans et demi, 3 ans, etc. Disposant d'un âge précis pour les enfants, plutôt que d'arrondir l'âge, nous avons conservé l'âge exact et procédé par interpolation linéaire, sur les conseils de T.J. Cole.

Tableau 8 : Répartition des enfants selon le statut pondéral

Statut pondéral	Effectifs	Pourcentage
Insuffisant grade 3	89	0,7
Insuffisant grade 2	212	1,7
Insuffisant grade 1	1 256	10,2
Normal	8 017	65,1
Surpoids (hors obésité)	2 043	16,6
Obèse	701	5,7
Ensemble	12 318	100,0

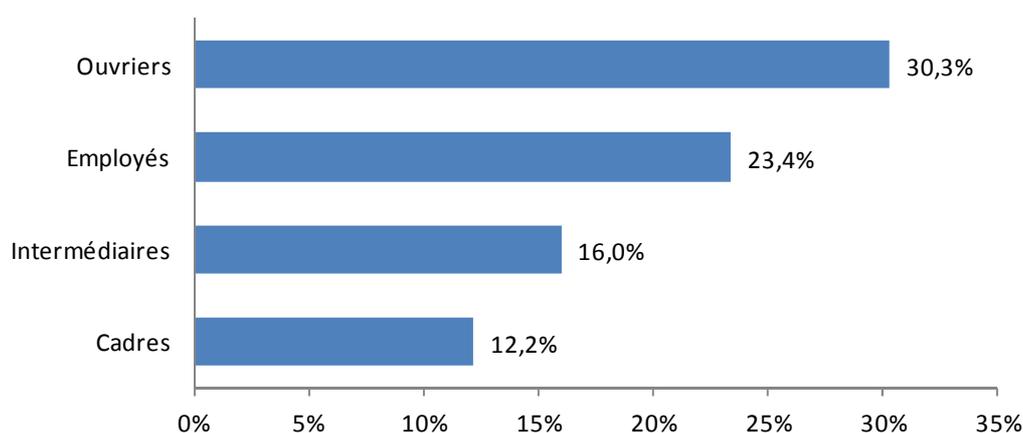
Non-réponses : 437 = 3,4 %

Source : Logiciel Santé Scolaire, Données 2014-2015. Exploitation : ORS Alsace.

Conformément à ce qui est déjà largement documenté par la littérature sur le sujet, la proportion d'enfants en surpoids fluctue selon des critères socioéconomiques. Ainsi, les enfants de cadres¹³ sont 12 % à être en surpoids (y compris obésité), contre 30 % des enfants d'ouvriers, soit un rapport de 1 à 2,5. Le statut pondéral des enfants est également corrélé au statut d'emploi du ou des parents. En effet, 26 % des enfants dont le ou l'un au moins des parents est au chômage sont en surpoids, contre 21 % pour les autres enfants (pas de chômage dans la famille).

La question de l'insuffisance pondérale est moins documentée. Le recueil effectué par les infirmiers scolaires en Alsace montre que les enfants de cadres sont 16 % à être en situation d'insuffisance pondérale, contre 10 % des enfants d'ouvriers ; les enfants de familles touchées par le chômage sont 11 % à être en situation d'insuffisance pondérale, contre 13% des autres enfants. En revanche, nous ne relevons pas d'écart entre garçons et filles.

Figure 16 : Statut pondéral des enfants selon la PCS des parents



Non-réponses : 437 = 3,4 %

Source : Logiciel Santé Scolaire, Données 2014-2015. Exploitation : ORS Alsace.

En complément de l'analyse régionale, une approche par zone de proximité (ZP) peut être réalisée. En matière de statut pondéral, les ZP de Strasbourg et Mulhouse se démarquent négativement, ainsi

¹³ Pour la classification des familles selon la Profession et catégorie socioprofessionnelle (PCS), c'est la PCS la plus élevée des deux parents qui a été retenue (ou à défaut la PCS du parent isolé).

que le sud de l'Alsace (ZP de Saint-Louis et d'Altkirch). Dans ces territoires, environ un quart des enfants sont en surpoids (y compris obésité). À l'opposé, les ZP présentant les indicateurs les plus favorables sont Thann (18 %), Molsheim-Schirmeck (19 %) et Wissembourg (19 %).

