



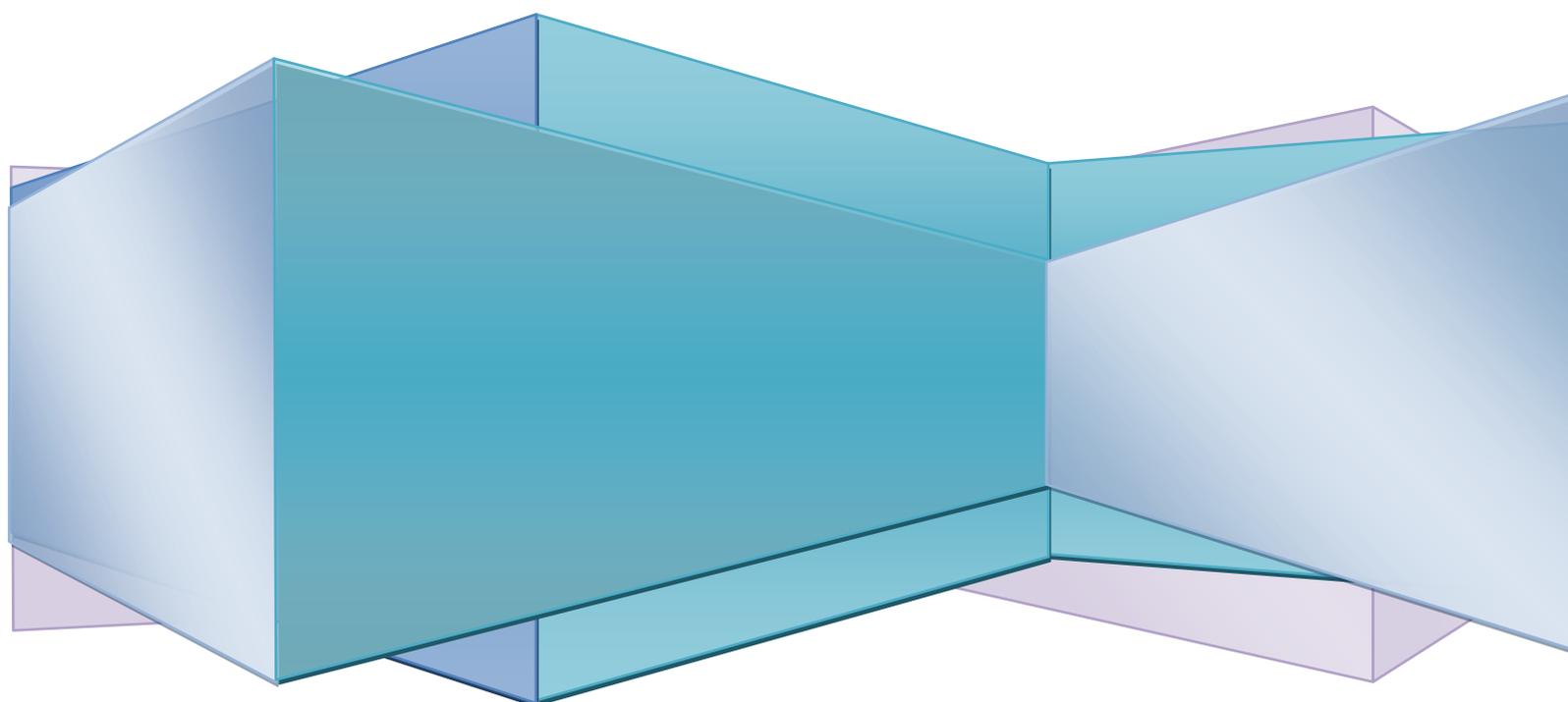
Rapport 2020 de la CRSA Auvergne-Rhône-Alpes

Droits des usagers du système de santé

Rédigé à partir des données 2019

Adopté par l'assemblée plénière de la CRSA

Par vote électronique du 10 au 12 février 2021



Editorial du président de la CSRA, Christian BRUN	
Avant propos du président de la CSDU, Jean-Pierre FLEURY	
CHAPITRE 1 - Le respect des droits individuels des usagers	2
1. Le baromètre d'opinion 2019 de la DREES	3
2. L'avancée du DMP en 2019	10
3. Plaintes et réclamations	18
CHAPITRE 2 – Egalité d'accès à la santé	28
1. L'inclusion scolaire	29
2. La consommation d'alcool	43
3. La consommation de tabac	50
CHAPITRE 3 – Qualité des prises en charge et accompagnements	60
1. Les événements indésirables graves associés à des soins	61
2. Mesure de la satisfaction et de l'expérience des patients hospitalisés pour une chirurgie ambulatoire	72
CHAPITRE 4 – Santé et environnement	81
1. La qualité de l'air	82
2. La qualité de l'eau	92
3. Le logement insalubre	99
CHAPITRE 5 – Le fonctionnement des commissions d'usagers dans les établissements de la région	106
CONTRIBUTION	126
Comment permettre la prise en charge et la libre circulation des usagers dans un système de santé en tension ? (Bruno DELATTRE)	
PROPOS CONCLUSIF – Jean-Pierre FLEURY	130
Définition des sigles et acronymes utilisés dans le rapport	131

J. P. FLEURY, rédacteur du rapport 2020, "droits des usagers"

Editorial du Président de la CRSA, Christian BRUN

Vendredi 12 février 2021, 14 h 30 : les résultats du vote sur le projet de rapport « droits des usagers » me sont communiqués et je m'apprête avec plaisir et, j'ose le dire, beaucoup de satisfaction, à rédiger ce petit mot d'introduction

Epilogue d'un long parcours démocratique où la participation de chacun des membres de la CRSA Auvergne-Rhône-Alpes, titulaire comme suppléant, a été recherchée et encouragée, ce vote engage, ce vote oblige. La mise en œuvre de la discussion et de la concertation ne fut pas simple, compte tenu de l'état sanitaire de notre pays durant ces derniers mois, qui a empêché la tenue de réunions en présentiel ; mais nous pouvons manifester la fierté d'y être collectivement parvenus !

La démocratie en santé a été oubliée, négligée, parfois méprisée durant cette crise que nous subissons encore aujourd'hui. Nous venons de faire la preuve, à contrario, qu'il était possible de faire vivre le débat et la démocratie avec de la volonté et le désir de respecter les corps intermédiaires, leur légitimité, leur représentativité...

La qualité et la richesse de ce document démontrent, s'il en était encore besoin, l'importance et la nécessité de faire confiance aux représentants organisés de la société civile, pour que le bien commun au bénéfice de tous et, en particulier, des plus défavorisés d'entre nous, s'impose tout au long du processus de délibération. Un grand merci à toutes celles et à tous ceux qui, par leur investissement et leur disponibilité, ont contribué de près ou de loin à l'élaboration de ce rapport. Un grand merci tout spécialement aux membres de la Commission spécialisée des droits des usagers pour tout le travail de préparation et de rédaction, et en particulier à sa vice-présidente Marie-Sophie Barthet-Derrien et à son président Jean-Pierre Fleury.

Ce sera le dernier rapport de cette mandature sur la mise en œuvre des droits des usagers dans notre région. En effet, les Conférences régionales de santé et de l'autonomie vont être renouvelées en juillet prochain. Il appartiendra aux membres de la future assemblée de rédiger le rapport 2021 encadré par, nous l'espérons, un nouveau cahier des charges et investiguer un sujet qui n'avait encore jamais été abordé, celui des droits des usagers en période de pandémie.

J'allais oublier ! A l'exception de deux abstentions, le rapport n'a recueilli que des votes favorables. Encore merci aux membres de la CRSA Auvergne-Rhône-Alpes de leur confiance.

Christian BRUN, président
CRSA Auvergne-Rhône-Alpes

Avant-propos du Président de la CSDU

Le rapport annuel de la CRSA, un jalon de la démocratie en santé

En rédigeant le rapport annuel, "droits des usagers 2020", la CSDU a eu pour intention de traiter, essentiellement, des situations où s'exercent les droits individuels des usagers. Exercice utile, pour souligner les avancées ou effectuer des recommandations, afin que les droits des patients soient mieux connus et d'avantage respectés. C'est une des raisons pour traiter, dans le premier chapitre de la question des plaintes et réclamations, objet de toute l'attention de l'ARS.

Dans le même esprit le rapport évalue si toutes les conditions sont remplies pour assurer à toutes et à tous, un réel accès à la santé. C'est pourquoi, le chapitre 2 revient sur la question des addictions chez les mineurs pour souligner que tous les collégiens et lycéens doivent bénéficier, tous sans exception, d'une information de qualité sur les prises de risque lourdes liées aux addictions. Le rapport rend compte des avancées du dossier de l'inclusion scolaire qui avait été traité l'année dernière.

La question centrale de la qualité et de la sécurité des soins fait l'objet encore une fois d'un suivi dans le chapitre 3, approfondissant plus particulièrement la question des événements indésirables graves associés à des soins, ainsi que la mesure de la satisfaction et de l'expérience des patients hospitalisés, lors d'une chirurgie ambulatoire. Les usagers soutiennent cette culture du résultat, comme ils encouragent le développement d'e-Satis qui permet aux patients de s'exprimer sur leur expérience, de façon anonyme et sécurisée.

Le quatrième chapitre porte tout son intérêt sur les questions de la santé et de l'environnement, avec le suivi des indicateurs de qualité de l'air, mais aussi de l'eau. Explorant également la question du logement insalubre, avec ses retentissements sur la santé.

Le chapitre cinq, dernier du rapport reprend, comme tous les ans, l'analyse détaillée, effectuée par les services de l'ARS, sur le fonctionnement des commissions d'usagers dans les établissements de la région et mesure ainsi la vitalité des instances démocratiques.

La finalité du rapport "droits des usagers 2020" est d'exercer un suivi de l'application des droits des usagers, individuels et collectifs et d'identifier les inégalités sociales, territoriales et environnementales existantes.

Quant aux recommandations qui concluent les différents chapitres, elles émettent le souhait que soit amélioré l'accès aux droits existants et amendée la réglementation, afin de l'adapter aux nouvelles demandes des usagers. Un travail, long et patient, à renouveler chaque année si l'on poursuit l'objectif d'amélioration et de transformation du système de santé français.



Jean-Pierre FLEURY, Président de la CSDU, rédacteur du rapport 2020, droits des usagers

CHAPITRE 1 - Le respect des droits individuels des usagers

- **Le baromètre d'opinion 2019 de la DREES**
- **l'avancée du DMP en 2019**
- **Les plaintes et réclamations de l'ARS AuRA**

Le baromètre d'opinion 2019 de la DREES

Le rapport "droits des usagers 2020" s'appuie, comme le précédent rapport de 2019, sur le baromètre d'opinion¹ qui a été publié par la DREES (Direction de la recherche, des études, de l'évaluation et des statistiques), le 17 avril 2019.

Cet outil de référence a été recommandé par la CNS (Conférence nationale de santé), qui a d'ailleurs inscrit le baromètre annuel d'opinion comme la première thématique à aborder dans le rapport annuel, concernant le respect des droits individuels des usagers.

Depuis 2000, le baromètre d'opinion de la DREES est un outil de référence pour analyser l'évolution de l'opinion des Français sur leur santé, sur la protection sociale, ainsi que sur les inégalités et la cohésion sociale. C'est un organisme de référence qui fait partie du service statistique public (SSP), avec l'Insee et bien d'autres services statistiques ministériels, dont les travaux fournissent des informations fiables et des analyses pertinentes dans les domaines du social et de la santé, qui permettent d'évaluer les politiques publiques sociales et sanitaires.

Que mesure le baromètre d'opinion de la DREES ?

Le baromètre d'opinion de la Drees suit chaque année, depuis 2000, l'évolution de l'opinion des Français. Depuis 2014, il intègre un module portant sur la cohésion sociale. Son échantillon, représentatif de la population, est composé de plus de 3 000 personnes.

Le rapport DDU 2020 s'appuie sur les données collectées en 2018, d'octobre à décembre, dans un contexte marqué par le début du mouvement des Gilets Jaunes et des projets de réformes touchant la fiscalité (basculer des cotisations sociales vers la CSG) et les prestations sociales (refonte du système de retraite, réforme de l'assurance chômage, nouveau mode de calcul des allocations logement...).

Le baromètre présente les premiers résultats de l'édition 2018 de cette enquête, sous la forme d'une vue d'ensemble des faits les plus marquants. Le questionnaire comporte 8 modules thématiques : Les inégalités - le logement – la protection sociale – la retraite – la santé – la famille – la dépendance et le handicap - la cohésion sociale.

Pour chaque thème, le questionnement vise à connaître les attentes et les préoccupations des Français, rendant compte de l'opinion sur le fonctionnement du système actuel et de potentielles réformes.

¹ Kim Antunez (DREES) et Adrien Papuchon (DREES), 2019, « Les Français plus sensibles aux inégalités de revenus et plus attachés au maintien des prestations sociales - Synthèse des résultats du Baromètre d'opinion 2018 de la DREES », Les Dossiers de la DREES, n°35, DREES, avril 2019

Quelques chiffres clefs

Huit Français sur dix estiment que les inégalités ont plutôt augmenté et vont continuer à augmenter.

58 % des ouvriers et 55 % des retraités sont pessimistes quand ils pensent à leur avenir

+ 10 points versus 2017

62 % des Français estiment que le système de sécurité sociale fournit un niveau de protection suffisant

Recul de 11 points versus 2017

88 % des Français s'opposent à la baisse des retraites, 86 % à celle des aides aux handicapés ou aux personnes âgées dépendantes et 78 % à celle des allocations logement.

Plus 5 à 7 points en 1 an

Les Français estiment que les personnes qui exercent la même profession qu'eux devraient gagner 20 % de plus.

86 % des Français sont satisfaits de la qualité des soins offerts par les médecins généralistes, mais moins de la moitié le sont par les urgences hospitalières.

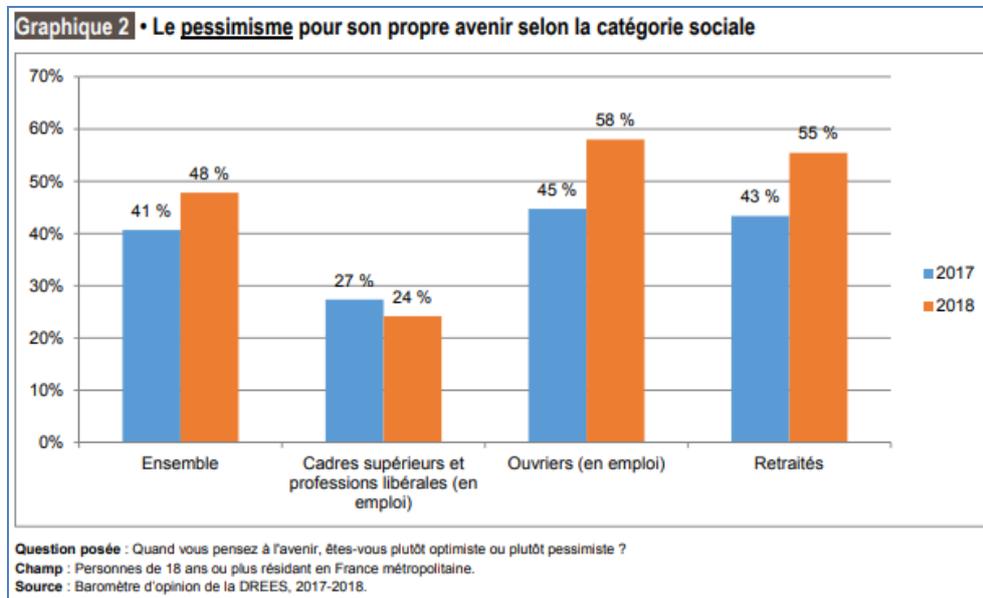
Le revenu des personnes influe sur la qualité des soins pour six Français sur dix (+5 points par rapport à 2017) et sur l'accès aux soins pour trois Français sur dix (+10 points).

Deux Français sur trois se sentent particulièrement proches des personnes de la même génération qu'eux, en particulier les plus jeunes.

39 % des Français se sentent avant tout appartenir à la France, 21 % à leur commune ou quartier, mais seulement 6 % à l'Europe.

Plus de la moitié des habitants des grands centres et des «banlieues» plutôt défavorisées sont préoccupés par l'insécurité dans leur quartier, contre un peu plus d'un quart des habitants des campagnes.

Un certain pessimisme au niveau de la situation personnelle ressentie



On retiendra :

- Une évolution, en un an, au niveau des catégories, **des ouvriers et des retraités**, qui perçoivent de manière plus négative leur situation personnelle. Pour les ouvriers, c'est 13 points de plus. Pour les retraités, 12 points de plus, qui jugent que leur situation personnelle ressentie se dégrade.
- 2018, une année qui marque une interruption dans la hausse continue de l'optimisme observée entre 2013 et 2017.
- Une évolution, au sein de deux groupes sociaux : **les ouvriers en emploi et les retraités**.
- En 2018, le pessimisme des ouvriers en emploi est le lot de 58 % de cette catégorie (+13 points par rapport à 2017),
- En 2018, le pessimisme des retraités atteint quant à lui 55 % (+12 points).

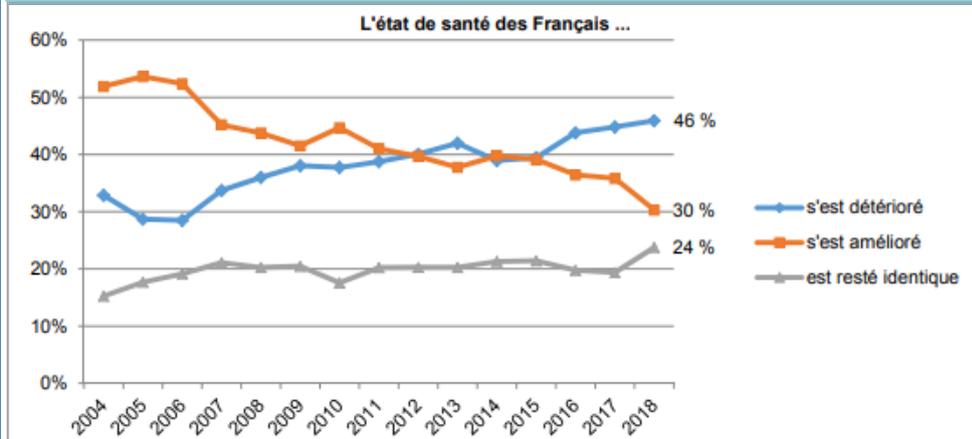
L'évolution depuis 2004 de l'état de santé perçu de la population

Plus de sept Français sur dix se déclarent en bonne santé, dont un sur quatre en très bonne santé. Un sentiment qui reste constant d'une année d'enquête sur l'autre.

Le quart pense que l'état de santé des Français en général est resté identique au cours des dernières années,

La moitié estime que cet état s'est détérioré. C'est une opinion qui est en constante progression depuis une dizaine d'années, partagée par les personnes les plus modestes.

L'évolution depuis 2004 de l'état de santé perçu de la population



Question posée : Selon vous, au cours des dernières années, l'état de santé des Français s'est... ?

Note : En 2018, 4 % des personnes interrogées ne se sont pas prononcées, contre moins de 2 % les années précédentes.

Champ : Personnes de 18 ans ou plus résidant en France métropolitaine.

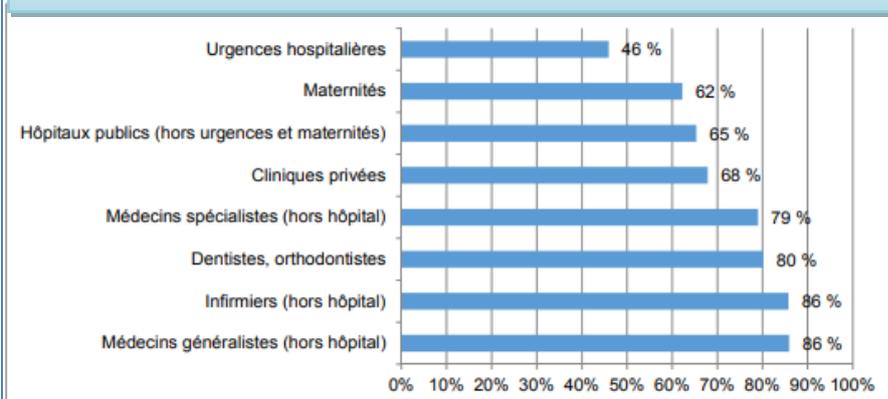
Source : Baromètre d'opinion de la DREES, 2004-2018.

Taux de satisfaction vis-à-vis de la qualité des soins

En 2018, les Français restent en grande majorité satisfaits de la qualité des soins prodigués par les professionnels de santé, notamment la médecine de ville, les médecins généralistes et les infirmiers.

Moindre satisfaction pour les services hospitaliers. Moins de la moitié des Français sont satisfaits de la qualité des soins offerts par les urgences hospitalières. Cette part est en baisse de 8 points par rapport à 2017. De même, la satisfaction vis-à-vis des maternités, comme celle vis-à-vis des hôpitaux publics, baisse de 6 points par rapport à 2017.

Taux de satisfaction vis-à-vis de la qualité des soins



Question posée : En général, concernant la qualité des soins ou des services offerts par les prestataires suivants, diriez-vous que vous êtes très satisfait, plutôt satisfait, ni satisfait ni insatisfait, plutôt insatisfait, très insatisfait ?

Note : En 2018, 4 % des personnes interrogées ne se sont pas prononcées, contre moins de 2 % les années précédentes.

Champ : Personnes de 18 ans ou plus résidant en France métropolitaine.

Source : Baromètre d'opinion de la DREES, 2004-2018.

Une sensibilité croissante aux inégalités

La sensibilité aux inégalités de revenus, en 2018, augmente et se traduit par une part de plus en plus nombreuse de français qui pense qu'il existe des inégalités à l'accès et à la qualité des soins, en lien avec le niveau de revenus. En clair, pour l'année 2018 ;

- 30 % d'entre eux (et ils sont même 10 points de plus qu'en 2017) pensent que tout le monde ne peut pas être soigné quel que soit son revenu.
- 60 % pensent que la qualité des soins prodigués dépend du revenu du patient (+5 points).

En revanche, les Français ne sont pas plus nombreux qu'en 2017 à considérer qu'il existe des inégalités territoriales sur ces sujets. Au contraire, ils sont moins nombreux à penser que les délais d'attente pour se faire soigner dépendent du lieu où l'on habite, même si une majorité de Français continuent à le penser (57 % en 2018, soit 5 points de moins qu'en 2017).

Les français préoccupés par la précarité, quels que soient leurs caractéristiques et leur lieu d'habitation.

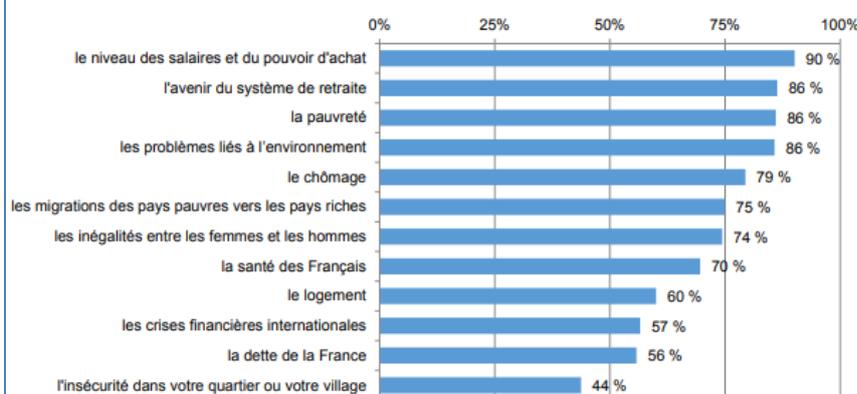
Certains sujets préoccupent très largement les Français, au-delà de leurs différences de profil sociodémographique ou de lieu de vie :

- la précarité (niveau des salaires et du pouvoir d'achat, pauvreté, chômage),
- l'avenir du système de retraite et les problèmes d'environnement.

Certains sujets prennent une importance plus aigüe pour certaines populations. C'est le cas du logement, qui préoccupe beaucoup plus les Français appartenant à des ménages modestes, les jeunes et les habitants des grands centres.

Les sujets de préoccupations des français

Graphique 14 • Les sujets de préoccupation des Français



Question posée : Pour chacun des sujets suivants, dites-moi s'il vous préoccupe vous personnellement beaucoup, assez, peu ou pas du tout ?

Note : Ces pourcentages correspondent à la somme des modalités de réponses « beaucoup » et « assez ».

Champ : Personnes de 18 ans ou plus résidant en France métropolitaine.

Source : DREES, Baromètre d'opinion 2018.

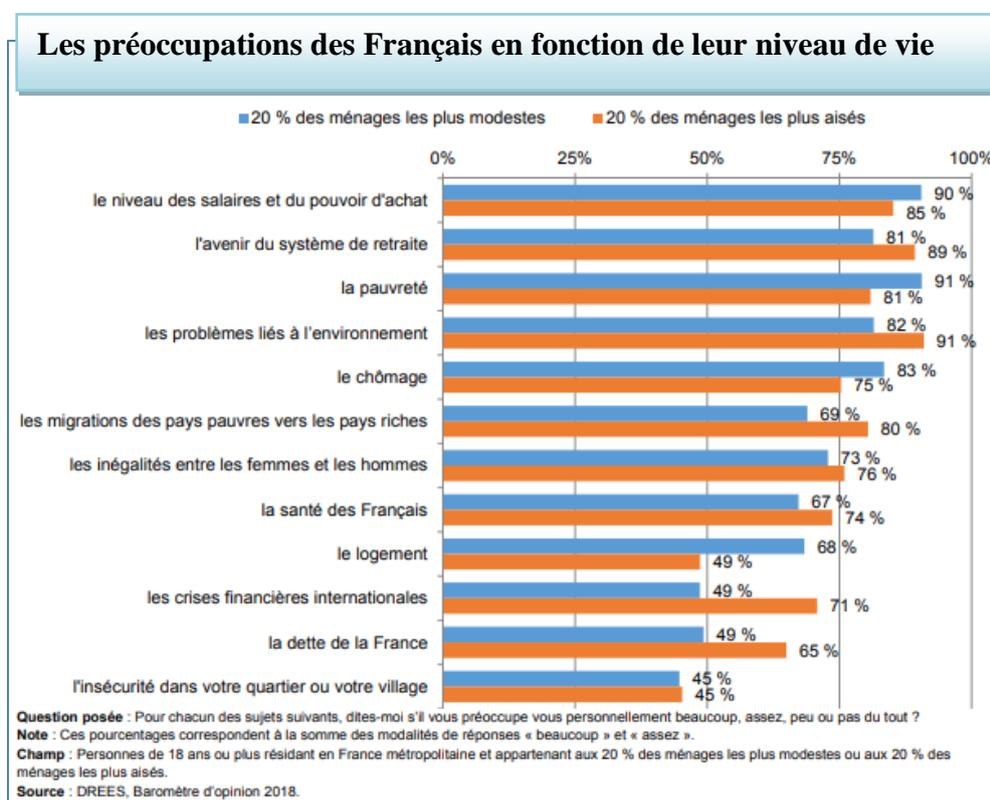
Comme les années précédentes, la précarité reste le sujet majeur d'inquiétude :

- huit à neuf Français sur dix se disent personnellement préoccupés par le niveau des salaires et du pouvoir d'achat, la pauvreté et le chômage.

Deux autres sujets les inquiètent autant :

- l'avenir du système de retraite et les problèmes liés à l'environnement.

Les préoccupations des Français en fonction de leur niveau de vie



Les préoccupations sont en lien avec le niveau de vie. Ainsi :

- les jeunes Français se préoccupent beaucoup plus souvent du logement (70 % pour les 18-24 contre 47 % pour les 65 ans ou plus) et du chômage (79 % contre 72 %).

- à l'inverse, les Français les plus âgés sont davantage préoccupés par la dette (60 % contre 44 %), la santé des Français et l'avenir du système de retraites.

- les migrations de personnes venant des pays pauvres vers les pays riches et l'insécurité préoccupent également davantage les personnes âgées de 65 ans ou plus.

- enfin, les femmes sont en moyenne bien plus préoccupées que les hommes par les inégalités entre les sexes (+11 points par rapport aux hommes en 2018), l'insécurité dans leur quartier ou village (+8 points) et la santé des Français (+8 points).

En conclusion

En se référant au baromètre de la DREES, le rapport DDU 2020 utilise un outil de suivi conjoncturel qui s'avère indispensable si l'on veut comprendre l'évolution de l'opinion des Français sur les politiques dont, par exemple, le ministère de la santé a la charge, tant en matière de santé que de solidarité.

Il est donc tout à fait pertinent de prendre connaissance des analyses effectuées par le baromètre sur les opinions et les sentiments des personnes interrogées sur des sujets fondamentaux qui les concernent directement.

Il s'agit d'un éclairage complémentaire qui permet de suivre avec attention la variabilité des opinions engendrée par les transformations des politiques sanitaires et sociales. C'est une occasion d'améliorer la compréhension que l'on peut avoir de l'opinion, et des clivages qui peuvent fracturer la société française.

La rédaction du rapport annuel "droits des usagers" s'inscrit, à l'évidence, dans cette perspective de meilleure compréhension du contexte social, qu'il convient d'évaluer avec la plus grande prudence et objectivité. Se référer aux travaux de la DREES, c'est recourir à un organisme dont les principes déontologiques sont codifiés et partagés au niveau européen, et dont la mission prioritaire est d'accompagner et d'évaluer les politiques publiques sociales et sanitaires.

L'avancée du DMP en 2019

Quelques rappels

Le thème du Dossier Médical Partagé (DMP) est un des indicateurs à suivre avec attention, par toutes les CRSA, si l'on s'en tient aux recommandations effectuées par la CNS fin janvier 2019.

Le DMP s'inscrit ainsi pleinement dans le cadre du plan du Gouvernement "Ma Santé 2022" et en totale cohérence avec l'ambition d'un virage numérique de notre système de santé, qui positionne le patient au cœur de l'organisation du système de soins.

Le lancement du DMP en 2018, avec 3 millions de DMP ouverts

Il est bon de rappeler que l'année 2018 a été celle de la relance et de l'ouverture du DMP aux assurés sociaux, après une phase de test dans neuf départements en 2017.

Utile de se souvenir que le lancement, effectué le 6 novembre 2018, avait connu un démarrage foudroyant avec 240 000 dossiers ouverts le premier mois de lancement. La cadence augmentant jusqu'à plus de 200 000 DMP, chaque semaine en moyenne, sur les deux derniers mois de 2018.

Ainsi, le jeudi 13 décembre 2018, la CNAM comptabilisait **3 millions de DMP**. En 5 semaines à peine, après le lancement officiel du service le 6 novembre 2018 ! Un résultat remarquable : 1,5 million de dossiers ouverts en deux mois, venus s'ajouter aux deux millions déployés pendant la phase de test.

Cette opération fit naître pas mal de commentaires : d'aucuns rappelant que l'objectif de 40 millions, d'ici 2023, fixé par le ministère de la Santé restait encore assez éloigné, d'autres se félicitant qu'on en finisse avec les hésitations pour sa mise en place. Le dossier médical, instauré par la loi du 13 août 2004, aura mis une quinzaine d'années à émerger. Un record.

Pour être objectif, notre pays, dans le concert européen, n'était pas en tête sur ce dossier. La CNAM, s'appuyant sur une étude de l'Organisation mondiale de la santé (OMS) en 2015, auprès de 53 pays de la zone Europe, avait recensé que 27 d'entre eux déclaraient disposer d'un dossier médical patient au niveau national. Les pays nordiques occupaient le haut du tableau : l'Estonie a mis en place son DMP en 2008, la Finlande et la Suède ont respectivement lancé leur dossier patient en ligne en 2010 et 2012.

Un carnet de santé électronique sécurisé

Le DMP, qui est piloté depuis 2016 par la Caisse nationale de l'assurance maladie (Cnam), a été conçu pour que chaque assuré social bénéficie d'un carnet de santé, accessible par internet, conservant de façon sécurisée toutes les informations médicales le concernant. Ces informations peuvent être :

- l'historique des soins des 24 derniers mois ;
- la carte d'assuré social contient, elle, l'historique des remboursements sur les douze derniers mois ;
- les résultats d'examens (radios, analyses biologiques) ;
- les coordonnées des proches à prévenir en cas d'urgence ;
- les antécédents médicaux (pathologies, allergies) ;
- les comptes-rendus d'hospitalisation ;
- les directives anticipées de fin de vie.

Parmi les objectifs du DMP, on citera :

- l'amélioration de la **qualité et l'efficacité des soins**,
- la lutte contre les **interactions médicamenteuses dangereuses**,
- la suppression des répétitions inutiles et coûteuses **d'examens médicaux ou de prescriptions**,
- la **responsabilisation du patient dans son parcours de soins**. En effet, il est le seul à avoir le contrôle sur son dossier médical partagé : il peut autoriser les professionnels de santé à le consulter et à l'alimenter, ajouter ou masquer un document, demander la fermeture de son dossier.

Soulignons que seul le détenteur du DMP est habilité à donner une autorisation d'accès à son DMP aux professionnels de santé. Les services d'urgence peuvent y accéder, sauf mention contraire du détenteur d'un DMP. En dehors du médecin traitant, les médecins sont uniquement habilités à consulter certaines catégories de données, dont la liste est fixée dans une matrice d'habilitations des professionnels de santé, élaborée par le ministère de la santé.

La relance du dossier médical partagé en 2019

A la mi-avril 2019, l'Assurance maladie annonce, dans un communiqué², que 5 millions de Français ont ouvert leur DMP. Cette information intervient alors que la campagne d'information grand public vient d'être relancée.

La barre des 5 millions de DMP a été franchie le 16 avril 2019

En moyenne, chaque semaine, 100 300 personnes ouvrent un Dossier Médical Partagé.

Que contiennent les DMP ? De nombreuses informations :

- l'Assurance Maladie a versé dans les DMP : 57,3 millions de documents,
- près de 6,5 millions de documents ont été ajoutés, dont 54 % par les établissements de santé, 30 % par les patients eux-mêmes, 14 % par les professionnels de santé libéraux et 2 % par les centres de santé.
- à ce jour, 19 centres hospitaliers universitaires sur 32 alimentent automatiquement des DMP (avec les comptes rendus d'hospitalisation, les lettres de sortie, etc.).

² Article de l'Assurance Maladie - 5 millions de personnes ont ouvert leur DMP -16 avril 2019

Il semble bien que les assurés sociaux aient compris tout l'intérêt qu'il y avait à conserver de manière sécurisée leurs informations médicales en un seul et même endroit, pour les partager avec les professionnels de santé de leur choix : le médecin traitant bien sûr, mais aussi le pharmacien, les spécialistes, l'infirmier, le dentiste... Ce carnet de santé numérique devrait contribuer ainsi à améliorer la coordination des soins et fournir au patient une meilleure connaissance de sa propre histoire médicale, facilitant ainsi son adhésion aux soins qui lui sont prodigués.

Plusieurs voies de création possibles

Des modalités d'ouverture diversifiées :

- dans **31 %** des cas, un pharmacien en officine, (42 %, en 2018),
- dans **32 %** des cas, par un agent de l'Assurance Maladie (accueil de la CPAM, de la MSA, etc. (18 %, en 2018), **un chiffre en hausse**,
- dans **19 %** des cas, les usagers l'ont ouvert eux-mêmes sur le site dmp.fr (36 %, en 2018), **un chiffre en baisse**,
- dans 18 % des cas, lors d'une consultation auprès d'un professionnel de santé, (4 % en 2018) **un chiffre en hausse**.

Bientôt, les personnes ayant des difficultés à se déplacer pourront se tourner vers les infirmiers. En effet, dès 2020, ils seront rémunérés 1 € par DMP créé.

Une application du DMP qui évolue

L'application a bénéficié d'évolutions au fil du temps :

- une nouvelle version de l'application permettant à l'utilisateur de ne plus avoir besoin de mémoriser son identifiant de connexion. Ce dernier sera enregistré directement dans l'application afin de faciliter la connexion au service. L'objectif est de refondre l'application pour un usage plus fluide et également de revoir l'ergonomie et le graphisme de la première version,
- enrichi début mai, d'une rubrique pour y déposer ses directives anticipées. Celles-ci permettent de faire connaître ses volontés sur sa fin de vie (mise sous respiration artificielle, arrêt de la réanimation, etc.). Les médecins pourront ainsi prendre les décisions conformes aux souhaits du patient, si les circonstances venaient à l'empêcher de s'exprimer. Cela peut épargner des situations difficiles pour les proches.

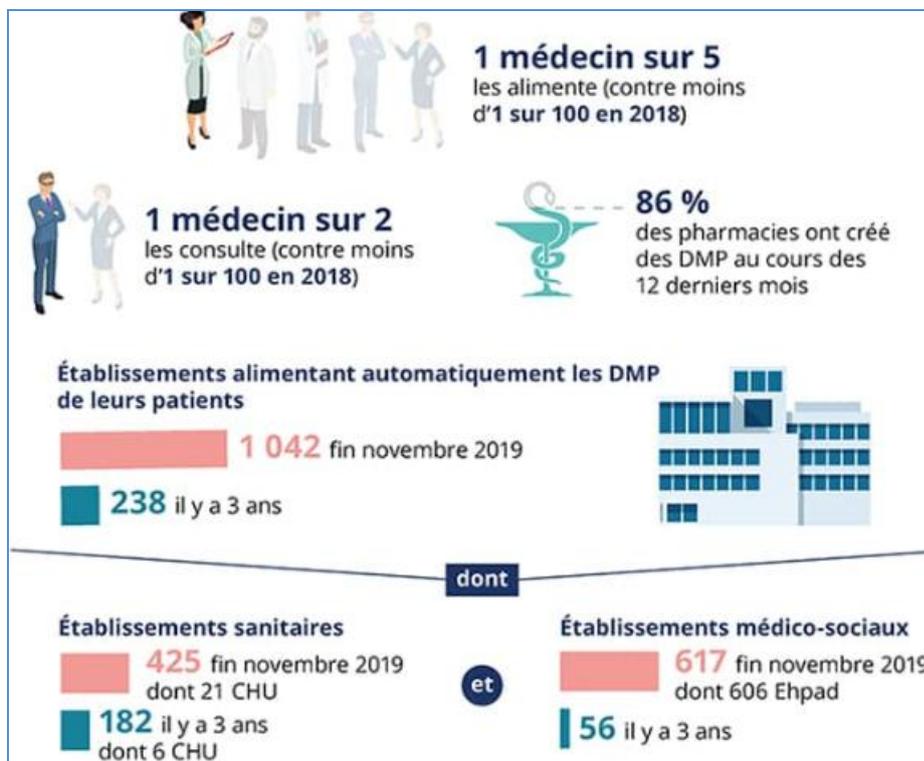
- en fin d'année 2019, il a été doté d'un carnet de vaccination pour savoir si l'on est à jour de ses vaccins.

Fin 2019, plus de 8 millions de DMP désormais ouverts, soit 18 % de la population

L'Assurance Maladie, le 20 décembre 2019, publie sur son site une communication³ informant les assurés sociaux qu'ils sont plus de 8 millions à disposer d'un DMP.

Le 12 décembre 2019, 8,4 millions de DMP ouverts.

Un carnet de santé numérique qui entre peu à peu dans les mœurs



C'est ainsi que :

- 20 % des médecins alimentent ainsi les DMP de leurs patients de façon systématique, et 46 % d'entre eux les consultent,
- les établissements (sanitaires et médico-sociaux), quant à eux, sont désormais 1 042 (contre 238 il y a 3 ans) à alimenter automatiquement le DMP pour une prise en charge coordonnée des patients,
- 21 CHU (contre 6 il y a 3 ans), également alimentent automatiquement les DMP
- les établissements d'hébergement pour personnes âgées dépendantes (Ehpad) comptent pour la moitié de ces établissements qui utilisent le DMP pour leurs personnes hébergées.

³ Ameli.fr – pour les centres de santé – 20 décembre 2019

Un réel investissement de l'Assurance Maladie pour étendre l'utilisation du DMP

Le DMP fait l'objet d'améliorations régulières, afin que son accès en soit facilité au maximum. Tant pour les médecins, afin que son usage rentre dans leur pratique quotidienne, que pour les usagers eux-mêmes. Il est prévu que, dans les premiers mois de l'année 2020, tous les éditeurs de logiciels métier proposent une version simplifiée, selon le principe "un accès = un clic".

Selon les mêmes principes, une attention toute particulière est apportée par les conseillers informatiques service (CIS) aux médecins qu'ils accompagnent, vérifiant que la version à jour du logiciel métier est bien installée, voire guidant les praticiens de santé dans la prise en main de l'outil informatique.

Enfin, il est prévu de démarrer une aide avec les laboratoires de biologie pour les accompagner dans l'alimentation des DMP avec leurs comptes rendus. C'est en 2020, qu'il est prévu d'accompagner les cabinets de radiologie afin qu'ils alimentent également le DMP en comptes rendus.

Qu'en est-il en Région Auvergne Rhône-Alpes ?

Un bref rappel pour 2018

Le 4 décembre 2018, France info 3 annonçait qu'en Auvergne-Rhône-Alpes, **195 070 Dossiers médicaux partagés avaient été ouverts, dont 63 226 sur le dernier mois**. 15 000 DMP s'ouvrent ainsi chaque semaine en Auvergne-Rhône-Alpes, avec un objectif d'un million de DMP, d'ici 2022.

Nombre de créations de DMP En 2019 et 2020

Départements	2019	2020
Ain	39 006	3 387
Allier	20 842	4 766
Ardèche	20 283	3 442
Cantal	14 095	2 131
Drôme	44 441	6 443
Haute-Loire	22 566	4 633
Haute-Savoie	62 458	11 324
Isère	105 719	15 611
Loire	69 206	12 411
Puy-de-Dôme	42 527	7 722
Rhône	177 892	30 548
Savoie	25 425	4 949
TOTAL AuRA	644 460	107 367

Les chiffres d'ouverture de DMP ayant été communiqués par la CPAM⁴ du Rhône, pour la région, il est possible d'en faire état dans le rapport 2020.

Le tableau ci-contre fait le recensement, par département, des ouvertures de DMP, à la fois pour l'année 2019 et pour l'année 2020, jusqu'à fin août.

On remarquera, au niveau de l'année 2020, une moindre progression dans les ouvertures. Sans doute, du fait de la pandémie qui a été accompagnée par un confinement de plusieurs mois.

⁴ Suivi DMP - Véronique CHALOT, Présidente de la CPAM du Rhône

Quelles sont les modalités privilégiées d'ouverture du DMP ?

2020 : Nombre de créations de DMP par type d'ouverture

Départements	NB total	Interne t	Accueil (RG)	Accueil (autres régime s)	PS libéraux hors officine	Etablissements de santé	Officines
Ain	3 387	1 081	48	0	840	368	1 050
Allier	4 766	583	2 878	0	298	235	772
Ardèche	3 442	569	1 495	0	571	50	757
Cantal	2 131	192	1 161	0	207	79	492
Drôme	6 443	867	1 841	362	508	100	2 765
Haute-Loire	4 633	401	3 059	0	186	432	555
Haute-Savoie	11 324	2 286	6 266	0	657	264	1 851
Isère	15 611	2 616	8 697	0	1 492	385	2 421
Loire	12 411	1 153	8 356	0	383	1 620	899
Puy-de-Dôme	7 722	1 064	4 764	346	203	94	1 251
Rhône	30 548	3 555	18 232	42	964	1 763	5 992
Savoie	4 949	705	2 955	13	191	289	796
TOTAL AuRA	107 367	15 072	59 752	763	6 500	5 679	19 601

Le tableau ci-dessus, tout à fait d'actualité puisqu'il rend compte de l'année 2020, montre clairement que :

- les usagers privilégient les accueils organisés par l'assurance maladie pour le régime général (RG), à plus de 55 %,
- ensuite les officines, à 18,25 %,
- ensuite internet à 14 %,
- les libéraux à 6 %,
- les établissements de santé à 5 %.

Quel est le nombre total de DMP ouverts dans notre région ?

Constat au 02/08/2020 : Cumul des créations de DMP par type d'ouverture							
Départements	NB total	Internet	Accueil (RG)	Accueil (autres régimes)	PS libéraux hors officine	Etablissements de santé	Officines
Ain	65 221	15 998	17 837	0	5 231	7 406	18 749
Allier	35 965	8 047	12 950	0	1 556	2 558	10 854
Ardèche	32 182	7 678	10 879	0	4 902	87	8 636
Cantal	24 965	2 536	6 264	0	3 166	2 301	10 698
Drôme	62 545	13 285	16 402	1 424	3 631	332	27 471
Haute-Loire	34 700	4 754	16 398	0	630	1 334	11 584
Haute-Savoie	93 473	25 656	42 825	0	3 633	2 693	18 666
Isère	165 992	37 682	76 553	0	14 446	1 343	35 968
Loire	99 637	16 766	54 562	0	2 803	5 005	20 501
Puy-de-Dôme	117 008	19 106	72 096	2 785	4 031	1 112	17 878
Rhône	257 369	56 841	106 263	147	9 721	7 181	77 216
Savoie	48 773	10 775	14 137	720	3 515	9 263	10 363
TOTAL AuRA	1 037 830	219 124	447 166	5 076	57 265	40 615	268 584

Comme le montre le tableau ci-dessus, la barre du million de DMP a été franchie. C'était l'objectif à atteindre en 2022.

Là aussi, on peut faire les mêmes constats :

- pour les accueils du régime général, choisis par 43 % de la population,
- les officines, par 25,8 %, des usagers,
- internet, par 21,11 % des assurés,
- les professionnels de santé par 5,5 % des patients,
- les établissements par 3,8 % des patients.

Recommandations de la CRSA concernant le DMP

La CRSA Auvergne-Rhône-Alpes enregistre avec satisfaction les succès rencontrés par la vaste campagne d'ouverture de DMP, lancée en direction des usagers et de tous professionnels de santé. En effet, le DMP est un outil numérique qui permet à tout patient de conserver de manière sécurisée les informations qui touchent à sa santé et de les partager librement avec les professionnels de santé de son choix.

La CRSA soutient cette dynamique d'ouverture de DMP, qui permettra à chaque usager de bénéficier d'un meilleur suivi médical sur l'ensemble du territoire français.

La CRSA se félicite, ayant attiré l'attention de l'ARS, en 2019, sur le fait qu'une frange importante de la population est écartée des outils numériques, que des solutions soient envisagées afin que les personnes ayant des difficultés à se déplacer puissent se tourner vers les infirmiers qui les aideront, lors de leurs visites à domicile, à exercer leur droit à l'accès au DMP.

La CRSA appelle l'ARS à déployer largement la e-santé : en accompagnant les usagers dans les changements de comportement et en soutenant les professionnels de santé intégrant l'outil dans leur pratique quotidienne.

Plaintes et réclamations

Quelques rappels sur les droits des usagers et la démarche de réclamation ou de plainte



Il est possible, à tout usager du système de santé, de saisir le pôle usagers-

réclamations de l'ARS Auvergne-Rhône-Alpes, dès lors que, dans son parcours de soins, il rencontre un problème de prise en charge. Soit qu'il se trouve dans un établissement de santé de la région ou pour toute question liée à sa santé quotidienne.

Tout en soulignant que l'ARS n'a pas la qualité de structure juridictionnelle et que, si l'utilisateur s'adresse à elle, sa réclamation ne constituera donc pas une plainte juridique.

Qu'est ce qu'une réclamation ?

Le site de l'ARS Auvergne-Rhône-Alpes explique judicieusement la différence entre plainte et réclamation. La réclamation est une requête, une doléance ou une plainte écrite. Elle peut émaner de l'utilisateur lui-même ou de son entourage. Le plus souvent, elle met en cause la qualité de service rendu par un établissement de santé, un établissement ou service médico-social, un professionnel de santé (incluant les officines ou laboratoires), ou par les transporteurs sanitaires.

Bien évidemment, il paraît logique que l'utilisateur insatisfait d'une prise en charge, s'adresse, directement ou avec l'aide d'un proche de son entourage, à la direction de l'établissement. C'est seulement s'il rencontre des difficultés pour obtenir une réponse, qu'il adresse alors une réclamation à l'Agence Régionale de Santé (Délégation Usagers Et Qualité - pôle usagers-réclamations).

Le rôle de la personne qualifiée

Lorsque l'utilisateur se trouve dans un établissement médico-social, il pourra recourir à un dispositif particulier, "la Personne qualifiée", chargée de faire valoir les droits des usagers qui ont des désaccords à exprimer. La personne qualifiée aide l'utilisateur ou son représentant légal à résoudre un conflit ou un litige rencontré dans le cadre d'une prise en charge sociale ou

médico-sociale. Cette démarche est valable pour les personnes âgées ou les personnes handicapées qui sont prises en charge en EHPAD, FAM, MAS, etc.

L'ARS présente la personne qualifiée non pas comme un médiateur, mais comme un défenseur.