Tableau 9 : Indicateurs concernant la surcharge pondérale par zone de proximité (ZP) en pourcentage

	Wissembourg (n=450)	Haguenau (n=883)	Saverne (n=919)	Strasbourg (n=2 615)	Molsheim-Schirmeck (n=1 003)	Obernai-Sélestat (n=1 504)	Colmar (n=1 526)	Guebwiller (n=446)	Thann (n=368)	Mulhouse (n=1 775)	Saint-Louis (n=712)	Altkirch (n=545)	Alsace
Enfants en surpoids (hors obésité)	14,8	15,1	16,0	18,2	14,3	15,7	15,2	18,5	13,5	18,3	16,7	19,6	16,6
Enfants obèses	3,8	5,9	5,4	7,1	4,4	5,9	5,3	3,2	4,4	6,0	6,5	4,7	5,7
Enfants en surpoids (y compris obésité)	18,6	21,0	21,4	25,3	18,7	21,6	20,5	21,7	17,9	24,3	23,2	24,3	22,3

Source : Logiciel Santé Scolaire, Données 2014-2015. Exploitation : ORS Alsace.

Dans le cadre du CPOM Etat ARS (bilan 2015), l'ARS Alsace précise qu'elle est engagée avec ses principaux partenaires dans la réduction des inégalités sociales et territoriales de santé en matière de surpoids (EN, DRJSCS, DRAAF, Collectivités locales) par des actions d'envergure et dans le cadre des Contrats locaux de santé.

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

Contrats locaux de santé

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 2015, cinq territoires font l'objet d'un contrat local de santé :

- deux à Strasbourg (ville de Strasbourg et Euro-métropole de Strasbourg), ayant fait l'objet d'une actualisation (CLS II 2015-2020) ;
- un à Mulhouse, ayant fait l'objet d'une actualisation (CLS II 2015-2020) ;
- un avec la communauté de communes du Val d'Argent (décembre 2012 - décembre 2015) ;

- un avec la communauté de communes de la Vallée de la Bruche (janvier 2013 – décembre 2015).

Écarts infrarégionaux d'équipements en établissements et services médico-sociaux

Les écarts infrarégionaux d'équipements en établissements et services médico-sociaux peuvent être 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. La dépense en faveur des personnes âgées est calculée par le rapport entre la somme des dépenses (EHPAD, USLD, AIS) et l'effectif de la population âgée de 75 ans ou plus.

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

L'écart type était de 5,9 % en 2011, de 5,6 % en 2012 et de 5,0 % en 2013, et 5,5 % en 2014 (indicateur conservé dans le CPOM Etat ARS 2015-2018)

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.

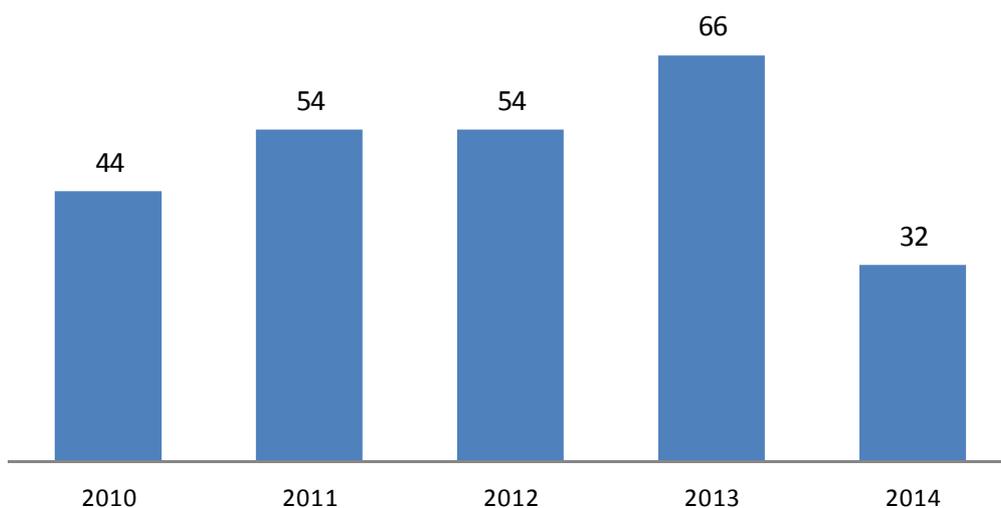
En 2011, l'écart était de 25,8 %, de 30,4 % 2012 et de 18,7 % en 2013, et 24,6 % en 2014 (indicateur conservé dans le CPOM Etat ARS 2015-2018)

Logements insalubres

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.