L'exercice des droits de l'utilisateur recouvre des domaines assez larges

- le respect de la dignité, de l'intégrité, de la vie privée, de l'intimité, et de la sécurité de l'utilisateur ;
- le libre choix entre les prestations (accompagnement à domicile ou en établissement) ;
- la prise en charge ou l'accompagnement individualisé et de qualité, respectant un consentement éclairé ;
- la confidentialité des données concernant l'utilisateur ;
- l'accès à l'information ;
- l'information sur les droits fondamentaux, les protections particulières légales et contractuelles et les recours dont l'utilisateur bénéficie ;
- la participation directe de l'utilisateur, ou avec l'aide de son représentant légal, au projet d'accueil et d'accompagnement.

La personne qualifiée informe l'utilisateur qui demande de l'aide (ou son représentant légal) des suites données à sa demande, des démarches éventuellement entreprises ainsi que, le cas échéant, des mesures qu'elle peut être amenée à suggérer (art R 311-2 du code de l'action sociale et des familles).

La personne qualifiée n'a pas de pouvoir d'injonction vis-à-vis de l'établissement d'accueil, ni de l'administration, mais elle dispose d'une capacité d'alerte en cas de manquement aux droits des usagers. En effet, elle rend compte à l'autorité chargée du contrôle de l'établissement, du service ou du lieu de vie et d'accueil et, en tant que de besoin, à l'autorité judiciaire.

Elle peut également informer la personne ou l'organisme gestionnaire. Elle ne peut pas se substituer à un avocat ou à un représentant légal de l'utilisateur.

La personne qualifiée intervient au sein de tous les établissements et services sociaux et médico-sociaux (définis à l'article L312-1 du code de l'action sociale et des familles), notamment concernant :

- les personnes âgées : EHPAD, service d'aide aux personnes âgées, unité de soins de longue durée ...
- les personnes en situation de handicap : foyer d'accueil médicalisé, établissement et service d'aide par le travail ...
- les personnes en difficultés sociales ou spécifiques : centre d'hébergement ou de réinsertion sociale, centre d'accueil et d'accompagnement à la réduction des risques pour usagers de drogue ...
- les enfants relevant d'une protection administrative ou judiciaire : service d'AEMO, centre maternel, maison d'enfant à caractère social ...

Le demandeur est libre de choisir la personne qualifiée de son choix sur la liste départementale. Une personne qualifiée ne peut se saisir elle-même d'une situation, elle doit avoir été sollicitée par un usager.

La mission assurée par une personne qualifiée est gratuite pour l'usager qui la sollicite.

Dans quel cas l'ARS peut-elle intervenir ?

Le pôle usagers-réclamations de l'ARS Auvergne-Rhône-Alpes, qui appartient à la DIJU (direction inspection, justice et usagers), a pour mission de garantir le respect des droits des usagers et de faciliter leur expression.

L'usager adresse sa réclamation :

Tout usager peut saisir le pôle usagers-réclamations à la suite d'un dysfonctionnement au sein d'un établissement de santé, d'une structure médico-sociale, un laboratoire, une officine ou d'un dysfonctionnement mettant en cause un professionnel de santé ou encore un transporteur sanitaire. Le pôle est également compétent sur les réclamations relatives aux domaines de santé publique (environnement, maladies, pollution...).

L'usager adresse sa réclamation :

- par mail : ars-ara-reclamations@ars.sante.fr
- ou par courrier : ARS Auvergne-Rhône-Alpes Direction inspection, justice et usagers, Pôle usagers-réclamations - 241 rue Garibaldi
CS 93383 - 69418 LYON Cedex 03

Il est possible pour l'usager d'avoir un premier contact téléphonique. Il lui appartiendra de confirmer sa réclamation par écrit. Le pôle usagers-réclamations ne reçoit pas le public. La réclamation écrite a l'avantage d'ouvrir un dossier, permettant une meilleure prise en compte de la demande et d'éviter des erreurs de reformulation, dès lors que le plaignant aura mentionné le maximum d'informations pour faciliter le traitement de la réclamation.

Il est possible pour l'usager de mentionner dans son courrier s'il souhaite rester anonyme vis-à-vis de l'établissement ou du professionnel. Son choix sera respecté. Ceci dit, il importe qu'il indique ses coordonnées afin qu'une réponse de l'ARS lui soit transmise.

Traitement de la déclaration

À réception de la réclamation, un dossier informatique avec toutes les pièces transmises est ouvert dans un système d'information sécurisé (déclaré à la Commission nationale informatique et liberté - CNIL), afin de préserver les données personnelles. Les dossiers

médicaux, ordonnances, prescriptions qui ont été transmises ne sont pas enregistrés dans cet outil, car elles ne restent accessibles qu'aux médecins de l'ARS.

Un accusé réception avec un numéro de dossier est envoyé à l'utilisateur dans les 15 jours ouvrés suivant la réception de la réclamation. Si la réclamation échappe au domaine de compétence de l'ARS, cette dernière adresse un courrier afin d'orienter l'utilisateur vers l'administration compétente.

Le pôle usagers-réclamations de l'ARS se rapproche de l'établissement ou de la structure pour traiter la réclamation et comprendre la situation de l'utilisateur. Il peut également, si nécessaire, demander aux établissements de transmettre une copie d'une partie du dossier médical ou un rapport médical, sous pli confidentiel, pour qu'un médecin de l'ARS donne son avis sur la situation au vu des éléments médicaux.

Il est nécessaire de préciser que toute action auprès de l'Agence régionale de santé n'aboutit pas à une inspection de l'établissement concerné. En revanche, les réclamations font l'objet d'analyses régulières et sont utiles dans le choix des établissements à inspecter ou dans les discussions diverses avec les établissements.

Après instruction, si nécessaire, le pôle usagers-réclamations adresse une lettre de clôture relatant les réponses de l'établissement, les éléments de vérification éventuellement demandés et l'avis éventuel du médecin de l'Agence sollicité. L'utilisateur est également éventuellement informé des voies de recours ultérieures possibles.

Le traitement des plaintes et réclamations en région AuRA

La DIJU (Direction Inspection, Justice et Usagers), dont la direction est à Lyon, est positionnée sur deux sites, Clermont-Ferrand et Lyon. Elle est structurée en trois pôles :

- le pôle "Mission Inspection Evaluation Contrôle" (MIEC) dirigé par Mme Anne MICOL, Cheffe de pôle bi-site à LYON,
- le pôle "Usagers Réclamations" sous la responsabilité de Mme Céline DEVEAUX,, Cheffe de pôle à Clermont-Ferrand,
- le pôle "Santé Justice", dirigé par Mme Aurélie VAISSEIX Cheffe de pôle à Clermont-Ferrand.

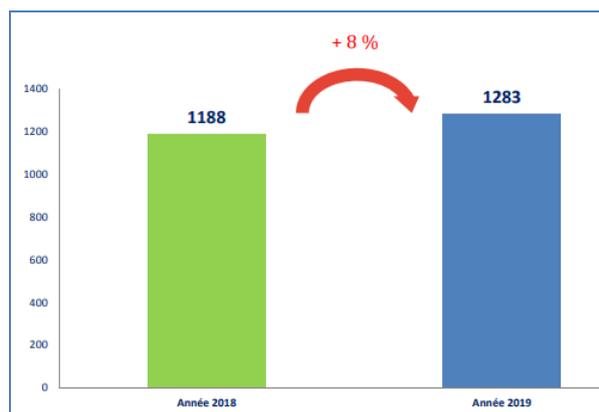
La DIJU est en transversalité avec la direction de la stratégie et des parcours, la direction de l'offre de soins, la direction de l'autonomie, la direction de la santé publique et enfin les 12 délégations départementales.

Bilan statistique sur les réclamations de l'année 2019

Les réclamations comptabilisées sont les réclamations qui ont été réceptionnées par l'ARS entre le 01/01/2019 et le 31/12/2019 (premier tampon d'entrée à l'ARS faisant foi).

C'est un système d'informations SI-RCE puis SI-Réclamations qui enregistre les réclamations mettant en cause la qualité de la prise en charge, des soins ou du service rendu par un établissement de santé, un établissement ou service médico-social, un professionnel de santé ou personne utilisant ce titre, un transporteur sanitaire, un ou des individus mettant en cause la santé des usagers.

Le bilan annuel des réclamations



L'évolution du nombre de réclamations réceptionnées et enregistrées sur le SI-Réclamations est de + 8 % d'une année sur l'autre.

Le bilan est de :

- **1 188 réclamations en 2018**
- **1 283 réclamations en 2019**

On notera que sur 1 283 dossiers reçus pour l'année 2019, à la date du 01/03/2020 :

- 1 053 dossiers sont clôturés, début mars,
- 227 restent en cours d'instruction.

Un bilan pour l'année 2019, satisfaisant au niveau du traitement, puisque 79 % des dossiers reçus en 2019 sont clôturés au 01/03/2020. Par ailleurs, la durée de vie moyenne des 1 053 réclamations clôturées se situe autour de 56 jours ouvrés, avec une assez forte variabilité, selon la nature des dossiers.

Il faut noter un accroissement du volume des réclamations traitées. Puisqu' en 2019, le volume de dossiers traités est passé à 76 %, versus 72 % en 2018.

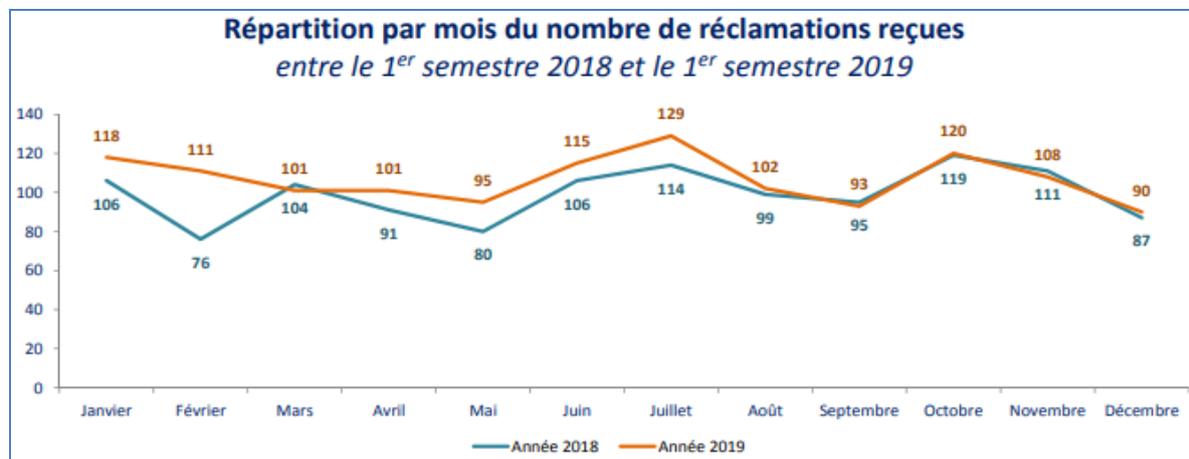
Par ailleurs, le délai moyen d'accusé de réception par les services de l'ARS se situe autour de 15,1 jours ouvrés en 2019 contre 17,1 en 2018.

Remarques

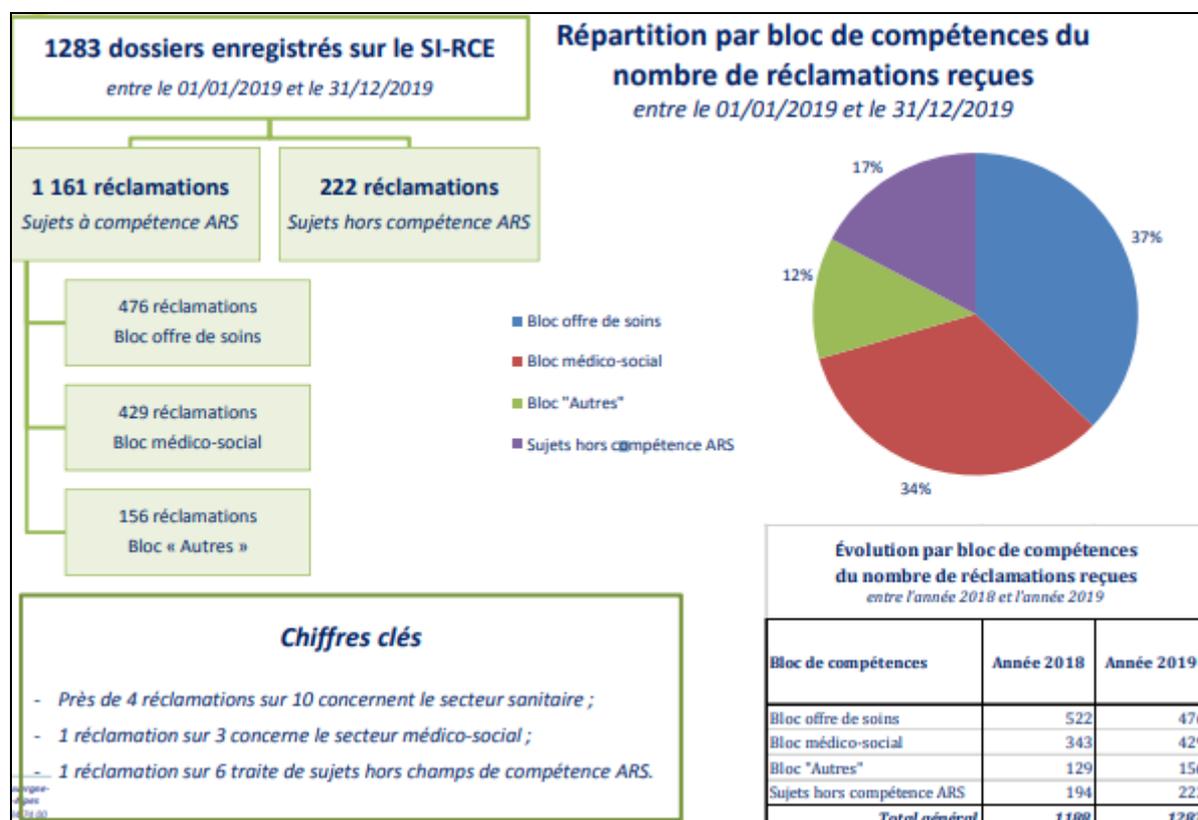
Si l'on observe une augmentation de + 8 % du nombre de réclamations reçues entre 2018 et 2019, on relèvera également que :

- le nombre de réclamations reçues en moyenne par mois est de 107 en 2019 contre 99 en 2018.

- le nombre de réclamations reçues est plutôt homogène, même si il est observé un léger impact saisonnier avec des pics de réception de réclamations en janvier, juillet et octobre.



Le bilan annuel régional des réclamations



On notera que sur les 1 283 dossiers reçus en 2019, seuls 1 161 concernent réellement l'ARS. Les autres, 222 sont hors compétence de l'ARS.

Les secteurs concernés par les réclamations sont essentiellement :

- le bloc des soins, soit 476 réclamations, soit 37 % de l'ensemble, ou encore, 4 réclamations sur 10,
- le bloc du médico-social, soit 429 réclamations, soit 34 % de l'ensemble, ou encore 1 réclamation sur 3,
- le bloc appelé "autres", soit 156 réclamations, soit 12 %.

Quelques précisions sur les réclamations relevant du médico social :

- 83 % des réclamations du "bloc médico-social » concernent une problématique en lien avec les personnes âgées ;

- 11 % des réclamations du "bloc médico-social" concernent une problématique en lien avec les enfants en situation de handicap ;

- 6 % des réclamations du "bloc médico-social" concernent une problématique en lien avec les adultes en situation de handicap.

Information concernant les réclamations du champ des établissements de santé :

- 21 % des réclamations du "bloc offre de soins" concernent les prise en charge au sein des services d'urgence ;

- 8 % des réclamations du "bloc offre de soins" concernent les prise en charge au sein des services de chirurgie ;

- 4 % des réclamations du "bloc offre de soins" concernent des problématique concernant les SAMU.

Remarques :

- près d'1 réclamation sur 3 du bloc « Autres » concerne l'offre de premier recours (réclamations recensées principalement en Haute Savoie) ;

- près d'1 réclamation sur 4 concerne les dérives sectaires et les pratiques non conventionnelles ;

- 1 réclamation sur 5 concerne les transports sanitaires (réclamations recensées principalement dans le Rhône).

Bilan annuel départemental des réclamations 2019

Répartition par département du nombre de réclamations reçues et comparaison entre l'année 2018 et 2019 à l'exception des hors compétence ARS				
Département	Population RP 2016	Nombre de réclamations reçues en 2018	Nombre de réclamations reçues en 2019	Écart entre 2018 et 2019
Ain	638 425	51	80	↑ 29
Allier	339 384	55	52	↓ -3
Ardèche	325 157	60	64	↑ 4
Cantal	145 969	34	32	↓ -2
Drôme	508 006	76	79	↑ 3
Isère	1 252 912	123	143	↑ 20
Loire	761 997	116	94	↓ -22
Haute-Loire	227 339	29	44	↑ 15
Puy-de-Dôme	650 700	99	81	↓ -18
Rhône	1 835 903	190	243	↑ 53
Savoie	429 681	58	46	↓ -12
Haute-Savoie	801 416	103	103	→ 0

Sources : Insee RP 2016, SI-Réclamations

Chiffres clés

- Près de 1 réclamation sur 5 concerne le département du Rhône (23 %) ;
- 1 réclamation sur 8 concerne le département de l'Isère (13 %) ;
- 1 réclamation sur 10 concerne le département de la Haute-Savoie (10 %).

En conclusion

La question des plaintes et réclamations, du côté des établissements et des structures, comme le guide méthodologique⁵ en fait la suggestion, peut devenir un levier important de changement pour les acteurs du système de santé, dans leur effort d'amélioration constante de la qualité et la sécurité des prises en charge.

En effet, le travail de recueil de l'expression des usagers, d'écoute au plus près des besoins, de la prise en compte réelle des analyses des plaintes et des réclamations, permettent de dépasser le stade de la seule écoute des patients pour entreprendre les remédiations indispensables qu'ils attendent.

Du côté de l'ARS, un nouveau système d'information, appelé "SI" a été mis en place, récemment. L'objectif est d'améliorer la traçabilité des données, de garantir leur qualité, leur cohérence, et ainsi d'optimiser leur traitement. Ce SI est commun à toutes les ARS, permettant ainsi de constituer une vaste base de données statistiques, plus sécurisée, de permettre un suivi plus attentif des dossiers en terme de délai de traitement, de volumétrie, bref des fonctionnalités qui pourront évoluer.

Pour la conférence régionale de santé et de l'autonomie, le suivi annuel du dossier "plaintes et réclamations" répond au souci de constater que les droits des usagers sont exercés, voire facilités et que tous les efforts sont déployés par l'ARS pour améliorer les performances du système de santé. La CRSA a l'obligation morale de s'interroger sur la place qui est réservée à l'utilisateur : est-il véritablement au centre des préoccupations de l'organisation des soins ? Quels sont les objectifs assignés pour améliorer sa situation ? De quels moyens s'est dotée l'ARS pour remplir au mieux sa mission ?

La CRSA souhaite que la libre expression des usagers soit favorisée à tous les niveaux du système de santé. Elle est consciente que, de ce fait, le nombre de plaintes et de réclamations puisse augmenter. Pour autant, il serait erroné de penser que cela traduit une dégradation de la qualité de la prise en charge. Des usagers mieux informés sur leurs possibilités à s'exprimer, utiliseront davantage ce droit à l'expression et rééquilibreront la relation soignants/soignés. C'est également une opportunité et un défi : ne plus percevoir les plaintes et les réclamations sous l'angle des critiques qu'elles contiennent, suscitant réactions de défense et justifications, mais bien plutôt comme des outils permettant une meilleure connaissance du fonctionnement de l'établissement (points faibles et points forts) et ce faisant, les considérer comme facteur de progression.

⁵ Guide méthodologique, usagers, vos droits, préface d'Annie Poddeur, Directrice de l'hospitalisation et de l'organisation des soins.

Positions de la CRSA concernant les plaintes et réclamations

La CRSA souhaite, dans le but d'améliorer la qualité des soins, que soit favorisée, à tous les échelons, une forte mobilisation autour des possibilités données aux usagers de s'exprimer et de partager l'expérience acquise dans leurs parcours de soins. Cela passe par une politique d'information et de communication, la mise en place de dispositifs de recueil d'avis et le développant d'une culture de l'écoute à tous les niveaux.

Citant l'OMS, elle rappelle que la qualité des soins, c'est :

« Une démarche qui doit permettre de garantir à chaque patient la combinaison d'actes diagnostiques et thérapeutiques qui lui assurera le meilleur résultat en terme de santé, conformément à l'état actuel de la science médicale, au meilleur coût pour un même résultat, au moindre risque iatrogène et pour sa plus grande satisfaction en termes de procédures, de résultats et de contacts humains à l'intérieur du système de soins ».

CHAPITRE 2 – EGALITE D'ACCES A LA SANTE

- **L'inclusion scolaire en 2019**
- **La consommation d'alcool**
- **La consommation de tabac**

L'inclusion scolaire



Le rapport "droits des usagers" est l'occasion de faire un bilan des dossiers concernant l'égalité d'accès à la santé. Le

précédent rapport de 2019 avait traité, sous cette rubrique, du droit à l'inclusion scolaire des enfants en situation de handicap, au niveau national mais aussi au niveau de la région Auvergne-Rhône Alpes, d'autant qu'une convention de partenariat a été signée le 21 septembre 2016, entre l'ARS Auvergne-Rhône-Alpes et les académies de Lyon, Clermont-Ferrand et Grenoble. Aussi est-il paru utile, dans le cadre du rapport 2020, de reprendre ce dossier pour rendre compte une nouvelle fois de la coopération entre les établissements scolaires et les établissements et services médico-sociaux, en vue du développement de l'école inclusive.

Quelques données de "l'Education nationale" sur l'année scolaire 2019

Le document⁷ produit par la DEPP (Direction de l'évaluation, de la prospective et de la performance) publie les grands chiffres de la rentrée scolaire 2019, notamment ceux qui concernent l'inclusion scolaire, tant du premier que du second degré.

Dans les 61 900 écoles et établissements du 2nd degré (50 500 écoles, 7 200 collèges et 4 200 lycées), on relève :

- Dans le 1er degré, qui compte 6 750 250 élèves, dont 5 807 750 dans le secteur public, on enregistre **l'inclusion de 248 000 élèves en situation de handicap scolarisés, dont 185 600 en milieu ordinaire et 62 400 dans les établissements hospitaliers ou médico-sociaux.**

⁷ L'éducation nationale en chiffres 2019– MENJ-MESRI-DEPP – août 2019



Dans le 2nd, qui scolarise **5 645 000 élèves**, dont 3 374 400 collégiens, 1 621 750 lycéens généraux et technologiques et 648 850 lycéens professionnels, on comptabilise **160 000 adolescents en situation de handicap**, dont **152 200 en milieu ordinaire** et **7 800 dans les établissements hospitaliers ou médico-sociaux**.



La rentrée 2019 pour les élèves du premier degré

La note d'information⁸ de la DEPP donne les grands chiffres de la rentrée 2019. Si l'on note une légère baisse des effectifs par rapport à la rentrée précédente, sur les 6,704 millions d'élèves scolarisés dans les écoles publiques et privées du premier degré, de - 46 500 élèves (soit - 0,7 %), plus sensible dans le préélémentaire (- 29 100 élèves) que dans l'élémentaire

⁸ Note d'information - N° 19.45 -DEPP - Novembre 2019

de – 17 200 élèves), cette baisse des effectifs ne touche pas les élèves en situation de handicap bénéficiant d'un dispositif d'unités localisées pour l'inclusion scolaire (ULIS). La baisse constatée est de 0,5 %, soit 250 élèves de moins qu'à la rentrée 2018.

Évolution des effectifs d'élèves par âge et niveau selon le secteur : ULIS

AGE et NIVEAU	Secteur Public			Secteur privé			Ensemble		
	2019 - 2020	Evolution		2019 - 2020	Evolution		2019 - 2020	Evolution	
		Effectif	%		Effectif	%		Effectif	%
	ULIS	47 561	- 133	- 0,3	3 324	- 118	- 3,4	50 885	- 251

Le regard du Comité national de suivi de l'École inclusive

Le Comité national de suivi de l'École inclusive, réuni le 4 novembre 2019, a pris acte du bilan de la rentrée scolaire 2019, tout en rappelant les objectifs et le contexte de l'école inclusive.

La scolarisation des élèves en situation de handicap est une priorité de l'Education nationale. L'objectif est d'assurer à tous les élèves une scolarisation de qualité, de la maternelle au lycée, et de prendre en compte leurs singularités et leurs besoins éducatifs particuliers. Cet ambitieux projet s'appuie sur une loi dite "l'École de la confiance" du 26 juillet 2019.

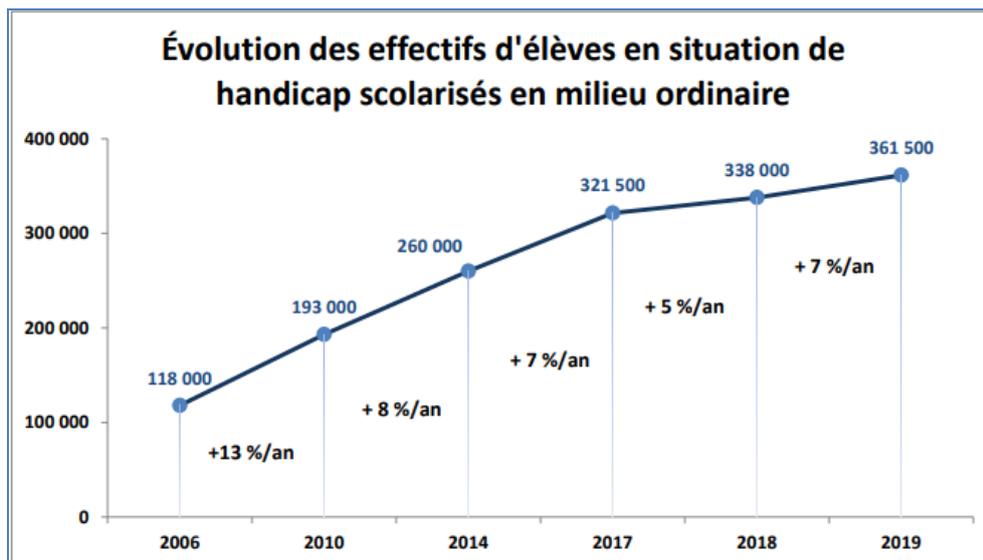
Ce texte a pour objectif de transformer l'organisation de l'accompagnement des élèves en situation de handicap, avec l'appui des professionnels du handicap, et d'améliorer les conditions de recrutement, de formation et de travail de leurs accompagnants.

Un double challenge : offrir à tous ces élèves un égal accès au service public de l'éducation et leur assurer un accompagnement adapté, quel que soit leur lieu de scolarisation. Il s'agit d'une profonde évolution culturelle, en lien avec l'investissement des personnels de l'éducation

nationale, les professeurs, les accompagnants des enfants en situation de handicap (AESH) et les professionnels du handicap.

En clair, il s'agit de mettre en œuvre jusqu'en 2022 le service public de l'École inclusive, qui s'inscrit dans un contexte de forte croissance du nombre d'élèves en situation de handicap, dont ceux bénéficiant d'un accompagnement.

Quelle évolution pour l'inclusion en milieu ordinaire ?



Depuis l'adoption de la loi de 2005, le nombre d'élèves en situation de handicap accueillis à l'école a triplé, passant de 118 000 en 2006 à près de 361 500 en 2019. Cette augmentation du nombre d'élèves accueillis a entraîné une transformation de l'organisation de l'accompagnement des élèves.

De nombreuses mesures en direction des familles

Tout d'abord, la mise en place, dans tous les départements, d'un service dédié à l'école inclusive, avec **une cellule d'accueil et d'écoute** donnant des informations sur l'orientation et les modalités de scolarisation. Un bilan à mi-septembre fait état de 15 000 saisines, auprès de ces cellules départementales, portant essentiellement sur l'accompagnement humain, la mise en place des aménagements pédagogiques et l'orientation en ULIS.

Un accueil mieux organisé

Les familles, cette année, ont pu rencontrer les différents intervenants pédagogiques, dont l'AESH lorsque l'élève est accompagné, aux fins d'évaluer les besoins pédagogiques du jeune et de mettre en place rapidement les premières adaptations.

Des accompagnants mieux recrutés, mieux formés et mieux intégrés

Un service de gestion de l'accompagnement des élèves a été mis en place au niveau de chaque académie, afin d'améliorer le recrutement, la formation et l'intégration dans la communauté éducative des AESH. Ces dernières ont la responsabilité, sous l'autorité de l'enseignant, de s'entretenir avec les familles, de mettre en œuvre les adaptations et les aménagements en fonction des stratégies de l'enseignant.

Les AESH bénéficient d'un statut pérenne : contrat à durée déterminée (CDD) de 3 ans minimum renouvelable une fois, puis contrat à durée indéterminée (CDI). C'est la fin des contrats précaires. Avec à la **rentrée 2019, 83,68 % des accompagnants qui bénéficient d'un contrat de 3 ans.**

En 2019, 4 500 emplois d'AESH ont été créés, par transformation des contrats aidés et des ETP. Au final, l'école inclusive doit pouvoir disposer de plus de 90 000 AESH (personnes physiques).

Une coordination mieux maîtrisée des pôles inclusifs d'accompagnement localisés (Pial)

Depuis la rentrée 2019, sur une grande partie du territoire, il existe une coordination de l'activité des accompagnants au niveau des établissements scolaires, au sein de 2 600 pôles inclusifs d'accompagnement localisés (Pial). Cette généralisation des Pial sera progressive jusqu'en 2022, afin de couvrir l'ensemble des écoles et des établissements scolaires du territoire.

Le Pial a pour mission d'organiser :

- l'accompagnement au plus près des besoins quotidiens de chaque élève, pour lui permettre de développer son autonomie et d'acquérir les connaissances et les compétences attendues,
- d'affecter les accompagnants avec une plus grande réactivité,
- de professionnaliser les accompagnants et d'améliorer leurs conditions de travail.

Pour la rentrée 2019 :

20 992 écoles, 4 721 collèges et 1 529 lycées, dont 745 lycées professionnels, sont organisés en Pial, chiffres qui dépassent les objectifs initialement fixés (300 circonscriptions, 2 000 collèges, et 250 lycées professionnels).

Des modes de scolarisation diversifiés et plus nombreux

Concernant les ULIS, les 250 ouvertures prévues à la rentrée 2019 sont dépassées, puisque **304 dispositifs** ont ouvert, soit :

- 93 ULIS en école,
- 159 ULIS en collège,
- 52 ULIS en lycée, dont 45 en lycée professionnel.

Pour ce qui concerne les enfants avec des troubles du spectre de l'autisme, de nouvelles unités en préélémentaire et élémentaires ont été créées, en 2019 :

- 24 unités d'enseignement en maternelle autisme (UEMA),
- 20 en élémentaire autisme (UEEA).

En 2022, 180 UEMA et 45 UEEA auront été créées en 5 ans. 50 postes de professeurs ressources ont été créés sur le territoire à la rentrée 2019, et 51 autres le seront à la rentrée 2020.

Des professionnels du médico-social plus et mieux mobilisés dans les écoles

Des PIAL renforcés, par ailleurs, viennent en appui aux équipes pédagogiques. Ce sont des équipes mobiles, constituées de personnels des établissements et des services médicaux-sociaux. On recense **117 PIAL renforcés**, contre 30 attendus pour cette année.

Des équipes mobiles d'appui médico-social

Les ARS, pour renforcer leur collaboration avec l'éducation nationale et les professionnels médico-sociaux et libéraux, ont mis en place, depuis la rentrée 2019, à titre expérimental, 65 équipes mobiles médico-sociales en appui des enseignants au sein des écoles et établissements scolaires dans leur département de rattachement.

Elles accompagnent les professionnels de l'éducation nationale, proposent des aménagements dans la classe au regard des besoins spécifiques de l'élève ou interviennent directement auprès de l'élève, en situation complexe ou en situation de crise. Un bilan est prévu en 2020.

En résumé, pour la rentrée 2019 :

Des familles mieux écoutées : 15 000 appels reçus par les cellules d'écoute départementales et **18 000 RDV** (familles, enseignants, AESH).

Des élèves handicapés mieux scolarisés : en 2019, 87 % des élèves handicapés sont scolarisés à temps plein et plus de **50 000 élèves accompagnés** à la rentrée.

Des modes de scolarisation diversifiés : 304 créations d'ULIS (contre 250 initialement prévues), **24 UEMA** (Unité d'Enseignement en Maternelle Autisme) et **20 UEEA** (Unité d'Enseignement Élémentaire Autisme).

Une organisation repensée autour des élèves : avec un service dans toutes les I.A. pour gérer les AESH, leurs affectations et suivre les situations individuelles. Une logique de service à la personne, avec la création des PIAL.

Des accompagnants d'élèves en situation de handicap (AESH) mieux recrutés et mieux intégrés : à la rentrée 2019, plus de 83 % des accompagnants ont un contrat de 3 ans. Au total, 4 500 nouveaux postes d'AESH en ETP ont été créés.

Des professionnels du handicap intervenants en appui dans la classe : création de 117 PIAL renforcés (contre 30 initialement prévus) et 65 équipes mobiles déployées.

Situation de l'école inclusive dans la région Auvergne-Rhône Alpes

Le rapport Droits des usagers 2020 s'est appuyé largement sur l'étude exhaustive du CREAI, rendant compte de la situation de l'inclusion scolaire dans la région, tant au niveau de l'Education nationale qu'au niveau des établissements médico-sociaux.

L'étude du CREAI

Le CREAI a conduit une étude⁹ livrée le 11 juillet 2019, évaluant les suites données à la convention en faveur de l'école inclusive (2016-2021), signée par les académies de la région Auvergne-Rhône-Alpes et l'Agence Régionale de Santé Auvergne-Rhône-Alpes.

Cette étude a le mérite d'établir un premier bilan, très documenté, rassemblant de nombreuses informations sur les dispositifs, et de l'Education nationale et de la Santé.

Le rapport 2020 "Droits des usagers" renverra le lecteur intéressé par la problématique de l'inclusion scolaire à cette étude fort complète.

Quelques éléments résumant l'inclusion scolaire dans le médico-social

Dans le domaine médico-social, un état des lieux est effectué sur les Unités d'Enseignement, les dispositifs internes ou externalisés, les Unités d'Enseignement Maternelle Autisme, les Unités Localisées pour l'Inclusion Scolaire, bref toutes les modalités possibles de scolarisation des enfants en situation de handicap.

Les établissements médico-sociaux disposant d'une unité d'enseignement

Sur les **265 établissements médico-sociaux** de la région Auvergne-Rhône Alpes :

- **238** disposent d'une UE (unité d'enseignement), soit **90 % des EMS** accueillant des enfants en situation de handicap,
- les EMS accueillant des enfants et des adolescents polyhandicapés ne sont que **27,8 %** des établissements disposant d'une UE.
- **115 EMS** disposent d'une UE avec au moins un dispositif externalisé, soit **43,4% des EMS** de la région,
- au total **190 dispositifs externalisés dans la région** (un même établissement pouvant disposer de plusieurs dispositifs externalisés).

Le taux d'externalisation de la région Auvergne-Rhône-Alpe est de **43,4 %** pour l'année scolaire 2018-2019, alors qu'il était de **35 %** pour l'année scolaire 2017-2018. Ce taux

⁹ Ecole inclusive : scolarisation des enfants en situation de handicap dans la région Auvergne-Rhône-Alpes CREAI Auvergne-Rhône-Alpes - Rentrée scolaire 2018

d'externalisation varie d'un département à l'autre, passant de 10 % dans la Drôme, à 73 % dans l'Allier.

Les dispositifs externalisés sur la région Auvergne-Rhône-Alpes sont implantés majoritairement dans des collèges. La répartition s'effectue comme suit :

- les écoles élémentaires accueillent **38,9 %** des dispositifs externalisés,
- les collèges rassemblent **45,3 %** des dispositifs externalisés,
- les lycées d'enseignement général et technologique, lycées agricoles, lycées professionnels et CFA rassemblent, à eux tous, **15,8 %** des dispositifs externalisés.

Projets d'externalisation en cours

Sur l'ensemble des 265 établissements médico-sociaux de la région Auvergne-Rhône-Alpes, 45 ont été identifiés comme ayant des projets d'externalisation, soit 17 % des EMS de la région.

En ce qui concerne les 145 EMS dont l'unité d'enseignement se trouve en interne uniquement, 23 ont un projet d'externalisation, soit 15,9 % des établissements médico-sociaux. Il est donc possible, au cours de la période 2019-2020, que 138 établissements aient un dispositif externalisé, soit 52 % des EMS de la région. Pour mémoire, la convention thématique en faveur de l'école inclusive 2016-2021 a fixé, comme objectif à 3 ans, un taux de 50 % des unités d'enseignements devant fonctionner avec au moins une modalité externalisée. Il semble donc que cet objectif puisse être atteint.

Les ULIS ou unités localisées pour l'inclusion scolaire

Il existe trois types d'ULIS, selon qu'elles sont implantées en école, collège ou lycée. Les élèves sont inscrits dans des classes de référence, en fonction de leur âge, où ils suivent des cours et ils bénéficient de temps de regroupement dans la classe de l'ULIS (10 à 12 élèves maximum) où intervient un enseignant spécialisé en collaboration avec un AESH en dispositif collectif.

Au total : 1 048 ULIS en 2018/2019 :

- 918 ULIS TFC - Troubles des Fonctions Cognitives,

- 52 ULIS TED - Troubles Envahissants du Développement,

- 35 ULIS TFM - Troubles des Fonctions Motrices,

- 20 ULIS TSLA - Troubles Spécifiques du Langage et des Apprentissages,

- 17 ULIS TFA - Troubles des Fonctions Auditives

- 6 ULIS TFV - Troubles de la Fonction Visuelle,

Académie	Département	ULIS TED	ULIS TFA	ULIS TFC	ULIS TFM	ULIS TFV	ULIS TSLA	Total général
Clermont-Ferrand	Allier			56	1			57
	Cantal			23				23
	Haute-Loire			35				35
	Puy-de-Dôme	2	2	70	5	2	1	82
	Total Clermont-Ferrand	2	2	184	6	2	1	197
Grenoble	Ardèche	2		32	3			37
	Drôme	1	2	54	4			61
	Isère		4	130	4	2		140
	Savoie	4		49	2		7	62
	Haute-Savoie	4		82	4			90
Total Grenoble	11	6	347	17	2	7	390	
Lyon	Ain	4	1	87	1			93
	Loire	5		95	5			105
	Rhône	30	8	205	6	2	12	263
Total Lyon	39	9	387	12	2	12	461	
Total général	52	17	918	35	6	20	1048	

Source : Éducation nationale

Les élèves scolarisés au titre des ULIS peuvent présenter des troubles des fonctions cognitives ou mentales, des troubles spécifiques du langage et des apprentissages, des troubles envahissants du développement (dont l'autisme), des troubles des fonctions motrices, des troubles de la fonction auditive, des troubles de la fonction visuelle ou des troubles multiples associés (pluri-handicap ou maladies invalidantes). Les élèves d'ULIS sont orientés par les commissions des droits et de l'autonomie des personnes handicapées (CDAPH).

Chiffres clés relatifs aux unités d'enseignement

Au niveau régional, 90 % des établissements médico-sociaux accueillant des enfants en situation de handicap disposent d'une unité d'enseignement.

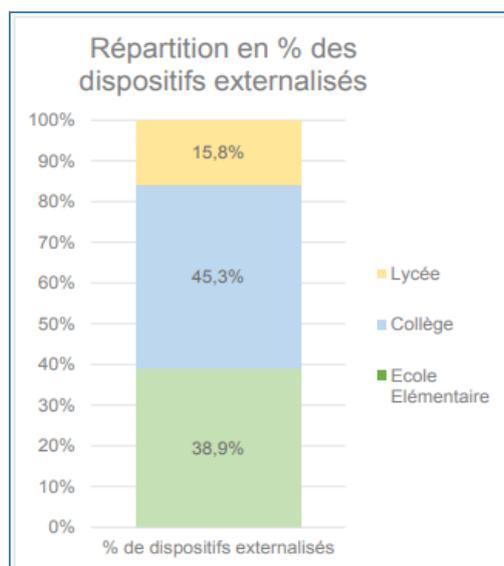
Sur les 265 établissements médico-sociaux accompagnant des enfants de la région, 115 comportent une unité d'enseignement avec au moins un dispositif externalisé.

Il y a au total 190 dispositifs externalisés dans la région (un même établissement pouvant disposer de plusieurs dispositifs externalisés).

La majorité des dispositifs externalisés sur la région Auvergne-Rhône-Alpes est implantée dans des collèges (45,3 %).

Le taux d'externalisation de la région Auvergne-Rhône-Alpe est de 43,4 % pour l'année scolaire 2018-2019, alors qu'il était de 35 % pour l'année scolaire 2017-2018.

Si les projets annoncés pour la rentrée scolaire 2019-2020 aboutissent, il y aura 138 établissements médico-sociaux ayant au moins un dispositif externalisé au sein de la région Auvergne-Rhône-Alpes, soit 52 % des EMS de la région.



Quelques éléments sur la part des élèves en situation de handicap scolarisés au sein d'un établissement de l'Éducation nationale

L'étude du CREAMI s'est penchée sur la situation de l'inclusion scolaire dans les établissements de l'Éducation nationale de la région. Avant d'aborder la part des enfants bénéficiant de l'inclusion des classes ordinaires, un focus sur la part des élèves scolarisée dans l'enseignement spécialisé.

Les chiffres de la rentrée 2019, pour l'enseignement spécialisé¹⁰ dans l'Académie de Lyon

Enseignement spécialisé du 1^{er} degré, du 1^{er} cycle du collège, du 2^{ème} cycle professionnel, des EREA, public et privé, sous et hors contrat

1 ^{er} degré	Ain	Loire	Rhône	Académie	Prévision 2020
Enseignement spécialisé	514	603	1 439	2 556	2 581
1 ^{er} cycle collège SEGPA	659	829	1 688	3 176	3 272
2 ^{ème} cycle professionnel ULIS	79	91	106	276	293
EREA	150	60	214	424	424

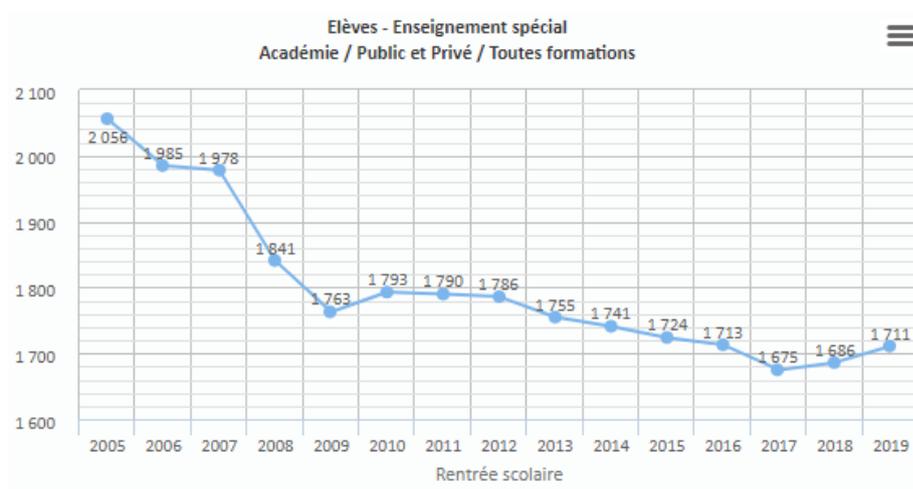
¹⁰ Mémento des effectifs – Académie de Lyon – constat de rentrée 2019 – premier et second degré – post BAC

Dans l'Académie de Grenoble¹¹

L' inclusion Scolaire												
	Ardèche		Drôme		Isère		Savoie		Haute-Savoie		ACADEMIE	
	1er deg.	2nd deg.	1er deg.	2nd deg.	1er deg.	2nd deg.						
Nombre d'établissements avec des ULIS												
Public	20	15	32	26	80	65	69	30	48	40	234	176
Privé	2	4	3	2	8	7	4	4	5	7	22	24
Public + Privé	22	19	35	28	88	72	73	34	53	47	271	200
Nombre d'élèves en ULIS												
Public	219	166	365	337	970	707	410	280	545	495	2 509	1 985
Privé	21	34	17	15	83	74	14	36	47	43	182	202
Public + Privé	240	200	382	352	1 053	781	424	316	592	538	2 691	2 187

2 187 élèves en situation de handicap sont scolarisés dans les ULIS de l'Académie de Grenoble.

Dans l'Académie de Clermont Ferrand¹²



1 711 élèves en situation de handicap sont scolarisés dans l'enseignement spécial (public et privé/ toutes formations).

Les chiffres de la région concernant les élèves en situation de handicap en inclusion dans le système scolaire - CREA

¹¹ Mémento des effectifs – Académie de Grenoble – constat rentrée 2019 – les effectifs – les établissements

¹² Bilan de rentrée 2019– Académie de Clermont Ferrand - les effectifs – les établissements

Les principaux chiffres du CREAI :

A la rentrée scolaire 2018, **43 866** élèves en situation de handicap sont scolarisés dans un établissement de l'Éducation nationale de la région Auvergne-Rhône-Alpes.

Cet effectif de **43 866** élèves se répartit comme suit :

- **24 626 élèves au niveau du 1er degré**, 3% des élèves scolarisés au sein d'un établissement de l'Éducation nationale du 1er degré sont en situation de handicap. Cette part a augmenté de 0,5 point depuis 2015.

- **19 240 élèves au niveau de la région, pour le 2nd degré**. 2,8 % des élèves scolarisés au sein d'un établissement de l'Éducation nationale du second degré sont en situation de handicap. Cette part a augmenté de 0,7 point depuis 2015.

Les 43 866 élèves se répartissent, comme suit, entre les 3 Académies :

- 19 552, soit 44,6 % des élèves de la région au sein de l'Académie de Lyon,
- 18 145, soit 41,4 % des élèves de la région, au sein de l'Académie de Grenoble,
- 6 169, soit 14 % des élèves de la région, au sein de l'Académie de Clermont-Ferrand.

Entre 2015 et 2018, le nombre d'élèves scolarisés au sein de l'Éducation nationale a augmenté de **25,7 %**, soit **8 974 élèves supplémentaires en situation de handicap**.

Dans le premier degré : la part des élèves en situation de handicap, en région Auvergne-Rhône-Alpes, à la rentrée scolaire 2018, est de **3 %**, scolarisés au sein d'un établissement de l'Éducation nationale. **Cette part a augmenté de 0,5 point depuis 2015**.

Dans le second degré : la part des élèves en situation de handicap, en région Auvergne-Rhône-Alpes, à la rentrée scolaire 2018, est de **2,8 %**, scolarisés au sein d'un établissement de l'Éducation nationale. **Cette part a augmenté de 0,7 point depuis 2015**.

Il est à noter qu'entre 2015 et 2018, c'est le nombre d'élèves en situation de handicap scolarisés dans le second degré qui a le plus augmenté.

Les modalités de la scolarisation en région Auvergne Rhône Alpes

- 72,2 % des élèves en situation de handicap sont scolarisés en milieu ordinaire sans appui d'une ULIS (soit 31 654 élèves),

- 27,8 % des élèves sont en milieu ordinaire avec appui d'une ULIS (soit 12 212 élèves).

L'accompagnement des élèves (AESH)

Pour un peu plus de la moitié des élèves bénéficiant d'un accompagnement (AESH), il s'agit d'une aide humaine (53,8 %), qu'elle soit individualisée ou mutualisée (cette part était de 47,2 % en 2015).

Pour ce qui est des élèves ne bénéficiant pas d'un accompagnement (AESH), leur effectif est de : 20 250 élèves, **dont 2 128 élèves avaient une notification pour un accompagnement par une aide humaine (soit 10,5 % d'entre eux)**.

L'accompagnement des élèves (hors AESH)

L'étude du CREAI recense des enfants qui ont, à la fois l'appui du pôle d'enseignement et à la fois l'appui d'un autre accompagnement, par exemple celui d'un intervenant libéral, rattaché à un SESSAD, rattaché à un établissement ou un service de soin. C'est 6,5 % des enfants scolarisés au sein d'un établissement de l'Education nationale.

Qu'en est-il de la scolarisation des enfants en situation de handicap accueillis dans un établissement médico-social ?

Le CREAI recense, à la rentrée scolaire 2018, 11 013 enfants, dont 90 % sont accueillis dans un établissement médico-social (9 936 jeunes) et 9,8 % dans un établissement hospitalier (1 077 jeunes).

La majorité de ces enfants ou jeunes patients sont scolarisés :

- pour 78,2 %, ils sont scolarisés exclusivement au sein de l'unité d'enseignement de l'établissement médico-social. Cela représente 7 775 élèves. Pour le reste, dans des UE avec ou sans modalité externalisée, voire dans une autre structure médico-sociale,
- pour 6,3 %, ils ne sont pas scolarisés à la rentrée 2018. Il s'agit de 623 enfants qui ont des troubles intellectuels ou cognitifs, plusieurs troubles associés, un polyhandicap, des troubles du psychisme. Bien souvent, dans 76 % des cas, ils sont accompagnés par un IME (Institut Médico-Educatif), un IEM (Institut d'Éducation Motrice) ou un ITEP (Institut thérapeutique, éducatif et pédagogique).