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

Figure 17 : Nombre de logements ayant fait l'objet d'une évaluation sanitaire en Alsace



Source : ARS Alsace, 2010-2014.

Le nombre de logements alsaciens 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 66 en 2013, soit une très forte hausse par rapport aux années précédentes, et de 32 en 2014, soit moins de la moitié de l'effectif de l'année précédente.

PARTIE 3 : CONFORTER LA REPRESENTATION DES USAGERS DU SYSTEME DE SANTE

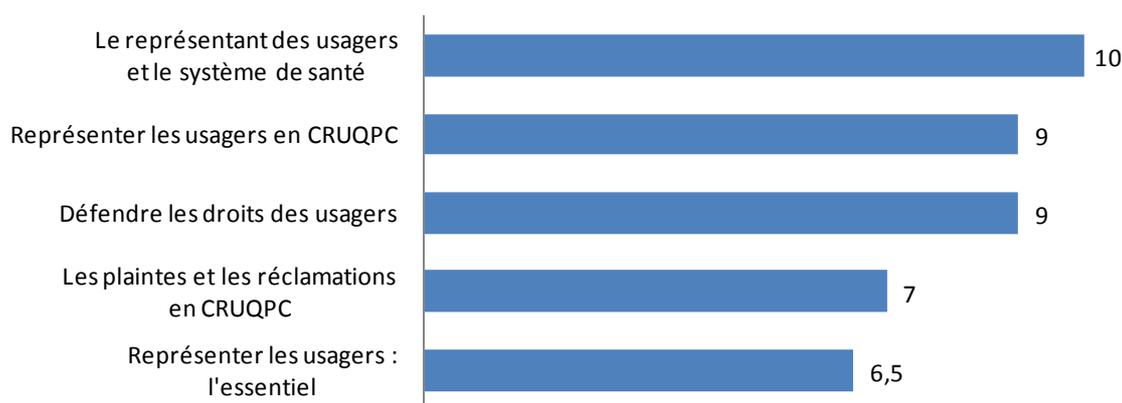
14. Formation des représentants d'usagers siégeant dans les instances du système de santé

En 2015, le CISS Alsace a organisé 7 sessions de formations sur les thèmes suivants :

- représenter les usagers : l'essentiel (2 sessions) ;
- défendre les droits des usagers ;
- représenter les usagers en CRUQPC ;
- le représentant des usagers et le système de santé (2 sessions) ;
- les plaintes et les réclamations en CRUQPC.

Sur l'ensemble de ces sessions, le CISS Alsace a formé 58 personnes, soit 8,3 participants par session en moyenne.

Figure 18 : Effectifs de personnes formées par session par le CISS Alsace en 2015 selon la thématique



Source : CISS Alsace, Formations 2015.

La thématique qui a été la plus suivie en 2015, par session, portait sur « le représentant des usagers et le système de santé », avec 10 participants par session en moyenne.