RECOMMANDATIONS

La CRSA, dans le cadre du partenariat noué entre l'ARS Auvergne-Rhône-Alpes et les académies de Lyon, Clermont-Ferrand et Grenoble, qui s'est traduit par la signature, le 21 septembre 2016, d'une convention en faveur de l'inclusion scolaire, prend acte du fait que l'ARS apporte son concours à la réalisation d'une École inclusive, contribuant ainsi au projet d'accueil des enfants en situation de handicap.

Elle enregistre les avancées concrètes qui ont été relevées dans le rapport 2019 du CREAI :

- **90 % des établissements médico-sociaux accueillant des enfants en situation de handicap disposent d'une unité d'enseignement,**
- **51 641 élèves en situation de handicap sont scolarisés, soit au sein d'un établissement de l'Éducation nationale pour 85 %, soit au sein de l'Unité d'Enseignement de l'établissement médico-social pour 15 %,**
- **A la rentrée scolaire 2018, 43 866 élèves en situation de handicap sont scolarisés dans un établissement de l'Éducation nationale de la région Auvergne-Rhône-Alpes, soit une augmentation de 25,7 % entre 2015 et 2018 (8 974 élèves supplémentaires en situation de handicap).**

La CRSA apporte également son soutien aux travaux régionaux, qui ont pour but de renforcer le partenariat institutionnel et la coopération entre les établissements scolaires et les établissements et services médico-sociaux, en vue du développement de l'école inclusive.

La consommation d'alcool

Rapide aperçu de la consommation d'alcool en France

La consommation d'alcool fait partie des principaux déterminants de santé et des trois premières causes de mortalité évitable avec **41 000 décès en 2015**. L'alcool constitue l'un des axes forts du programme de Santé publique France.



Le 14 janvier 2020, Santé publique France¹³ a publié une plaquette avec des Bulletins de santé publique (BSP), présentant une analyse de la consommation d'alcool dans chaque région (métropole et DROM), ainsi que des indicateurs régionaux et départementaux de morbi-mortalité associée à l'alcool.

SPF rappelle, à ce propos, que la consommation d'alcool en France a diminué depuis les années 60, du fait de la baisse de la consommation quotidienne de vin. Ceci dit, elle reste loin d'être négligeable au plan de la santé publique. En effet, cet usage, à hauteur de 11,7 litres d'alcool pur par an et par habitant de 15 ans et plus en 2017¹⁴, positionne notre pays au sixième rang du classement de l'OCDE¹⁵.

Quelques chiffres :

- en 2017, le quart des personnes de 18-75 ans (**23,6 %**) dépasse les repères de consommation. Et 58 % de l'alcool consommé l'est par seulement 10 % de cette classe d'âge.
- **16 000 décès** par cancer et **9 900 décès** par maladie cardiovasculaire chaque année,
- **41 000 décès attribuables à l'alcool par an**, dont 30 000 chez les hommes et 11 000 chez les femmes,
- 13,4 % des 18-24 ans déclarent au moins 10 ivresses par an.
- la mortalité prématurée, des 40/64 ans, par alcoolisme et cirrhose, est de 2,5 pour 10 000 en 2015, versus 4,00/10 000 en 1997. En Auvergne Rhône-Alpes, elle est de 1,8, au 4^{ème} rang des meilleurs résultats.

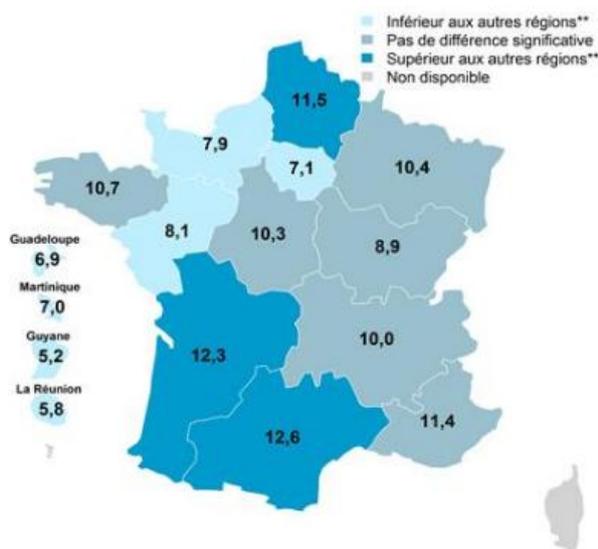
¹³ Santé publique France - presse@santepubliquefrance.fr

¹⁴ Besson D. Boissons alcoolisées: 40 ans de baisse de consommation. Insee Première. 2004;(966):1-4.

¹⁵ World Health Organization. Global status report on alcohol and health 2018

Des habitudes différentes selon les régions :

La consommation quotidienne d'alcool concerne, selon les régions, de 7,1 % à 12,6 % des adultes, sachant que la moyenne nationale est de 10,0 %.



Le pourcentage d'adultes de 18 à 75 ans qui ont une consommation régulière d'alcool est significativement moins fréquente en Île-de-France (7,1 %), Normandie (7,9 %) et Pays de la Loire (8,1 %).

L'Auvergne Rhône Alpes est dans la moyenne nationale avec un taux d'indicateur à 10 %.

Les 18-30 ans ont une consommation hebdomadaire d'alcool qui concerne 32,5 % de cette classe d'âge. Cet indicateur varie de 23,2 % à 43,5 % suivant la région.

Les alcoolisations ponctuelles importantes, dites API (6 verres ou plus en une seule occasion) mensuelles varient selon les régions de France métropolitaine de 13,9 % en Île-de-France à 20,5 % en Bretagne. La moyenne de la France métropolitaine est de 16,2 %.

Les régions métropolitaines ayant connu les plus fortes augmentations concernant les API mensuelles sont la Bretagne (+3,4 points, passage de 16,9 % en 2005 à 20,3 % en 2017). L'Auvergne-Rhône-Alpes a connu une augmentation de +2,4 points, passant de 14,9 % en 2005 à 17,3 % en 2017.

Passages aux urgences directement liés à l'alcool

L'effet à court terme de l'alcool a été mesuré pour la première fois, en se référant aux chiffres donnés par les urgences. Qui sont les personnes concernées par une intoxication éthylique aiguë ? Tous sexes confondus, c'est la classe d'âge des 45-60 ans.

Chaque jour, c'est entre un et trois passages aux urgences, (entre 1,2 % et 3,1 %) qui est en lien direct avec l'alcool, suivant les régions et essentiellement pour les hommes. Pour les femmes, c'est entre 0,3 % et 1,4 %.

Auvergne-Rhône Alpes est à 0,64 % pour les femmes et à 1,63 % pour les hommes.

Et pour les collégiens et les lycéens ?

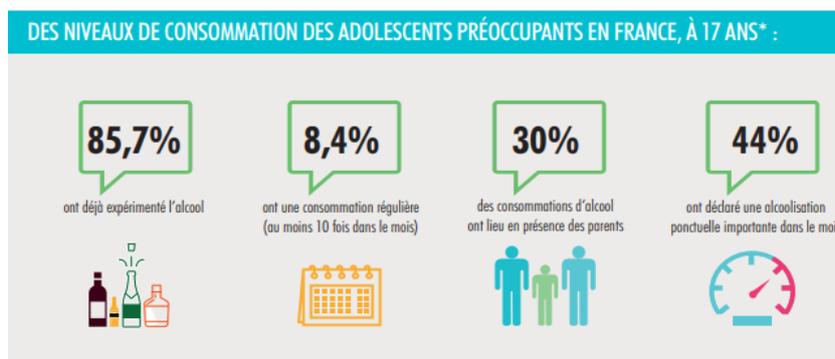
La mission interministérielle de lutte contre la drogue et les conduites addictives (MILDECA), dans le cadre du Plan national de mobilisation contre les addictions 2018-2022,

rappelle sur son site, le 11/03 2019, que le niveau de la consommation d'alcool chez les jeunes reste préoccupant. En dépit de quelques fragiles améliorations !

Elle ne manque pas de souligner que "le cerveau de l'adolescent, à cause de son processus de maturation inachevé, est plus particulièrement vulnérable aux substances psychoactives (dont l'alcool)". Elle liste également le risque de maladie à l'âge adulte. Comme elle met en garde contre les alcoolisations ponctuelles importantes (API), qui sont trop souvent une porte d'entrée vers une dépendance ultérieure. Et puis, à juste titre, elle rappelle la triste liste des risques encourus : le coma éthylique, l'implication dans des violences comme victime et/ou auteur, les rapports sexuels non consentis ou les accidents de la route.

Au niveau des chiffres :

Dès 17 ans, des niveaux de consommation préoccupants :



Avec des boissons très populaires chez les jeunes de 17 ans¹⁶ :

- Les alcools forts et spiritueux : 67,3 %,
- La bière : 63,5 %
- Vins et champagne : 35,9 %
- Le Prémix : 26,4 %.

L'exposition des jeunes face à la publicité sur l'alcool

La littérature scientifique française et internationale (Expertise collective INSERM, Conduites addictives chez les adolescents, 2014) n'a pas manqué d'alerter sur le lien qui existe entre la publicité et l'augmentation de la consommation d'alcool (dont les comportements d'alcoolisation excessive) chez les jeunes. La MILDECA rappelle que 450 M€ sont dépensés pour promouvoir la consommation d'alcool.

Les stratégies publicitaires ciblent les jeunes, en développant des actions publicitaires et du marketing, en jouant sur la socialisation, l'humour, l'aventure, la musique, la séduction, le pouvoir, l'ironie, la provocation... Des produits, comme les prémix mélangent alcool et soda ou jus de fruits et les vins aromatisés. Les stratégies déployées sont multiples et variées : promotion sur les prix des boissons, cadeaux contre achats, jeux concours, soirées "open bar", sponsoring d'événements culturels et sportifs, etc ... l'objectif est de renforcer l'efficacité des

¹⁶ Source : ESCAPAD 2017, OFDT

actions de lobbying et de limiter le développement de réglementations susceptibles de contrer les activités commerciales.

Alcool et grossesse

L'alcool, comme on le sait, est déconseillé aux femmes enceintes : "Zéro alcool pendant la grossesse". Il est donc nécessaire de les informer des dangers qu'elles encourent.

En France, comme dans d'autres pays occidentaux, la consommation d'alcool pendant la grossesse est considérée comme la première cause de handicap mental d'origine non génétique chez l'enfant. Selon une étude réalisée par l'Inserm en 2001, entre 700 et 3 000 enfants parmi les 750 000 naissances annuelles naîtraient lourdement handicapés par un syndrome d'alcoolisation fœtale (SAF), forme la plus grave d'atteinte liée à l'exposition à l'alcool in utero. Du fait que les connaissances scientifiques actuelles ne permettent pas de déterminer un niveau de consommation d'alcool qui serait sans risque pour l'enfant à naître, il est conseillé de ne pas boire d'alcool du tout, quel que soit le type d'alcool, pendant toute la durée de la grossesse.

Un zoom sur la région Auvergne-Rhône Alpes

Il faut signaler tout d'abord la parution, **d'un premier bulletin de santé consacré à l'alcool, dédié à la région Auvergne-Rhône Alpes**. Dans le BSP de janvier 2020¹⁷, le Dr. Anne Marie Durand, Directrice de la santé publique, ARS Auvergne-Rhône-Alpes, qui en a rédigé la préface, constate dans un premier temps la baisse non négligeable de la consommation quotidienne d'alcool ces 20 dernières années. Pour tout aussitôt alerter sur le fait que l'alcool reste une cause majeure de dommages sanitaires et sociaux. C'est la deuxième cause de mortalité prématurée, après le tabac. L'alcool est toxique pour l'organisme et il génère des accidents, des suicides, de l'exclusion, des violences...

Le propos se termine sur la nécessité d'actions prioritaires dans le domaine de la prévention, notamment en direction des femmes en cours de grossesse et des jeunes. Autant de priorités auxquelles le Programme Régional de Santé s'est attaché. Le but étant que l'ARS s'engage résolument dans une perspective d'amélioration des indicateurs présentés dans le premier bulletin de santé publique consacré à l'alcool, dans notre région.

Du réalisme dans les actions de prévention et de promotion de la santé en matière d'alcool

Un travail scientifique a actualisé les repères de consommation à un "moindre risque", notamment celui des cancers. Cette recherche a associé la Direction générale de la santé, la MILDECA (Mission interministérielle de lutte contre les drogues et les conduites addictives), Santé publique France et l'Institut national du cancer (INCa), qui ont construit des modèles de risques en fonction de plusieurs niveaux de consommation quotidienne d'alcool. D'abord, une

¹⁷ Bulletin de santé public – SPF – janvier 2020

évaluation du risque de mortalité "vie-entière" dans la population française de moins de 75 ans, ensuite une recherche qualitative pour rendre acceptables les niveaux de risque, le risque zéro étant inaudible.

Le risque zéro étant inaudible, soit la proscription de l'alcool, les experts ont recherché un ordre de grandeur acceptable. Un écart a été retenu : de 1/100 à 1/1 000 (un décès pour 100 à 1 000 individus). L'écart de 1/100 est jugé comme acceptable pour l'Australie ou l'Angleterre. Cela correspond à environ 14 g d'alcool pur par jour, soit 10 verres standard par semaine. Avec la recommandation supplémentaire, aux fins de limiter les risques pour sa santé, de ne pas consommer plus de 2 verres standards par jour et d'avoir des jours dans la semaine sans consommation.

Donc, il est recommandé pour limiter les risques pour sa santé au cours de sa vie de : 1) ne pas consommer plus de 10 verres standard par semaine, 2) ne pas consommer plus de 2 verres standard par jour, 3) avoir des jours dans la semaine sans consommation.



POINTS CLÉS EN AUVERGNE-RHÔNE-ALPES

- En 2017, parmi les adultes de 18-75 ans, 32 % consomment au moins une fois par semaine et 10 % au quotidien,
- une consommation plus importante chez les hommes, de 15 % vs 5 % parmi les femmes,
- les API (alcoolisation ponctuelles importantes) concernent les moins de 45 ans, surtout les moins de 30 ans,
- les API ont augmenté ces dix dernières années, surtout chez les femmes (de 4 % en 2005 à 9 % en 2017), restant inférieures à celle des hommes (26 % en 2017),
- des consommations chez les adultes en AuRA semblables aux autres régions, mais supérieures chez les jeunes de 17 ans, avec des scores pour l'usage régulier d'alcool de 9,6 % vs 8,4% et pour les API répétées : 18 % vs 16 %).

Indicateurs d'effets sanitaires :

- Près de 20 000 passages aux urgences liés à l'alcool en 2017, un peu plus de 1 % des passages toutes causes confondues.
- Des cancers liés à l'alcool (lèvre-bouche-pharynx, œsophage et larynx) et une mortalité due aux principales pathologies liées à l'alcool. Avec, cependant, des taux départementaux inférieurs aux moyennes de France métropolitaine. Et une hétérogénéité, avec les départements de l'ex-région Auvergne plus concernés.

La Consommation d'alcool en AuRA en 2017 chez les adultes de 18 à 75 ans

- La prévalence des adultes en région Auvergne-Rhône-Alpes (10,0 %), de 18 à 75 ans, ne différait pas de la moyenne des autres régions métropolitaines.
- Les prévalences, en fonction des sexes, étaient de 5,3 % chez les femmes et de 14,8 % chez les hommes
- La prévalence des API (alcoolisations ponctuelles importantes), (6 verres ou plus en une seule occasion) mensuelles était de 17,3 % pour la région, versus 16,2 % pour la France.
- Des prévalences pour les API, de 9,0 % chez les femmes et de 25,9 % chez les hommes.

Consommation hebdomadaire d'alcool AuRA chez les adultes de 18 à 30 ans

- Selon le Baromètre de Santé publique France 2017, la région Auvergne-Rhône-Alpes (34,2 %) ne différait guère de **la consommation hebdomadaire d'alcool** chez les adultes de 18 à 30 ans, à 32,5 % pour la France métropolitaine.
- La prévalence des **API chez les adultes de 18 à 30 ans** était de 9,0 % en France métropolitaine et de 9,9 % en région Auvergne-Rhône-Alpes.

Consommation d'alcool chez les jeunes de 17 ans en AuRA

- En 2017, selon l'enquête Escapad (Observatoire Français des Drogues et des Toxicomanies), la prévalence de **l'expérimentation d'alcool** (avoir déjà consommé de l'alcool au moins une fois dans sa vie) chez les jeunes de 17 ans était de 85,7 % pour la France métropolitaine et de 87,3 % pour l'Auvergne-Rhône-Alpes.
- , la prévalence des alcoolisations ponctuelles importantes répétées (au moins 3 dans le mois) chez les jeunes de 17 ans variait de 11,3 % à 22,0 % selon les régions, avec une moyenne de 16,4 % pour la France métropolitaine et de 18,2 % pour Auvergne-Rhône-Alpes.

En conclusion

Qu'il soit permis de remercier Santé Publique France et le Dr Anne Marie Durand, pour avoir publié ce bulletin de santé publique. Même s'il n'aborde pas tous les effets sanitaires des consommations nocives d'alcool : les traumatismes liés à l'alcool, les violences, et le syndrome d'alcoolisation fœtale, il a le mérite de faire l'inventaire des consommations d'alcool dans notre région et de dresser un tableau de la morbidité et de la mortalité associées à l'alcool, sur de nombreux cancers dont les cancers des voies aérodigestives supérieures (lèvres, bouche, pharynx), de l'œsophage et du larynx.

Le prochain Baromètre de Santé publique France, prévu pour l'année 2020, est bien sûr attendu, d'autant qu'il actualisera les indicateurs présentés dans ce BSP pour l'ensemble des régions françaises.

Comme est souhaitée vivement, pour chaque région française, l'évaluation du respect des repères de consommation à moindre risque.

Comme est souhaitée également l'exploitation par l'OFDT de l'enquête nationale en collège et en lycée chez les adolescents sur la santé et les substances (EnCLASS 2018), qui apportera certainement des éléments utiles quant à l'expérimentation et les habitudes de consommation d'alcool des adolescents

Le Pr. Nicolas Simon, président de l'ANPAA, écrivait dans le BEH¹⁸ "le Gouvernement et l'ensemble des responsables publics doivent cesser de fermer les yeux face à une réalité à l'origine de 41 000 morts et un coût social de 120 milliards d'euros par an. Aujourd'hui, c'est l'intérêt général qui doit l'emporter sur les intérêts économiques des producteurs et cela doit se traduire par la mise en œuvre d'une politique volontariste de réduction des risques qui, sans nier le plaisir de consommer de l'alcool, doit être lucide sur les risques sanitaires et les dommages sociaux."

Sans vouloir polémiquer, on peut souligner que les efforts ne sont pas ménagés pour mener la bataille contre l'alcool. La santé publique y joue un rôle primordial.

RECOMMANDATIONS

La CRSA est consciente que la consommation d'alcool représente un enjeu majeur de santé publique : l'alcool est à l'origine de 49 000 décès par an. C'est le troisième facteur de risque de morbidité, après l'hypertension artérielle et le tabac. De plus, le coût estimé des hospitalisations liées à la consommation excessive d'alcool s'élève à plus de 2,6 milliards d'euros.

Aussi, la CRSA soutient-elle le Plan national "Priorité prévention", mis en œuvre par le Ministère en charge de la santé, qui appelle à la mobilisation contre les addictions. Dans le même esprit, elle encourage Santé Publique France à renforcer ses campagnes de prévention nationales.

Enfin, elle encourage le Ministère de l'Education nationale à multiplier ses actions de prévention, auprès des écoliers, des collégiens et lycéens, afin qu'ils acquièrent des compétences psycho-sociales, les prévenant qu'une consommation d'alcool précoce renforce les risques de dépendance et de survenue de problèmes de santé à l'âge adulte.

¹⁸ Bulletin épidémiologique hebdomadaire N° 5-61 du 19 février 2019 – Santé Publique France

La consommation de tabac

Une consommation de tabac en baisse



Comme le rappelle Santé Publique France, le tabac, qui est responsable de plus de 75 000 décès par an, reste encore d'un usage courant en France. Sa consommation a connu une période de relative stabilité

entre 2010 et 2016 et, à présent, elle est notablement en baisse.

François Bourdillon, actuel directeur général de Santé publique France, a engagé son institution à effectuer un suivi de cette addiction et à mesurer les politiques de prévention qu'elle met en place, comme "le mois sans tabac".

Mesurer la prévalence annuelle du tabagisme, c'est un des indicateurs clefs pour évaluer les campagnes de prévention. Aujourd'hui, la baisse qui est enregistrée démontre qu'il est possible de lutter contre le tabagisme.

Principales caractéristiques du tabagisme en France

Selon la Fédération Française de Cardiologie, la France se positionne au quatrième rang des pays européens¹⁹ pour son pourcentage de fumeurs, derrière la Grèce, la Bulgarie et la Croatie. La FFC rappelle que le tabagisme, qu'il soit actif ou passif, est un véritable problème de Santé publique, qui tuait en 2015 plus de 78 000 personnes en France²⁰, parmi lesquelles 59 000 sont des hommes et 19 000 des femmes.

Les femmes fument presque autant que les hommes

Il faut souligner que l'usage du tabac au niveau des femmes a gagné des adeptes. L'Institut national de prévention et d'éducation pour la santé (Inpes), rappelle les pourcentages d'hommes (67 %) et de femmes (33 %) qui prévalaient en 1974. Un ratio qui s'établira, en 2012, à 54 % pour les hommes et 46 % pour les femmes²¹.

Pour autant, le tabagisme a reculé depuis une cinquantaine d'années :

- chez les hommes, une nette diminution, passant de près de 60 % de fumeurs réguliers dans les années 60-70 à 28,2 % en 2014,

¹⁹ Eurobaromètre

²⁰ Ribassin-Majed L, Hill C. Eur J Public Health 2015

²¹ Ng M, Freeman MK, Fleming TD et al. Smoking prevalence and cigarette consumption in 187 countries, 1980-2012. JAMA 2014; 311:183-92

- Pour les femmes, et ce depuis les années 1970, l'écart avec les hommes diminue, même si ces derniers restent les plus gros consommateurs. C'est à cette période que l'industrie du tabac a commencé à les cibler et à mettre en place des stratégies pour les séduire.



Des jeunes très dépendants

En France, la FFC alerte sur le fait que plus de 5 adolescents âgés de 15 ans sur 10 ont déjà expérimenté le tabac et que 2 sur 10 environ fument quotidiennement.

En 2014, 33 % des garçons et 30 % des filles de 17 ans fumaient de façon régulière. Parmi ces jeunes fumeurs, l'usage régulier du tabac, c'est-à-dire quotidien, augmente sensiblement avec l'âge : 73 % chez les 15-17 ans, 75 % chez les 18-19 ans et 84 % chez les 20 et 25 ans.

Quelle que soit la tranche d'âge, les garçons fument en moyenne plus de cigarettes par jour que les filles :

- les garçons de 15 à 17 ans, consomment 10,5 cigarettes par jour contre 8,3 pour les filles,
- les garçons de 18 à 19 ans, 12,8 cigarettes quotidiennes, contre 10,5 chez les filles,
- les hommes, entre 20 et 25 ans, fument 13,1 cigarettes par jour versus 11,4 chez les femmes.

Chiffres de l'OFDT sur l'usage du tabac chez les jeunes de 17 ans

La prévalence de l'usage quotidien du tabac en France pour les jeunes est de 25 %, selon l'OFDT et l'enquête Escapad.

Un tableau de bord mensuel pour évaluer la consommation de tabac

La consommation du tabac est en baisse. Pour preuve, le suivi qu'effectue l'OFDT (Office français des drogues et toxicomanies), à la demande de la MILDT (mission interministérielle de lutte contre la drogue et la toxicomanie, devenue MILDECA, mission interministérielle de lutte contre les drogues et les conduites addictives).

L'OFDT dresse tous les mois, depuis 2004, un tableau de bord mensuel des indicateurs relatifs au tabac et au tabagisme en France. Les séries statistiques qu'il édite mensuellement donne des indications précises sur les ventes de tabac et les traitements d'aide à l'arrêt. Les informations proviennent et des buralistes et des officines de pharmacie.

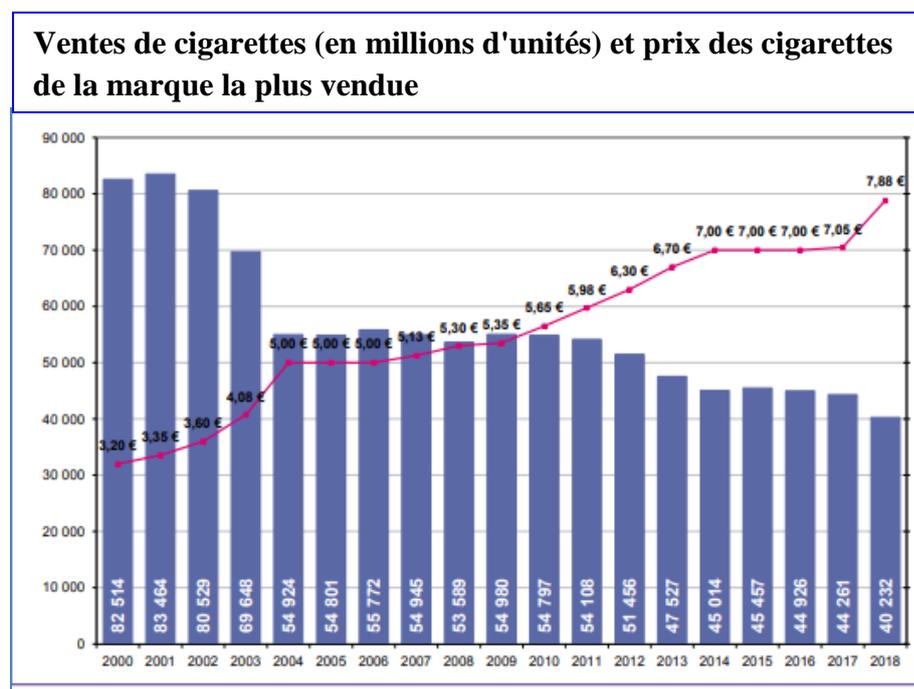
Comme il est possible de le constater dans le tableau ci-dessous, les ventes de cigarettes entre les années 2000 et 2018 ont connu une nette décélération. En l'an 2000, les ventes dépassaient les 82 000 millions d'unités de cigarettes. En 2018, elles sont descendues à 40 000 millions d'unités de cigarettes.

Il faut dire également que le prix du paquet de cigarette qui était de 3,20 € en 2000 est passé en 2018 à 7,88 €. Pas de doute que cet effet dissuasif a été une aide non négligeable pour soutenir les politiques d'arrêt du tabac, dont les effets sont destructeurs pour la santé.

Dans le même temps, les saisies de tabac de contrebande, effectuées par les services des douanes, n'ont cessé de croître, en nombre et en volume :

- en 2000, 4 748 saisies sont effectuées pour un volume de 200 000 tonnes de tabac,
- de l'année 2000 à l'année 2010, le volume de saisie ne fait qu'augmenter pour parvenir à plus de 300 000 tonnes, en 2010, 12 800 saisies sont effectuées,
- en 2015, les saisies, au nombre de plus de 14 000, franchissent la barre des 629 000 tonnes,
- en 2018, avec plus de 16 000 saisies, on est à 281 000 tonnes.

La lumière est faite sur les saisies qui sont autant de tabac non consommé, comme sur la consommation licite avec achat dans un bureau de tabac. Par contre, l'obscurité persiste sur la vente illégale difficilement évaluable.



La prévalence du tabagisme quotidien en France est en baisse

Une prévalence du tabagisme quotidien, en 2017 de 26,9 %.

Le Baromètre santé 2017 de Santé publique France, informe que la prévalence du tabagisme quotidien est en baisse :

- il passe de 29,4 % en 2016 à 26,9 % en 2017, soit une baisse de 2,5 points. Cela représente un million de fumeurs quotidiens de moins en un an.

Ce constat est plus particulièrement marqué chez :

- les hommes de 18 à 24 ans : 44 % en 2016 vs 35 % en 2017,
- les femmes de 55 à 64 ans: 21 % vs 18 % en 2017,

Par ailleurs, les données du Baromètre santé 2017 soulignent de fortes disparités régionales :

- l'Ile-de-France et les Pays-de Loire sont les régions où l'on fume le moins en 2017, avec des prévalences respectives de 21,3 % et de 23 %,

A l'inverse, dans quatre régions, les prévalences étaient plus élevées que dans le reste de la métropole : Paca (32,1 %), Hauts-de-France (30,5 %), Occitanie (30,3 %) et Grand-Est (30,1 %).

Autre fait marquant, le tabagisme quotidien diminue également chez les fumeurs les plus défavorisés :

- passant de 39 % en 2016 à 34 % en 2017 parmi les personnes à bas revenus,
- de 50 % à 44 % parmi les personnes au chômage.

Impacts du tabagisme sur la santé : Le tabac, première cause de décès évitable

En France,

1 cancer sur 3 est lié au tabagisme¹. Il est responsable chez l'homme de 90 % des cancers du poumon. Il participe également à la survenue de nombreux autres cancers (larynx, pharynx, vessie, estomac, œsophage, pancréas, rein, foie et leucémie...).

Le tabagisme est une cause majeure d'accidents cardiovasculaires : infarctus du myocarde, mais également accident vasculaire cérébral, artérite des membres inférieurs et anévrisme de l'aorte abdominale. C'est le facteur de risque cardiovasculaire qui frappe le plus tôt et la première cause de décès cardiovasculaire évitable !

Il est le responsable presque exclusif de la bronchopathie chronique obstructive qui conduit à l'insuffisance respiratoire chronique et également responsable d'asthme et d'emphysème.

Il favorise la survenue du diabète, fait baisser le « bon » cholestérol (HDL cholestérol).

Il favorise les gastrites, la parodontite et aggrave le psoriasis.

Le nombre de décès attribuables au tabac est variable, de 73 000 selon la Revue du praticien²² à 75 000 pour Santé Publique France. 73 000 morts en France, cela représente : 59 000 décès chez les hommes et 14 000 chez les femmes.

²² Estimation de Catherine Hill, directrice du service d'épidémiologie des cancers de l'Institut Gustave Roussy

Situation et chiffres de la région Auvergne-Rhône Alpes

La situation de notre région est clairement décrite par le bulletin de santé publique²³ (BSP), dont l'éditorial a été signé par le Dr Anne-Marie DURAND, Directrice de la santé publique de l'ARS Auvergne-Rhône-Alpes. Pour la France, le tabac, c'est la première cause de mortalité évitable avec ses 73 000 décès par an et la première cause de mortalité prématurée (avant 65 ans).

Quelques chiffres clés pour la région :

- sur la période 2013-2015, c'est près de **10 000 décès par an** pour les principales pathologies pour lesquelles le tabac est un facteur de risque important.
- **1 500 000 fumeurs quotidiens** en 2017 soit **26,3 % de la population** (18-75 ans), proportion équivalente à la moyenne nationale (26,9 %), en baisse depuis le début des années 2000 (**30,6 % en 2000**),
- **27,0 % de fumeurs quotidiens parmi les jeunes de 17 ans**, ce qui est supérieur à la moyenne nationale (**25,1 %**). Comme au niveau national, cette proportion est en baisse depuis 3 ans en Auvergne-Rhône-Alpes (**33 % en 2014**),
- **34,2 % de fumeuses parmi les femmes avant la grossesse** et **19,3 % au 3^{ème} trimestre de la grossesse** en 2017, proportions proches des moyennes nationales (**30 % et 16,2 % respectivement**),
- les hommes, les adultes jeunes, les personnes dont le niveau d'étude est inférieur au BAC et celles ayant un faible revenu sont les plus concernés par le tabagisme quotidien,
- **9 973 décès par an sur la période 2013-2015**, pour les principales pathologies pour lesquelles le tabac est un facteur de risque important (cancer du poumon, cardiopathies ischémiques, broncho-pneumopathie chronique obstructive) à l'échelon de la région.
- la mortalité liée à ces pathologies, rapportée à 100 000 habitants, était proche de la moyenne nationale chez les hommes et chez les femmes.
- avec d'importantes disparités territoriales : au niveau départemental, **le Cantal** présentait une mortalité supérieure de plus de 10 % à la moyenne nationale chez les hommes et chez les femmes, ainsi que **l'Allier et le Puy-de-Dôme**, chez les femmes uniquement.

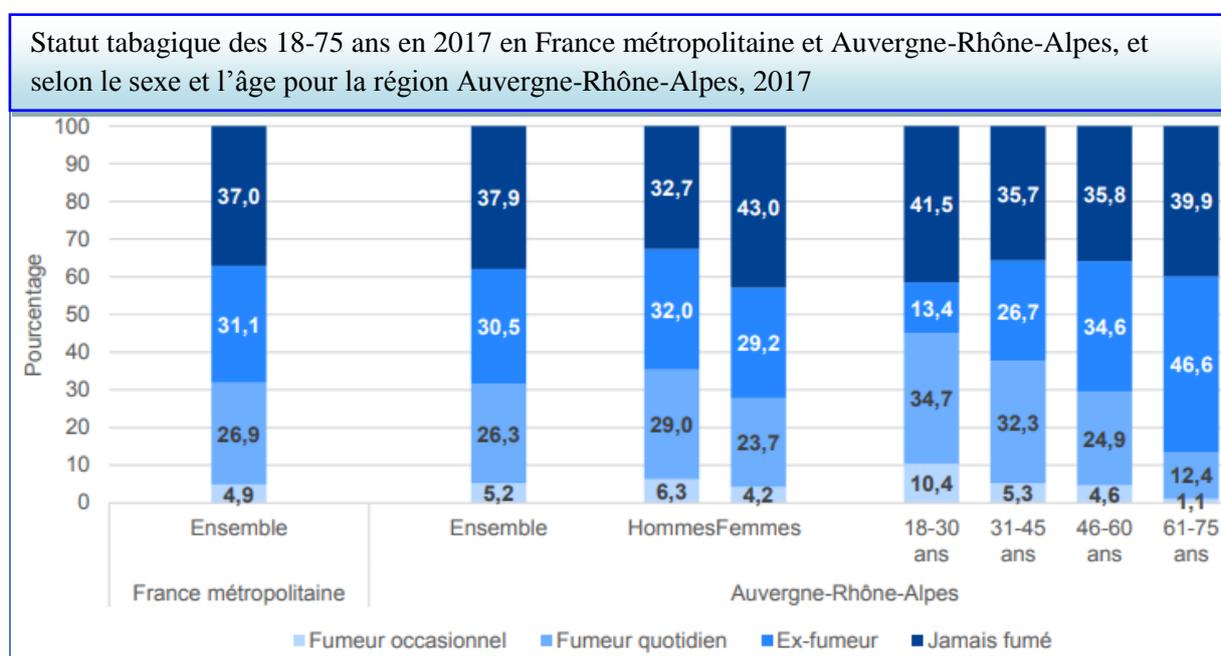
Statut tabagique chez les adultes de 18 à 75 ans

En 2017, dans la région Auvergne-Rhône-Alpes :

- **31,5 %** des personnes âgées de 18-75 ans déclaraient **fumer quotidiennement ou occasionnellement**, **35,3 %** des hommes et **27,9 %** des femmes,
- **la proportion de fumeurs quotidiens ou occasionnels** en France métropolitaine était de **31,9 %**, versus **31,5 %** pour la région,

²³ Bulletin de santé publique. JANVIER 2019

- la consommation quotidienne de tabac en Auvergne-Rhône-Alpes s'élevait à **26,3 %** parmi les 18-75 ans, contre **26,9 %** en France métropolitaine (différence non significative),
- le nombre de fumeurs quotidiens dans la région était estimé à **1 500 000**,
- la répartition par sexe de fumeurs quotidiens, pour la région, était de **29,0 %** chez les hommes et **23,7 %** chez les femmes,
- la consommation occasionnelle de tabac s'élevait à **5,2 %** pour la région contre **4,9 %** en France métropolitaine (différence non significative).
- une répartition par sexe de fumeurs occasionnels, pour la région Auvergne-Rhône-Alpes, de **6,3 %** chez les hommes et **4,2 %** chez les femmes.



Quantité de tabac fumé :

En 2017, les fumeurs quotidiens fumaient en moyenne 12,1 cigarettes par jour, les hommes 12,6 et les femmes 11,5. Une quantité de tabac fumé, en 2017, inférieure à la moyenne nationale de 13,3 cigarettes par jour.

Niveaux de dépendance au tabac :

La dépendance au tabac est estimée par le score HSI ou "Heaviness of Smoking Index", allant de 0 à 6. Ce score mentionne une forte dépendance, lorsque le fumeur obtient un score entre 4 et 6 de pondération.

La proportion de fumeurs quotidiens se répartit comme suit :

- 17,2 % de fumeurs quotidiens ayant une forte dépendance au tabac, (score 4 à 6),
- 37,5 % de fumeurs quotidiens ayant une dépendance moyenne au tabac (score 2 à 3),
- 45,2 % de fumeurs quotidiens ayant une faible dépendance au tabac (score 0 à 1).

Des scores semblables à ceux de la France (respectivement 18,4 %, 38,0 % et 43,6 %).

La morbidité et la mortalité associées au tabac dans la région Auvergne-Rhône Alpes

Incidence du cancer du poumon

Le tabagisme est le principal facteur de risque du cancer du poumon. En France métropolitaine pour la période 2007-2016 :

- le taux annuel brut d'incidence était de 33,7/100 000 personnes chez les femmes et de 93,2 chez les hommes et, après standardisation, respectivement de 17,9/100 000 pour les femmes et de 51,8 pour les hommes,
- en ce qui concerne les femmes, la région, avec une incidence de 16,4, se classait parmi celles qui avaient un taux standardisé d'incidence significativement moins élevé que la moyenne nationale,
- pour les hommes, même chose, avec une incidence de 48,4/100 000.

Au niveau des départements

En ce qui concerne les femmes, 7 départements (Ain, Ardèche, Cantal, Isère, Loire, Haute-Loire et Savoie) avaient un taux standardisé d'incidence du cancer du poumon significativement moins élevé que la moyenne nationale sur la période 2007-2016.

Chez les hommes, le Rhône avait un taux standardisé d'incidence significativement plus élevé que la moyenne nationale, avec un score de 53,5. 3 départements (Drôme, Isère, Puy-de-Dôme) ne différaient pas significativement de la moyenne nationale. Enfin, tous les autres avaient un taux standardisé d'incidence significativement moins élevé que la moyenne nationale (variant de 40,7 à 48,4).

Mortalité par cancer du poumon

En France métropolitaine (2007-2014), le taux de mortalité par cancer du poumon, après standardisation sur la population mondiale était de 11,1 pour les femmes et de 38,2 pour les hommes.

Au niveau de la région Auvergne-Rhône Alpes, au niveau des femmes, le taux de mortalité de valeur 10,0 est significativement moins élevé que le taux national.

Idem, pour les hommes, avec un taux standardisé de mortalité significativement moins élevé que la moyenne nationale, soit de 35,5.

Au niveau des départements, sur la période 2007-2014, 6 départements avaient un taux standardisé de mortalité par cancer du poumon chez les femmes significativement moins élevé que la moyenne nationale, variant de 8,1 à 9,6 (Ain, Isère, Loire, Haute-Loire, Rhône et Savoie). Pour les autres, pas de différence significative avec la moyenne nationale.

Chez les hommes, neuf départements avaient un taux standardisé de mortalité par cancer du poumon significativement moins élevé que la moyenne nationale (Ain, Ardèche, Cantal, Isère, Loire, Haute-Loire, Puy-de-Dôme, Savoie et Haute-Savoie), variant de 31,0 à 36,6. Les trois autres départements de la région ne différaient pas significativement de la moyenne nationale.

La broncho-pneumopathie chronique obstructive

La broncho-pneumopathie chronique obstructive (BPCO) est une maladie respiratoire chronique, attribuable au tabagisme dans plus de 80 % des cas. Le BSP de janvier 2019 traite des hospitalisations pour exacerbations de BPCO.

En 2015, tous sexes confondus, le taux d'hospitalisation pour exacerbation de BPCO s'élevait pour la France entière à 22,1 hospitalisations pour 10 000 habitants âgés de 25 ans ou plus.

Après standardisation sur l'âge, les taux régionaux variaient de 2,7/10 000 habitants à 31,7/10 000. Le taux de la région Auvergne-Rhône-Alpes est de 19,6, un taux inférieur de 10 à 20 % à la moyenne nationale

La mortalité par BPCO

La BPCO est globalement sous-déclarée sur les certificats de décès. En 2013-2014, tous sexes confondus, le taux annuel de mortalité par BPCO s'élevait pour la France entière (hors Mayotte) à **29 décès pour 100 000 habitants âgés de 45 ans ou plus**.

Au niveau régional, le taux est de 28,2/100 000 habitants, proche du taux national.

Les effets sanitaires cumulés du tabac : la mortalité liée aux principales pathologies associées à la consommation de tabac

Le dénombrement cumulé des décès pour les principales pathologies pour lesquelles le tabac est un facteur de risque important, (le cancer du poumon, les cardiopathies ischémiques et la BPCO) est une approche, simple à mettre en œuvre, mais biaisée. En effet, certains décès sont imputables à d'autres facteurs de risque comme les expositions professionnelles, l'exposition au radon domestique, l'alcool, etc ...

Prochainement, la méthode sera affinée, dès lors qu'on tiendra compte de l'estimation des fractions attribuables au tabac au niveau régional. Cela suppose de déterminer la proportion de cas d'une pathologie pouvant être attribuée au tabagisme chez des sujets exposés. De même qu'il sera nécessaire de prendre en compte le délai de latence entre le tabagisme et la survenue des décès associés, qui peut aller jusqu'à plusieurs dizaines d'année après l'exposition au tabac.

Entre 2013 et 2015, le taux de mortalité par cancer du poumon, cardiopathie ischémique et BPCO s'élevait, pour **la France entière, à 124,0/100 000 habitants**. Il était 3 fois plus élevé chez les hommes que chez les femmes (200,5 pour les hommes versus 69,3 pour les femmes).

Pour la région Auvergne-Rhône-Alpes, **le taux standardisé de mortalité par cancer du poumon, cardiopathie ischémique et BPCO des femmes** était de 65,2/100 000 habitants, proche du taux moyen national (69,3). Avec des variations, pour le Cantal : 77,6, pour l'Allier : 77,3 et pour le Puy de Dôme : 75,1. Dans ces trois départements, un taux standardisé de mortalité excédant de plus de 10 % le taux standardisé régional.

Chez les hommes, le taux de 193,3 en région Auvergne-Rhône-Alpes, proche du taux moyen national (200,5). Avec des variations, par exemple dans le Cantal, avec un taux de 217,0, excédant de plus de 10 % la mortalité moyenne de la région Auvergne-Rhône-Alpes.

Au total, la mortalité cumulée par cancer du poumon, cardiopathie ischémique et BPCO était estimée à 9 973 décès annuels sur la période 2013-2015 en Auvergne-Rhône Alpes.

Perspectives

Le grand mérite de ce bulletin de santé publique est de présenter un état des lieux avec les données les plus récentes, permettant d'évaluer la situation d'une addiction comme le tabagisme, dont on a des difficultés à saisir les impacts sur la santé publique.

Il faut souhaiter que l'ARS continue sur cette voie, à savoir, rassembler les données provenant des différents systèmes de surveillance sanitaire mis en œuvre par différents partenaires : l'OFDT, l'Inserm, l'INCa, Francim, les HCL et Santé publique France.

Pas de doute, de telles études permettent d'évaluer et de se représenter, à l'aide de graphiques, de tableaux et de cartes des territoires, les nombreuses inégalités et disparités existant entre femmes et hommes, entre générations, entre les régions et les départements.

Ce travail est le seul chemin pour mettre en œuvre et évaluer les actions locales de santé publique en matière de prévention de l'entrée dans le tabagisme et d'accompagnement des fumeurs souhaitant arrêter, notamment dans le cadre des programmes régionaux de réduction du tabagisme.

Pour les usagers, ce travail est remarquable, d'autant qu'il sera complété par d'autres études, notamment sur les comportements en matière d'approvisionnement, par des estimations régionales et départementales relatives aux hospitalisations et à la mortalité par BPCO. Enfin, par l'exploitation par l'OFDT de l'enquête nationale en collège et en lycée chez les adolescents, sur la santé et les substances (EnCLASS), qui apportera également des éléments utiles quant aux habitudes tabagiques des adolescents.

La lutte contre le tabac est une priorité nationale, et aussi régionale. Elle est réaffirmée dans la Stratégie nationale de santé et dans le Plan Priorité Prévention. Le Programme national de lutte contre le tabagisme 2014-2019 a mis en place des mesures importantes, comme le paquet neutre, le "Mois sans Tabac", l'autorisation de prescription de substituts nicotiques par de nouveaux professionnels de santé, etc. Le Programme national de lutte contre le tabac 2018-2022 a été publié le 28 juillet 2018, poursuivant la lutte contre le tabagisme.

Au niveau régional, la prévention et la réduction du tabagisme sont un des points importants du deuxième PRS (programme régional de santé). Elles figurent également dans les objectifs du schéma régional de santé Auvergne-Rhône-Alpes, notamment au sein du parcours de santé des malades chroniques, mais aussi du parcours de santé des jeunes (femmes enceintes, enfants et adolescents).

RECOMMANDATIONS

La CRSA réaffirme que la lutte contre le tabagisme est une priorité nationale.

Aussi se félicite-t-elle de l'état des lieux que l'ARS a conduit au niveau de la région Auvergne-Rhône Alpes, en lien étroit avec Santé Publique France. Produisant un document dont les données constituent un état des lieux particulièrement utile pour construire le programme régional de lutte contre le tabac et suivre à l'avenir l'atteinte de ces objectifs.

Elle encourage la production d'indicateurs de surveillance et de données relatives à la consommation et aux pathologies liées au tabagisme. Enfin, elle souhaite une évaluation des actions qui visent à restreindre la consommation de tabac, dans le droit fil des objectifs de diminution attendue des indicateurs du tabagisme quotidien dans la région.

A ce propos, elle rappelle qu'il est souhaité, au niveau de notre région :

- de diminuer, d'ici à 2020, à moins de 25 % la part des fumeurs quotidiens chez les 15-75 ans, qui s'élevait en Auvergne-Rhône-Alpes à 26,3 %, versus 26,9 % en France métropolitaine,
- et d'ici à 2022, d'abaisser à moins de 22 % la part des fumeurs quotidiens chez les 15-75 ans,
- de faire un effort supplémentaire pour les adolescents de 17 ans, afin d'abaisser, d'ici 2022, à moins de 20 % la part des fumeurs quotidiens, qui est l'objectif poursuivi au niveau national,
- de développer les actions probantes qui renforcent les compétences psychosociales permettant d'éviter l'addiction au tabac, afin que les enfants nés depuis 2014 deviennent la première génération d'adultes non-fumeurs (moins de 5 % de fumeurs).

Enfin, elle a soutenu la 4e édition du "Mois sans tabac" à laquelle 200 000 personnes ont participé. En téléchargeant 128 000 fois l'application d'e-coaching conçue par l'Assurance Maladie, Santé publique France et la Société francophone de tabacologie. Ou encore en recourant, plus de 22 700 fois, au 39 89, la ligne d'accompagnement téléphonique Tabac info service.

CHAPITRE 3 – Qualité des prises en charges et accompagnements

- **Les événements indésirables graves associés à des soins,**
- **Mesure de la satisfaction et de l'expérience des patients hospitalisés pour une chirurgie ambulatoire**

Les événements indésirables graves associés à des soins

*Rien n'est à craindre, tout est à comprendre*²⁴

L'année 2019 peut être considérée comme une année décisive, au plan de la transparence, de l'efficacité du système de santé, de la qualité et de la sécurité des soins : la Haute Autorité de santé (HAS), le 23 novembre 2019, a publié son rapport sur les événements indésirables graves associés aux soins (EIGS). C'est la deuxième année que la HAS effectue un travail approfondi de recensement national des EIGS, accompagné d'une analyse qu'elle rend publique.

Chacun mesure que la dispensation de soins est une activité technique et humaine complexe, non dénuée de risques. Des risques, parfois importants et lourds de conséquences pour le patient. Le travail de transparence qui est entrepris, de connaître et d'analyser les causes à l'origine des EIGS, est une entreprise courageuse et responsable, pour préconiser des solutions et éviter que ces événements indésirables ne se reproduisent.

Cette ambition de mieux parvenir à la maîtrise des risques, dès lors qu'ils sont évitables, se déploie pour le plus grand profit et des patients et des équipes de soins, mais aussi de la HAS, dont l'étude, de dimension nationale, a toute validité pour mettre en lumière des causes systémiques, proposer des solutions et adresser des recommandations.

Le premier rapport en 2018

C'est le 23 novembre 2018 que la HAS annonce, dans un communiqué, la parution de son premier rapport sur les EIGS. Dans ce message, elle affirme sa volonté de connaître de façon exhaustive les EIGS et d'en analyser les causes, afin d'éviter qu'ils ne se reproduisent. Dans le même temps, elle rappelle que chaque professionnel a l'obligation²⁵ de déclarer la survenue d'un événement indésirable grave associé aux soins (EIGS) et elle édicte des recommandations pour améliorer le fonctionnement du dispositif de déclaration.