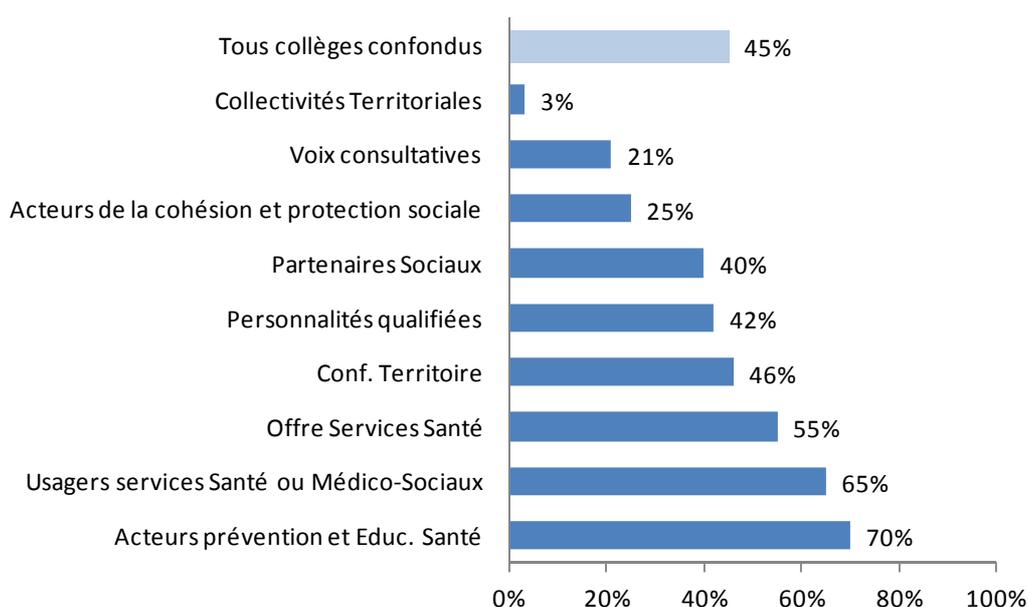
PARTIE 4 : RENFORCER LA DEMOCRATIE SANITAIRE

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

La CRSA affiche une dynamique de fonctionnement certaine ; néanmoins, en 2015, moins de la moitié des 107 représentants (45 %) a siégé à l'ensemble des réunions plénières de la CRSA d'Alsace.

Cette participation est variable selon le collège : elle fluctue entre 70 % pour les Acteurs de la prévention et de l'éducation à la santé et 3 % pour les Collectivités territoriales.

Figure 19 : Taux de participation à l'ensemble des réunions de la CRSA selon le collège



Source : Données ARS Alsace, Pôle PRS-DS (Projet régional de santé - démocratie sanitaire), 2015.

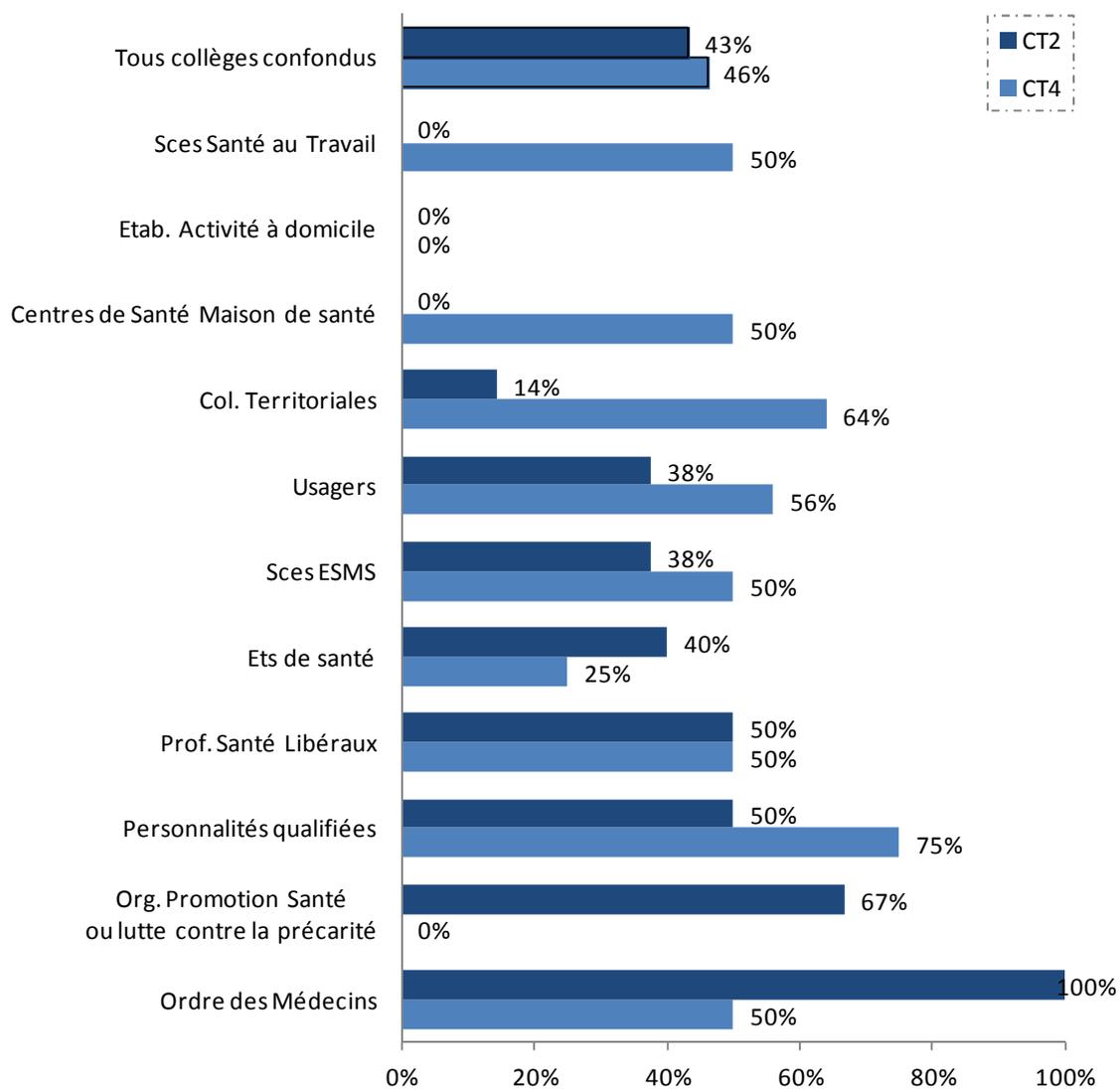
Les données 2015 permettent également d'éclairer la participation aux Conférences de Territoire (CT) qui se sont tenues, à savoir celle du Territoire de Santé 2 (Strasbourg-Molsheim-Schirmeck) et celle du Territoire de Santé 4 (Thann-Mulhouse-Altkirch).