L'obligation de déclaration

C'est depuis mars 2017 que les professionnels ont l'obligation de déclaration d'EIGS à l'Agence régionale de santé. Les déclarations complètes sont anonymisées et transmises par les agences régionales de santé (ARS) à la HAS, qui a pour mission de publier un rapport annuel assorti de recommandations. Tout professionnel, soit en exercice isolé, soit dans une structure sanitaire ou médico-sociale, impliqué dans la prise en charge d'un patient, est

²⁴ Marie Curie

²⁵ Décret n° 2016-1606 du 25 novembre 2016 relatif à la déclaration des événements indésirables graves associés à des soins et aux structures régionales d'appui à la qualité des soins et à la sécurité des patients

concerné par cette démarche. La déclaration qui utilise un formulaire prédéfini, s'effectue en deux étapes : le volet 1, sans délai, concerne les premiers éléments de compréhension de l'EIGS, sa gestion immédiate et les mesures conservatoires prises, le volet 2, dans les 3 mois, concerne l'analyse approfondie de l'événement, la compréhension des causes, ainsi que la mise en place d'un plan d'actions.

L'obligation de déclaration étendue au secteur médico-social

L'article 161 de la loi de modernisation du système de santé du 26 janvier 2016 a donné une base législative et réglementaire au signalement d'EIGS, dans le secteur des établissements et services médico-sociaux (ESMS), afin de renforcer la protection des personnes âgées et/ou en situation de handicap qu'ils accueillent. Le dispositif de déclaration des EIGS en ESMS a démarré au 1er janvier 2017²⁶.

Le signalement a été présenté par l'ARS AuRA comme intégré à la démarche de gestion des risques et d'amélioration continue de la qualité, dont l'évaluation est une obligation inscrite dans la loi du 2 janvier 2002. Le signalement constitue une conséquence des garanties légales reconnues aux personnes vulnérables. L'ARS rappelle aux établissements de l'ESMS qu'ils ont l'obligation d'assurer aux personnes accueillies "le respect de leur dignité, de leur intégrité, de leur vie privée, de leur intimité et de leur sécurité" (art. L. 311-3 - 1° CASF).

Dans la fiche REPERES²⁷, l'ARS, qui souhaite renforcer **la prévention de la maltraitance**, insiste sur l'importance de disposer, tant au niveau national qu'en région, d'éléments de connaissance quantitatifs et qualitatifs de ce phénomène en institution; de données plus fiables et exhaustives sur cette problématique, ainsi que sur les suites apportées aux signalements et réclamations d'usagers.

Le rapport de 2018

Le premier rapport fait le constat du démarrage effectif du dispositif de déclarations : 1 870 EIGS ont été déclarés de **mars à décembre 2017**, ce qui témoigne d'un bon début de mobilisation – à amplifier – des professionnels et des organisations sanitaires et médico-sociales.



²⁶ décret n°2016-1813 du 21 décembre 2016 (J. O. du 23/12/2016 – Code de l'action sociale et des familles, R331-8 à 10 nouveau).

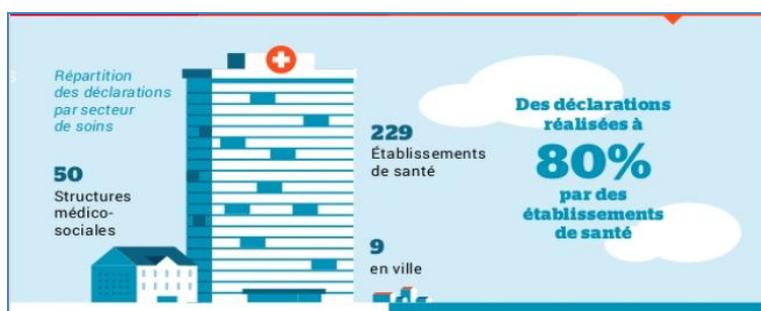
²⁷ REPÈRES Avril 2017 Qualité et sécurité des soins

Au total, 288 déclarations complètes et anonymisées transmises par les ARS

Sur les 1 870 déclarations initiales d'EIGS faites par les professionnels, **288 déclarations complètes et anonymisées** ont été transmises par les ARS à la HAS, qui les a analysées.

Ces 288 EIGS ont été déclarés principalement par les établissements de santé (80 %), par les structures médico-sociales (17 %) et par la ville (3 %).

Les EIGS entraînant des décès ont été les plus déclarés (44 %), suivis des EIGS dont les conséquences sont la mise en jeu du pronostic vital (37 %) et la survenue d'un probable déficit fonctionnel permanent (19 %).



Le repérage des risques permet d'effectuer des recommandations

Le nombre de déclarations a été jugé trop faible par la HAS pour en tirer des enseignements et des conclusions généralisables, sauf à bien identifier les risques plus fréquemment déclarés :

- **28 cas d'erreurs médicamenteuses, 36 événements générés par un geste opératoire ou technique, 51 cas de suicide, 43 cas de défaillances de diagnostic et 41 cas de chute.** Des risques bien identifiés, pour lesquels des recommandations de bonne pratique ont déjà été élaborées.
- La procédure de déclaration permet également à la HAS d'identifier d'autres risques, moins connus, en France : **des départs de feu lors de l'utilisation d'un bistouri électrique au bloc opératoire.**
- Un autre point d'amélioration a été retenu par la HAS : **l'information délivrée aux patients et à leurs proches** en cas d'EIGS. En effet, dans près d'un cas sur deux (hors décès), le patient ou ses proches n'ont pas été informés de la survenue du problème. La HAS rappelle que ce temps d'échange entre le soignant et le patient doit être systématique car, dans ces situations difficiles, il permet de prendre en compte les besoins et les attentes des personnes qui ont subi l'événement.
- Enfin, la HAS invite les professionnels à se saisir du rapport pour mieux réinterroger leurs pratiques.

Une première étude qui invite à amplifier la déclaration des EIGS

Très clairement, l'étude encourage l'ensemble des professionnels, où qu'ils exercent, à déclarer systématiquement les EIGS. En effet :

- le niveau de culture sécurité des professionnels et des institutions doit encore progresser,
- le risque associé aux soins ne dépend pas de la seule compétence individuelle des soignants, la prise de conscience concerne tous les acteurs concernés,
- la nécessité s'impose de privilégier **une culture non punitive de l'erreur** en cas d'accident, au profit d'une analyse approfondie des causes.

Le deuxième rapport de 2019

820 déclarations analysées en 2019

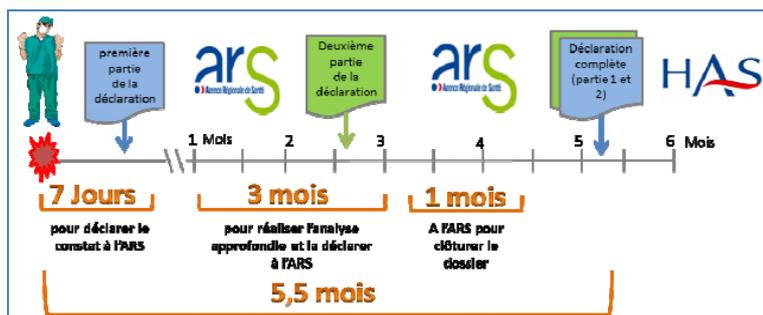


La HAS a rendu public son deuxième rapport, validé le 6 novembre 2019 par le Collège de la Haute Autorité de santé.

Le dispositif reste identique à celui de 2018, articulé autour des agences régionales de santé (ARS), des structures régionales d'appui à la qualité des soins et à la sécurité des patients (SRA) et la Haute Autorité de Santé (HAS). Ce rapport annuel porte sur 820 déclarations d'EIGS reçues à la HAS au 31 décembre 2018 et stockées dans une base de retour d'expérience. Les informations reçues à la HAS intègrent les deux parties du formulaire de déclaration, qui sont anonymisées avant réception.

Sur 3 536 déclarations initiées au total auprès des ARS, en région, seules 820, au final, ont fait l'objet d'une analyse. C'est un chiffre que la HAS estime encore trop timide, lié à une "sous-déclaration" et à une "qualité inégale" de ces dernières.

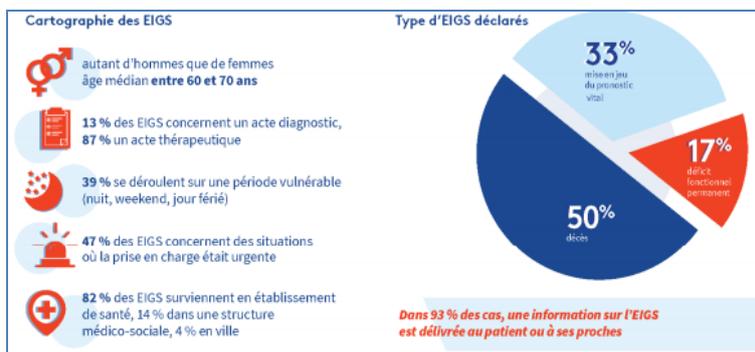
Délai de traitement d'un EIGS



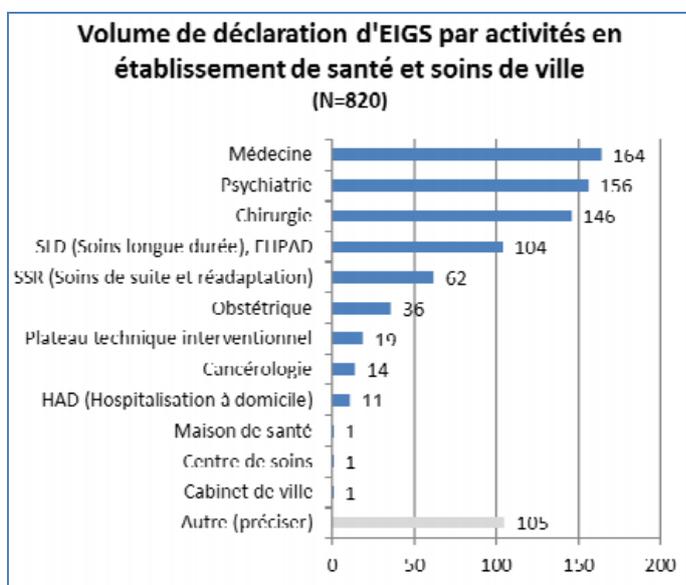
Le délai médian est de 5,5 mois entre la survenue de l'événement et la réception de la déclaration par la HAS.

Trois temps consécutifs sont à distinguer dans la gestion de la déclaration : le temps du constat, 7 jours, le temps de l'analyse, environ 3 mois, Le temps d'instruction = 35 jours, soit environ 1 mois.

Types d'EIGS déclarés



Les déclarations d'EIGS proviennent principalement des établissements de santé, pour 82 %, (dont 492 déclarations à l'hôpital public et 115 en clinique), puis du secteur médico-social pour 14 % et enfin de la ville pour 4 %. C'est le portail²⁸ des signalements des événements sanitaires indésirables qui réceptionne, dans 97 % des cas, les déclarations.



Le dispositif étant centré exclusivement sur la compréhension des événements les plus graves, la moitié des déclarations a comme conséquence le décès du patient, un tiers (33 %) la mise en jeu du pronostic vital et dans une moindre mesure, 17 %, un probable déficit fonctionnel permanent.

²⁸ <https://signalement.social-sante.gouv.fr>

L'EIGS est évitable dans 55 % des cas

Les soins délivrés aux patients ont principalement un but thérapeutique (87 %). Ils peuvent être délivrés, soit dans un contexte d'urgence, pour près de la moitié (47 %), soit lors d'une prise en charge programmée, pour l'autre moitié, (48 %).

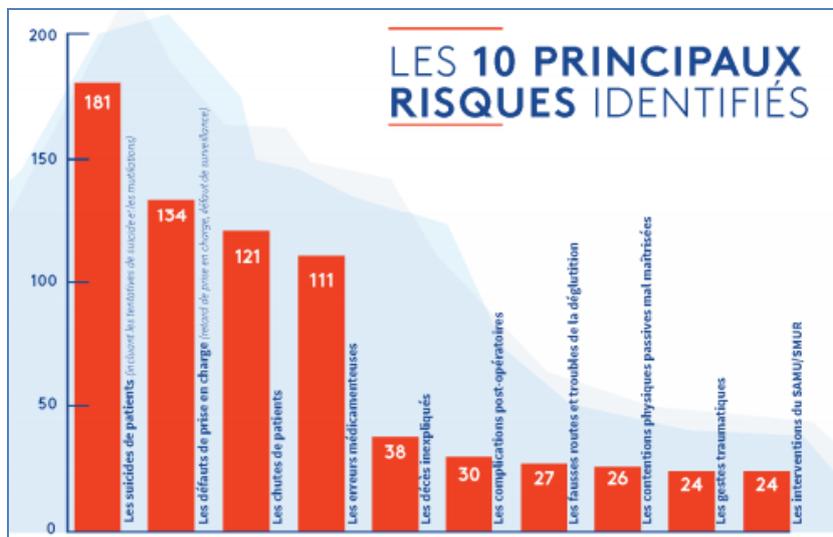
L'analyse de ces déclarations permet de confirmer que les périodes vulnérables (nuit, week-end, jour férié) sont fréquemment celles où survient un EIGS (39 % des déclarations) et que la majorité d'entre elles (55 %) sont considérées comme évitables, même si, dans 62 % des cas, on considère que la situation clinique du patient est jugée complexe.

Parmi les conséquences de ces événements indésirables graves, le décès du patient est la plus déclarée (50 %), puis arrive la mise en jeu du pronostic vital (33 %) et un probable déficit fonctionnel permanent (17 %).

Identification des risques

L'outil d'analyse textuelle et de traitement statistique développé par la HAS a permis de saisir les informations transmises dans les déclarations et de lister 10 principaux risques. Au premier rang, la HAS a identifié : les suicides de patients, les chutes de patients, les erreurs médicamenteuses. Trois problématiques que la HAS a inscrites dans son programme aux fins d'aboutir à des premières préconisations en 2020.

Par ailleurs, l'étude a constaté que les périodes vulnérables (nuit, week-end, jour férié) sont fréquemment celles où survient un EIGS (39 % des déclarations).



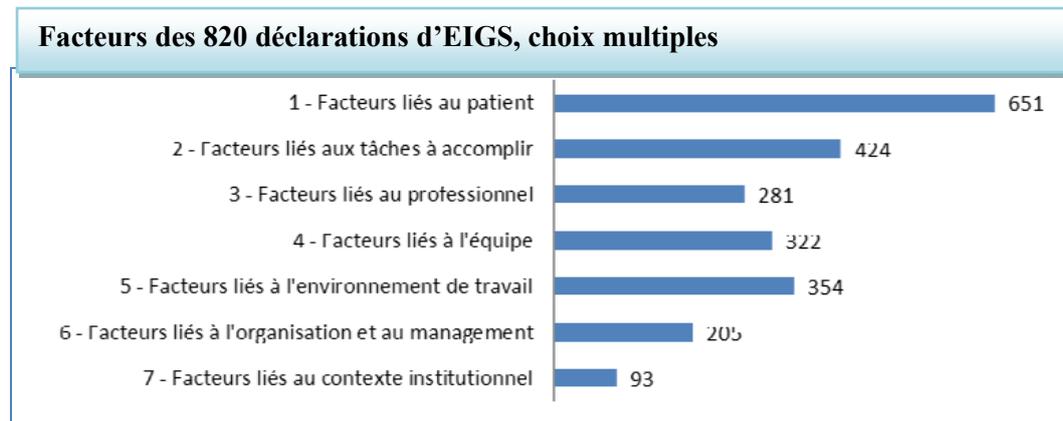
- Les suicides,
- Les défauts de prise en charge,
- Les chutes,
- Les erreurs médicales,
- Les décès inexplicables,
- Les complications postopératoires,
- Les troubles de la déglutition,
- Les contentions psychiques,
- Les gestes traumatiques,
- Les interventions

Parmi tous les risques identifiés, la HAS relève des défauts de prise en charge (retard de prise en charge, défaut de surveillance), des problèmes liés à des contentions physiques passives mal maîtrisées, des gestes traumatiques ou encore aux interventions des SAMU/SMUR. Cette année, la HAS a ajouté à son programme des travaux sur les activités des SAMU et des SMUR.

Défaut de communication, cause de défaillance

Toute une série de facteurs peut expliquer un EIGS : le patient lui-même (antécédents, état de santé et traitement), les tâches à accomplir (protocoles absents, inadaptés ou non utilisés), le professionnel de santé lui-même (qualification, compétence, stress) ou l'équipe de soins (défaillance dans l'information ou la coordination). D'ailleurs, le rapport souligne que la communication entre professionnels est la première cause de défaillance de l'équipe.

Des résultats similaires sont retrouvés dans la base de retour d'expérience des événements déclarés dans le cadre de l'accréditation des médecins. Concernant les facteurs environnementaux, la Haute autorité estime que la charge et le temps de travail, les fournitures et équipements et les locaux sont des facteurs qui prédominent.



Éléments se rapportant aux déclarations d'EIGS

Il ressort de l'analyse des déclarations que :

- les circonstances immédiates de l'événement ont été maîtrisées (96 %) et des mesures immédiates ont été prises (86 %),
- des actions ont été mises en œuvre, à l'issue de l'analyse de l'EIGS (90 %), avec notamment des mesures d'accompagnement du patient ou des proches (84 %).
- l'information du patient ou des proches est réalisée (93 %), mais dans 7 % des situations, aucune information n'est délivrée,
- "l'état de santé du patient" est la cause profonde la plus sélectionnée par les déclarants, une cause jugée comme "certainement trop superficielle", par le rapport,
- 96 % des analyses ont été réalisées avec la participation de l'équipe soignante.

Préconisations pour améliorer la sécurité des patients

La HAS a identifié quatre axes de travail prioritaires :

- la réalisation d'une étude de risques sur les EIGS liés à l'utilisation des systèmes d'information,
- le renforcement de l'analyse des EIGS par les professionnels de santé face à un décès inexplicé du patient,

- la mise en œuvre des bonnes pratiques concernant la contention physique de la personne âgée,
- l'isolement et la contention des patients dans le champ psychiatrique.

Des freins à un fonctionnement optimal du dispositif

La HAS reconnaît les limites de son dispositif. Aussi, propose-t-elle des pistes d'amélioration :

- optimiser le processus informatique de traitement des déclarations d'EIGS, pour un meilleur suivi des déclarations entre les ARS et la HAS,
- renforcer l'information sur le dispositif et la culture déclarative, auprès d'un maximum d'acteurs des secteurs sanitaires et médico-sociaux,
- développer un guide pédagogique sur l'analyse approfondie des EIGS avant transmission à la HAS,
- réaliser dans les organisations sanitaires et médico-sociales un audit du dispositif de déclarations des événements indésirables associés aux soins et la mise en œuvre des actions d'améliorations correspondantes.

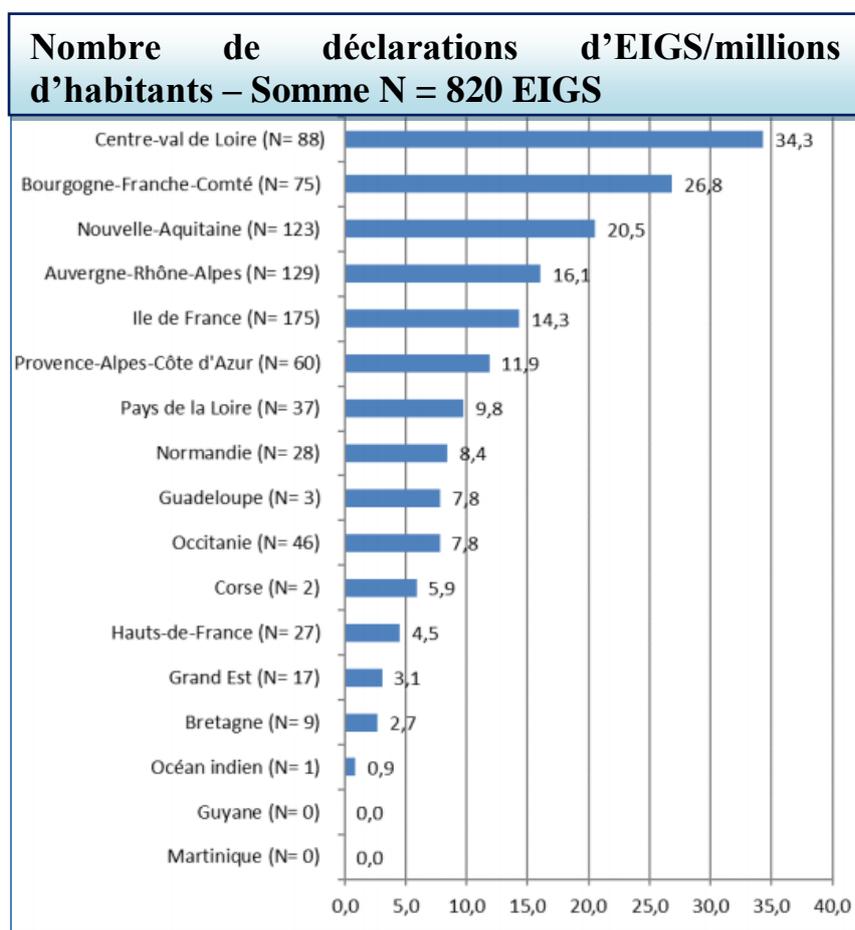
Origine des déclarations d'EIGS par régions

Auvergne-Rhône-Alpes	129
Bourgogne-Franche-Comté	75
Bretagne	9
Centre-val de Loire	88
Corse	2
Grand Est	17
Guadeloupe	3
Guyane	0
Hauts-de-France	27
Île-de-France	175
Martinique	0
Normandie	28
Nouvelle-Aquitaine	123
Occitanie	46
Océan indien	1
Pays de la Loire	37
Provence-Alpes-Côte d'Azur	60
Total	820



Le nombre de déclarations entre régions varie en fonction de la densité des soins délivrés (population, nombres d'établissements et de professionnels). De plus, toutes les ARS n'ont pas les mêmes modèles d'organisation.

Les chiffres présentés dans le rapport ne correspondent pas à la réalité du nombre d'EIGS. Ils n'ont pas de valeur épidémiologique ou statistique généralisable à l'ensemble de la population ou des soins, pour caractériser les risques au sein d'un secteur d'activité. Pour autant, ils rendent compte de l'activité déclarative des professionnels de santé. Cela peut ne pas correspondre à la réalité du nombre d'EIGS. En effet, la HAS n'a aucune information sur les modalités de traitement que les ARS utilisent dans la phase 1, de réception de la déclaration initiale.



On peut rechercher le nombre d'EIGS déclarés par millions d'habitants²⁹. Les résultats donnent une approche du fonctionnement du dispositif plus adaptée à la dimension de chaque région.

Pour ce qui concerne l'ARS AuRA, avec ses 129 déclarations, elle se situe au 4^{ème} rang, après le Centre-Val de Loire, la Bourgogne-Franche Comté et la Nouvelle Aquitaine.

²⁹ Source : Insee - estimations de populations (résultats provisoires arrêtés fin 2018). <https://www.insee.fr/fr/statistiques/1893198>

En conclusion

Il convient de saluer l'importance des deux rapports, de 2018 et de 2019. Cette première collecte et analyse des EIGS permet de lister les préconisations efficaces qui amélioreront à terme la sécurité et renforceront la qualité des soins.

La directrice de la HAS ne cache pas que les déclarations sont trop faibles au regard de la réalité des EIGS révélée par les études ENEIS³⁰. Elle se fonde, pour émettre cette observation, sur l'enquête nationale sur les événements indésirables liés aux soins, publiée par la DREES le 18.06.2010, qui évaluait le nombre d'EIGS, survenus pendant une hospitalisation, à une fourchette allant de 275 000 à 395 000 par an, dont un tiers étant considérés comme évitables.

Au-delà de la sous-déclaration regrettable des EIGS, il faut souligner également la "non-maturité" du dispositif caractérisée par des déclarations de qualité inégale et des analyses parfois non abouties, pour 54 % d'entre elles.

La directrice de la HAS émet l'hypothèse que les professionnels de santé redoutent la sanction. Aussi, plaide-t-elle pour en finir avec la culture du blâme. La déclaration des accidents et une culture positive de l'erreur bénéficient à tous : patients, professionnels et organisations. Elle insiste sur le fait que la déclaration est un enjeu majeur pour la qualité et la sécurité du système de santé. Sur la nécessité de comprendre et identifier les causes profondes des EIGS et ainsi d'en diminuer le nombre et accroître la sécurité des patients.