Rappelons que « *le territoire de santé constitue l'espace de référence pour l'analyse des besoins de santé de la population et l'organisation des moyens dédiés à la santé : activités de santé publique, soins, équipements, établissements de santé, prise en charge et accompagnement médico-social, soins de premiers recours. Il est également le lieu d'exercice de la démocratie sanitaire via les conférences de territoire qui participent à l'émergence d'un projet territorial de santé. Cette instance réunit l'ensemble des partenaires, établissements, professionnels de santé et représentants des usagers.* »

Comme pour les conférences plénières de la CRSA, la participation globale aux Conférences de territoire est inférieure à la moitié des représentants : 43 % des 49 sièges pour la CT2 (1 réunion) et 46 % des 50 sièges pour la CT4 (2 réunions). Rappelons que les représentants sont fortement conviés à participer à ces réunions pour contribuer à la démocratie sanitaire et rendus attentifs à la signature de la liste de présence.

Les taux de participation varient selon le collège et le territoire (mais également selon les années). Nous pouvons relever l'absence de participation en 2015 des représentants des établissements d'activité à domicile, absence qui s'observe dans les deux CT. Par ailleurs, nous remarquons une représentation très différenciée selon les CT pour les collèges : les représentants des « Services de santé au travail » et « Centres ou maisons de santé » étant présents au sein du CT4 et absents du CT2 ; à l'inverse les représentants des « Organismes de promotion de la santé ou de lutte contre la précarité » étant absents au sein du CT2.

Figure 20 : Taux de participation à l'ensemble des réunions des Conférences de Territoire selon le collège



Source : ARS Alsace, participation aux Conférences de Territoire 2015.

ANNEXE : LISTE DES ETABLISSEMENTS AYANT TRANSMIS UN RAPPORT DE CRUQ

Finess de l'entité juridique	Commune	Etablissement
67 078 058 4	BISCHWILLER	Centre Hospitalier de Bischwiller
67 001 336 6	BRUMATH	Etablissement Public de Santé d'Alsace-Nord (EPSAN)
67 078 007 1	BRUMATH	Hôpital local de Brumath
67 000 996 9	GOERSDORF	Etablissement Médical "Liebfrauenthal"
67 078 049 3	HAGUENAU	Centre de Post-Cure "Château Walk"
67 078 033 7	HAGUENAU	Centre Hospitalier d'Haguenau
67 000 078 5	HAGUENAU	Clinique "Saint-François"
67 000 019 9	HAGUENAU	Clinique "Sainte-Odile" d'Haguenau
68 000 064 3	INGWILLER	Clinique "Neuenberg"
67 079 240 7	LOBSANN	Maison de Post-Cure "Marienbronn"
67 078 034 5	SAVERNE	Centre Hospitalier de Saverne
67 001 333 3	SAVERNE	ENDOSAV
67 078 054 3	WISSEMBOURG	Centre Hospitalier de Wissembourg
67 078 115 2	ERSTEIN	Centre Hospitalier d'Erstein
67 078 071 7	ERSTEIN	Hôpital Local d'Erstein
67 078 013 9	OBERHAUSBERGEN	CMLS Amreso Bethel
67 078 067 5	ROSHEIM	Hôpital local de Rosheim
75 083 270 1	SCHILTIGHEIM	Clinique "de l'III" / Clinique du Ried
67 079 234 0	STRASBOURG	ABRAPA (HJ Germaine de Bord et Michel Philibert)
67 000 065 2	STRASBOURG	AURAL
67 078 014 7	STRASBOURG	Clinique "Adassa"
67 000 011 6	STRASBOURG	Clinique de l'Orangerie
67 001 621 1	STRASBOURG	Clinique Sainte-Odile
67 000 010 8	STRASBOURG	Clinique des Diaconesses
67 001 460 4	STRASBOURG	Groupe Hospitalier "Saint-Vincent"
67 078 005 5	STRASBOURG	Hôpitaux Universitaires de Strasbourg
67 078 006 3	STRASBOURG	Centre de lutte contre le cancer "Paul Strauss"
67 001 331 7	STRASBOURG	Centre Autonome d'Endoscopie Digestive Ambulatoire
67 078 070 9	OBERNAI	Centre hospitalier d'Obernai
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)
68 000 097 3	COLMAR	Hôpitaux Civils de Colmar
68 001 601 1	COLMAR	Groupe Hospitalier du Centre Alsace
68 000 759 8	COLMAR	Association d'Hospitalisation à Domicile du Centre Alsace
68 000 098 1	ENSISHEIM	Hôpital Local d'Ensisheim Dr Thuet
68 000 108 8	SOULTZ-ISSENHEIM	Hôpital Local de Sultz
68 000 100 5	GUEBWILLER	Centre Hospitalier de Guebwiller
68 000 089 0	GUEBWILLER	Clinique "Solisana"
68 001 264 8	KAYSERSBERG	Hôpital Local de Kaysersberg (résidence de la Weiss)

Finess de l'entité juridique	Commune	Etablissement
68 000 111 2	MUNSTER	Hôpital Local de Munster
68 000 113 8	RIBEAUVILLE	Hôpital Local de Ribeauvillé
68 000 117 9	ROUFFACH	Centre Hospitalier de Rouffach
75 000 506 8	TROIS EPIS	Centre Médical MGEN
68 000 039 5	ALTKIRCH	Centre Hospitalier d'Altkirch
68 001 596 3	MULHOUSE	Clinique Gérontologique "Saint-Damien"
68 000 035 3	MULHOUSE	Centre de Réadaptation "Albert Camus"
68 000 048 6	MULHOUSE	Centre Hospitalier de Mulhouse
68 000 034 6	CERNAY	Centre Hospitalier de Cernay
68 000 043 7	THANN	Centre Hospitalier de Thann
68 000 011 4	MULHOUSE	Centre de Dialyse "La Fonderie" = DIAVERUM
67 000 064 3	MULHOUSE	Clinique du Diaconat-Fonderie
68 000 064 3	MULHOUSE	Clinique du Diaconat-Roosevelt
67 078 129 3	ODEREN	Hôpital "Saint-Vincent"
68 000 041 1	PFASTATT	Centre Hospitalier de Pfastatt
68 000 004 9	SAINT-LOUIS	Clinique "Trois Frontières"
75 083 224 8	SENTHEIM	Centre de Convalescence "Saint-Jean-de-Dieu"
68 000 017 1	SIERENTZ	Hôpital Local de Sierentz
68 001 781 1	MULHOUSE	HAD de l'Alsace du Sud
68 000 026 2	DANNEMARIE	EHPAD Hôpital local de Dannemarie
	ALSACE	UGECAM