Bref, il s'agit d'un appel à la mobilisation des professionnels de santé, face à la nécessité de promouvoir les bonnes pratiques et d'appliquer les recommandations. La CRSA ne peut que soutenir et encourager les professionnels de santé à se mobiliser.

³⁰ DREES, 2011, « [Enquête Nationale sur les Événements Indésirables graves associés aux Soins - Description des résultats 2009](#) », Document de travail, DREES, Série Études et Recherche, n° 110, septembre.

RECOMMANDATIONS

La CRSA encourage la HAS à poursuivre le travail entrepris depuis 2017 sur les événements indésirables graves associés aux soins, affirmant que l'analyse rétrospective de ces événements, tant au niveau de la HAS qu'à celui des professionnels de santé, permettra d'améliorer la qualité des soins et la sécurité qu'attendent tous les usagers.

Aussi soutient-elle l'ARS qui s'est investie dans ce dossier, et tous les professionnels de santé qui coopèrent au niveau régional, pour accroître le niveau de culture sécurité.

La dispensation de soins n'est pas une activité technique et humaine banale. L'acte médical est empreint de complexité et comporte des risques, parfois importants et lourds de conséquences pour le patient. C'est la raison pour laquelle, la CRSA souligne la pertinence du travail de transparence qui est entrepris. Il importe de connaître et d'analyser les causes à l'origine des EIGS. Cette entreprise responsable ouvrira la voie à des recommandations et des préconisations de solutions pour éviter qu'ils ne se reproduisent.

L'ambition de mieux parvenir à la maîtrise des risques, dès lors qu'ils sont évitables, se déploie pour le plus grand profit et des patients et des équipes de soins, mais aussi de la HAS, dont l'étude de dimension nationale a toute validité pour mettre en lumière des causes systémiques, proposer des solutions et adresser des recommandations.

Mesure de la satisfaction et de l'expérience des patients hospitalisés pour une chirurgie ambulatoire (e-Satis MCOCA)

L'année 2019 peut être considérée comme une année décisive, au plan de la transparence, de l'efficacité du système de santé, de la qualité et de la sécurité des soins : la Haute Autorité de santé (HAS) a mis en ligne le 13 décembre 2019, son deuxième rapport sur la mesure de la satisfaction et de l'expérience des patients à la suite d'une chirurgie ambulatoire.

Faut-il redire qu'il est fondamental, aujourd'hui de recueillir le point de vue des patients ? Non, la culture de la mesure et de l'évaluation est largement partagée dans le monde la santé, tant par les professionnels que par les usagers. C'est d'ailleurs une des conditions de l'amélioration de la qualité des soins dans les établissements de santé. Un objectif qui est d'ailleurs porté par la Stratégie de Transformation du Système de Santé (STSS) «Ma santé 2022».

Depuis janvier 2015, la HAS est responsable du pilotage de l'enquête nationale de mesure de la satisfaction et de l'expérience des patients hospitalisés : e-Satis. Depuis mai 2018, chaque patient ayant une chirurgie en ambulatoire dans une clinique ou un hôpital, peut donner son avis sur son séjour à l'aide d'un questionnaire sécurisé en ligne. Le rapport 2019 "droits des usagers" de la CRSA Auvergne-Rhône-Alpes en a rendu compte l'année dernière.

Le questionnaire comprend 62 questions qui rendent compte de la satisfaction et de l'expérience du parcours du patient :

- l'organisation avant hospitalisation,
- l'accueil du patient,
- la prise en charge médicale et paramédicale du patient,
- la chambre et la collation,
- l'organisation de la sortie et le retour au domicile.

L'exploitation des réponses recueillies permet à la HAS d'affecter à l'établissement de santé un score de satisfaction globale et d'expérience, exprimé sur 100. Ces résultats sont diffusés publiquement.

Participation des établissements de santé

990 établissements concernés

La mesure d'e-Satis concerne tous les établissements de santé qui prennent en charge des patients hospitalisés pour une chirurgie en ambulatoire. La participation des établissements de santé MCO chirurgie ambulatoire a concerné, en 2019, 990 établissements inscrits, au total, se répartissant comme suit :

- 890 pour lesquels la participation était obligatoire, avec 39 établissements (4,4 %) qui n'ont pas répondu et **851 établissements** (95,6 %) qui ont participé
- 100 pour lesquels la participation était facultative, dont **55 établissements** (55 %) ont participé.

La participation des établissements est en progression

Une évaluation qui présente de l'intérêt pour les établissements :

- 906 établissements ont participé à la campagne. La proportion des non-répondants a beaucoup baissé par rapport à 2018, passant de 13 % à 4,4 %.
- La participation des établissements avec participation facultative a également augmenté : 55 % en 2019 vs 33 % en 2018.

Plus de e-mails de patients : 44,8 % des hospitalisés déposent leur e-mail

La population cible ayant eu une chirurgie ambulatoire, concernée par le questionnaire correspond à plus de **3.4 millions patients**. Lors de la campagne nationale, **1 565 361 e-mails de patients** ont été déposés sur la plateforme e-Satis, ce qui **représente 44,8 % de la population cible**.

Ce taux de couverture est donc largement en augmentation, car il était de **16,6 % en 2018**. Une évidence : un net effort de participation réalisé par les établissements de santé.

La participation des patients est importante

429 120 patients (137 331 questionnaires complets en 2018 sur une campagne de 6 mois) retournent le questionnaire rempli complètement.

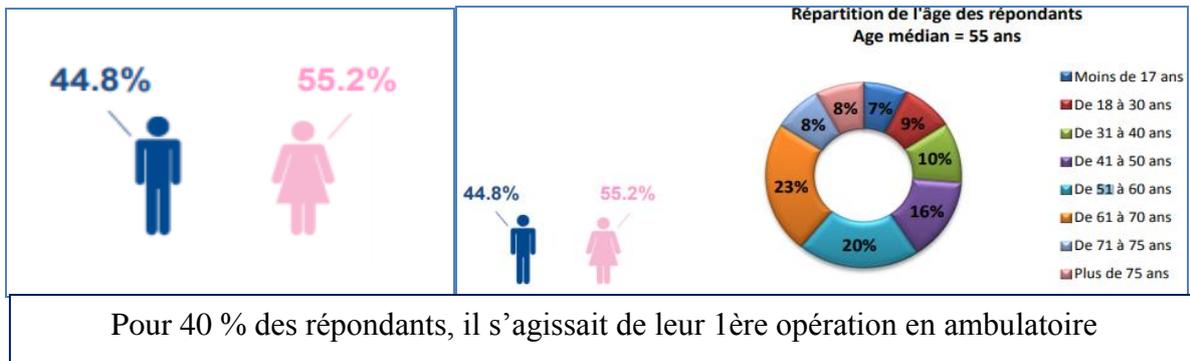
Malgré ce nombre important de réponses, le taux de réponse a légèrement baissé en 2019, puisqu'il est passé de 29,1 % en 2018 à 27,4 % en 2019.

Qui sont les patients répondants ?

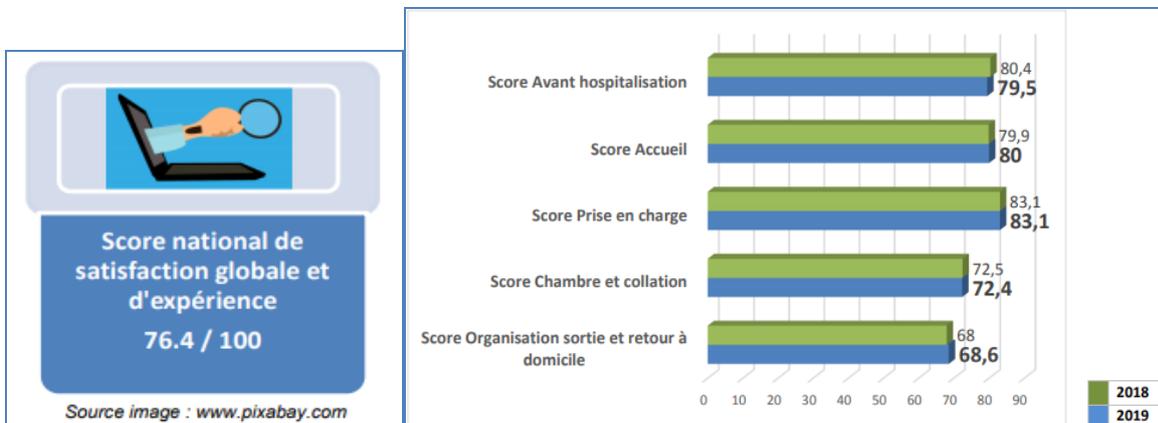
Les répondants ont un âge médian de 55 ans. Ils se répartissent comme suit :

- 23 % des répondants ont entre 60 et 70 ans,
- 16 % plus de 70 ans.

Le temps médian de réponse est de 9 minutes pour l'ensemble des participants. A partir de plus de 65 ans, il passe à 10 minutes.



Scores nationaux 2019 de la satisfaction globale et d'expérience des patients hospitalisés pour une chirurgie ambulatoire



Le score national est semblable à celui de 2018

- un quart des patients donnent un score entre 0 et 68,8/100,
- un quart donnent un score compris entre 85,9 et 100.

Comme lors de la dernière campagne 2018, **des points à améliorer** :

- les résultats vis-à-vis de l'organisation de la sortie et du retour à domicile (68,6/100) sont les plus bas.
- les résultats vis-à-vis de la qualité de la collation et de la chambre (72,4/100).

Résultats détaillés nationaux

L'analyse dans le détail du questionnaire e-Satis MCO CA permet d'effectuer de multiples constats :

Tout d'abord, une bonne appréciation globale

9 patients sur 10 jugent l'ensemble de leur prise en charge (pré-hospitalisation, accueil, prise en charge, chambre et repas/collation, sortie, retour à domicile) comme bonne à excellente.

En amont de l'hospitalisation – un score de 79,5/100

- Les informations données avant l'opération sont satisfaisantes pour les patients. Leur qualité est jugée bonne. Par contre, 40 % des patients n'ont pas reçu d'ordonnance (médicament pour soulager une éventuelle douleur) avant leur opération.
- Les $\frac{3}{4}$ des patients ont été recontactés par l'établissement pour un rappel des consignes (sms, appel téléphonique, message sur répondeur, ...). Il s'agit du passeport ambulatoire.

Simplicité des démarches administratives – un score = 80/100

- Les patients sont très satisfaits de la simplicité des démarches administratives et de l'accessibilité jusqu'au service où a lieu leur opération.
- 9 patients sur 10 jugent l'accueil par le personnel "bon" à "excellent" (explications sur le déroulement de la journée, politesse, amabilité), et sont très satisfaits de l'identification des professionnels.

Prise en Charge du patient – un score = 83,1/100

Attente avant opération :

- 17,3 % des patients ne sont pas satisfaits de l'attente avant l'opération (jugé de "moyen" à "mauvais").

Soutien des professionnels :

- Plus de la moitié des patients ont ressenti de l'inquiétude et de l'anxiété, dont 6,3 % de façon "intense" à "extrêmement intense".
- Plus de 9 patients sur 10 se sont sentis soutenus par les professionnels et mis en confiance dans le bloc opératoire.

Prise en charge de la douleur :

- La moitié des patients n'a pas ressenti de douleur suite à l'opération. Ceux qui en ont ressenti sont globalement satisfaits de la prise en charge de ces douleurs.

Respect de l'intimité :

- 9 patients sur 10 sont très satisfaits du respect de leur intimité.

Respect de la confidentialité :

- 9 patients sur 10 sont très satisfaits du respect de la confidentialité.

Chambre et collation – un score = 72,4/100 :**Chambre/box individuel :**

- Le 1/3 des patients était dans un espace commun et non dans une chambre individuelle, mais 84,2 % des patients sont tout de même très satisfaits du respect de leur intimité et de leur dignité dans ces espaces (de "bon" à "excellent").
- Par contre, 1 patient sur 5 juge le confort de son espace de "moyen" à "mauvais".
- 13,7 % des patients n'avaient pas d'endroit personnel pour ranger ses affaires (placard, vestiaire, etc...).

Collation : "

- 94 % des patients ont pris une collation : plus de 80 % d'entre eux jugeaient sa qualité "bonne" à "excellente".

Organisation de la Sortie et retour à domicile – un score = 68,6/100**Délai d'attente pour voir un médecin :**

- 1 patient sur 5 n'est pas satisfait du délai d'attente pour voir un médecin avant de sortir.

Informations reçues sur les traitements après la sortie :

- 87,6 % des patients jugent les informations sur les traitements à prendre après la sortie (nouveaux médicaments, reprise de traitement) "bonnes" à "excellentes".

Informations reçues sur les signes ou complications devant les amener à recontacter l'établissement en urgence :

- 1 patient sur 4 n'a reçu aucune information sur les signes ou complications devant l'amener à recontacter l'établissement en urgence.

Informations reçues sur le suivi après leur sortie :

- 81,3 % des patients ont reçu des informations sur le suivi (prochain rendez-vous, prochaine étape) après la sortie.
- 9 patients sur 10 ayant reçu des informations sur un des 2 aspects ci-dessus jugent que l'information délivrée est «bonne» à «excellente».

Numéro de téléphone en cas d'urgence

- 71,2 % des patients ont reçu un numéro de téléphone de la personne ou le service à contacter en cas d'urgence, et 12,4 % ne se souvient plus d'en avoir eu un.
- 6,8 % ont eu besoin d'appeler ce numéro après leur sortie.

Remise d'une lettre de liaison :

- 1 patient sur 4 n'a reçu aucun document à sa sortie contenant des informations sur son intervention et son suivi (lettre de liaison).

Soutien des professionnels :

- 87,7 % des patients se sont sentis rassurés par les professionnels au moment de leur sortie. Contact à J+1 / J+3 après retour à domicile.
- La moitié des patients (55,1 %) a été contactée entre 1 et 3 jours après leur sortie (sms, appel téléphonique).
- Les patients contactés étaient très satisfaits de la qualité du contact (94,6 % de "bon" à "excellent").

Satisfaction après retour à domicile (sentiment de sécurité, de tranquillité)

- Après retour à domicile, 9 patients sur 10 sont très satisfaits (sentiment de sécurité, tranquillité).

Classement des établissements de santé en 2019

793 établissements classés : plus de la moitié des établissements classés A ou B (53,3 %)

Pour rappel, 906 établissements étaient participants :

- 793 établissements sont intégrés au classement national, dont 16,1 % sont classés A et 37,2 % sont classés B. La classe A correspondant à la meilleure classe en termes de satisfaction et la classe D la moins bonne.
- 113 établissements n'ont pas été intégrés au classement national : 61 établissements dont la participation n'a pas été validée, parce qu'insuffisante et 52 établissements parce que le nombre de questionnaires exploitables a été inférieur à 30 et n'a pas été fiable.

Nombre d'établissements de santé au niveau géographique par classe en fonction de leur type									
Type d'établissement de santé	Classe A Score ^a ≥ à 79.7		Classe B Score ≥ à 76.5 et < à 79.7		Classe C Score ≥ à 73.1 et < à 76.5		Classe D Score < à 73.1		Total Classés
Centres Hospitaliers	57	25.8%	101	45.7%	48	21.7%	15	6.8%	221
Établissements appartenant aux Centres Hospitalo-Universitaires	6	7.8%	26	33.8%	36	46.8%	9	11.7%	77
Centres de Lutte Contre le Cancer	16	80%	4	20%	0	0	0	0	20
Etablissements de santé privés à but lucratif	33	8%	136	33%	181	43.9%	62	15%	412
Etablissements de santé privés à but non lucratif	16	26.7%	26	43.3%	17	28.3%	1	1.7%	60
GCS	0	0	2	66.7%	0	0	1	33.3	3
Total (%)	128	16.1%	295	37.2%	282	35.6%	88	11.1%	793

Résultats pour la région

Ce tableau est fourni à titre informatif, il ne permet pas la comparaison entre les régions, du fait du nombre très variable d'établissements intégrés dans le classement d'une région à l'autre. Il permet de donner une vision d'ensemble de la répartition des établissements de santé par classe dans chaque région.

Répartition des établissements de santé par région et par classe en pourcentage									
	A		B		C		D		
Régions	N	%	N	%	N	%	N	%	Nombre Ets
Auvergne- Rhône- Alpes	11	9,9 %	46	41,4 %	32	28,8 %	5	4,5 %	94
TOTAL FRANCE	128	16,1 %	295	37,2 %	282	35,6 %	88	11,1 %	793

On notera simplement que plus de la moitié des établissements de notre région sont classés en A et B.

En conclusion

Il faut saluer cette deuxième évaluation. C'est une réussite : presque un millier d'établissements concernés, sur une période d'un an, de novembre 2018 à novembre 2019, avec plus de trois millions de patients concernés. Un nombre croissant d'établissements participant à la démarche. Une participation des patients toujours plus importante : 429 000 patients ont répondu entièrement à e-Satis !

Il faut se féliciter des résultats obtenus. En effet, les scores nationaux sont stables, à 76,4/100, comme lors de la campagne précédente en 2018. Parmi les 793 établissements intégrés au classement national, 53,3 % sont classés en A et B et 11,1 % en D. 14 % des établissements ont améliorés leurs résultats et 71 % sont stables.

Deux axes d'amélioration se dessinent nettement : l'organisation de la sortie et du retour au domicile, ainsi que la transmission des informations afin de permettre la continuité des soins.

Le dispositif national e-Satis doit continuer de s'étendre aux autres domaines de prise en charge. C'est important de permettre à tous les patients de s'exprimer. Il est d'ailleurs possible d'annoncer que la HAS oriente ses travaux en direction des patients hospitalisés en soins de suite et réadaptation fonctionnelle (SSR) et ceux qui sont en hospitalisation à domicile (HAD).

Ces deux enquêtes ont le mérite de dépasser la recherche de qualité qui se fondait, hier encore, quasi exclusivement sur le respect des bonnes pratiques cliniques et organisationnelles évalué par les professionnels. Aujourd'hui, la mesure de l'expérience et de la satisfaction des patients permet de porter un regard complémentaire aux indicateurs de qualité historiquement recueillis. Les usagers soutiennent cette culture du résultat, comme ils encouragent le développement d'e-Satis, qui donne la parole aux patients en leur permettant de témoigner sur leur expérience, de façon anonyme et sécurisée.

Les usagers bénéficient aujourd'hui d'un travail diffusé nationalement. De leur côté, les établissements ont un retour appréciable. Tant au plan des indicateurs de structures ou de ressources, leur permettant de savoir s'ils ont les moyens de bien faire. Tant, au plan des indicateurs de résultats, qui leur permettent d'évaluer s'ils ont de bons résultats.

Les usagers soutiennent cette démarche innovante. Le score de satisfaction rend compte de la qualité de la prise en charge à partir d'un faisceau de questions touchant aux notions d'écoute, de soutien, de respect de l'intimité, de respect de la confidentialité, de prise en charge de la douleur, ... autant d'éléments que seul le patient est le plus à même de communiquer et de juger.

La CRSA soutient cette démarche. C'est une voie féconde pour permettre aux établissements de repérer les points à améliorer. Ainsi, chaque patient peut aider à identifier des axes de progrès et collaborer avec les professionnels à l'amélioration du service rendu.

RECOMMANDATIONS

La CRSA constate que le dispositif national e-Satis, destiné aux patients hospitalisés pour une chirurgie ambulatoire, enregistre pour la deuxième année une évolution tout à fait encourageante. Plus de 429 000 questionnaires complets ont été retournés, portant le taux de réponse 2019 à plus de 27 %. Enfin, le taux global de satisfaction des patients est semblable à celui de 2018, soit un score de plus de 76 %.

Face à des résultats contrastés enregistrés dans certains secteurs du parcours de soins, la CRSA souhaite que les établissements, dans le secteur de la MCO ambulatoire, procèdent aux remédiations nécessaires :

- dans la période qui précède l'hospitalisation, mais aussi celle qui correspond à la sortie, afin que les patients disposent de toutes les informations nécessaires et utiles à la bonne coordination de leur parcours,
- dans l'organisation de la sortie et du retour à domicile du patient, qui est un axe principal d'amélioration. La transmission des informations doit être améliorée afin de permettre la continuité des soins.
- l'attente avant opération, qui est souvent un temps anxiogène,
- la qualité des chambres ou des espaces dédiés à la chirurgie ambulatoire,
- enfin, sur l'obligation de donner à tous les patients sortant toutes les informations indispensables sur les signes ou complications devant les amener à recontacter l'établissement en urgence.

CHAPITRE 4 - SANTE & ENVIRONNEMENT

- **La qualité de l'air**
- **La qualité de l'eau**
- **Le logement insalubre**

LA QUALITE DE L'AIR



La qualité de l'air, un enjeu de santé publique

Comme le souligne et le rappelle fortement SPF (Santé Publique France), la pollution atmosphérique demeure un enjeu de santé publique en France et dans le monde. Les niveaux de polluants observés dans l'atmosphère constituent des risques importants pour la santé. Clairement, il importe de diminuer l'exposition à ces polluants.

Une inquiétude réellement prise en compte

SPF a mis en place, depuis une vingtaine d'années, **un programme de surveillance air et santé** (Psas) qui a fêté ses 20 ans, en décembre 2017. Le programme du Psas, c'est :

- mesurer l'ampleur du phénomène de dégradation de la qualité de l'air. A cet effet, depuis la création du Psas, 120 évaluations quantitatives d'impact sanitaire (EQIS) ont été produites sur 55 zones urbaines françaises, ce qui représente un peu plus de 21 millions d'habitants,

- évaluer, dans le cadre de la surveillance mise en place, les effets sanitaires à long terme de la pollution. Une première alerte : une augmentation de 10 $\mu\text{g}/\text{m}^3$ des PM_{2.5} se traduit par une augmentation de 15 % du risque de mortalité non-accidentelle,

- la pollution par les particules fines en France continentale représente plus de 48 000 décès chaque année, correspondant à une perte moyenne d'espérance de vie à 30 ans, de 9 mois.

L'impact de la pollution de l'air sur la santé

La santé publique s'est donnée pour mission d'alerter sur la pollution atmosphérique qui est un enjeu à l'échelle de la planète. Les publications de Santé publique France en attestent, ainsi que l'Organisation mondiale de la santé et la littérature internationale.

La causalité directe entre l'exposition à la pollution atmosphérique et certaines pathologies est mise en évidence. Ces études qui ont porté sur des suivis de cohortes dans la durée, apportent la preuve que la pollution peut générer des cancers, des pathologies respiratoires (asthme,

BPCO...). Les pathologies chroniques se développent après plusieurs années d'exposition, mais aussi, au jour le jour, même à de faibles niveaux de concentration.

Les effets les moins graves et les plus courants sont la toux, l'hypersécrétion nasale, l'expectoration, l'essoufflement, l'irritation nasale, des yeux et de la gorge... Des effets plus graves, respiratoires ou cardiovasculaires, peuvent aussi apparaître et conduire à l'hospitalisation, voire au décès.

Quelques rappels

La pollution de l'air se caractérise par la présence, dans l'air intérieur ou extérieur, d'un ensemble de gaz et de particules en suspension dont les niveaux de concentration peuvent varier, et qui sont nuisibles pour la santé et l'environnement.

Diverses sources de pollution :

Des pollutions naturelles : les pollens, les poussières du désert, et les poussières et gaz rejetés par les volcans lors des éruptions, notamment.

Des pollutions appelées anthropiques, nées de l'activité humaine et qui peuvent être :

- primaires, comme celles qui proviennent du trafic routier, des industries, du chauffage, de l'agriculture... C'est par exemple les oxydes d'azote (NOx), le dioxyde de soufre (SO₂), les composés organiques volatiles (COV), les hydrocarbures et certains métaux (plomb, cadmium...).

- secondaires, créées dans l'atmosphère via des réactions chimiques entre des polluants. Il s'agit notamment de l'ozone, du dioxyde d'azote, des particules ultrafines ...

Les particules en suspension dans l'air (PM10 et PM2.5) constituent une catégorie générique qui comprend des particules primaires et des particules secondaires.

La pollution de l'air intérieur :

On notera que ces polluants peuvent également être retrouvés dans les milieux intérieurs (logement, bâtiments professionnels, lieux accueillant du public...). Les sources de pollution y sont également nombreuses : cuisine, tabagisme, moisissures, matériaux de construction, meubles, acariens, produits d'entretien, peintures, poils d'animaux... C'est ce que l'on appelle la pollution de l'air intérieur. Nous y sommes aussi fortement exposés du fait du mode de vie actuel, la majorité de la population générale passe environ 80 % de son temps dans ces espaces clos de plus en plus confinés.

Qui est concerné ?

La pollution atmosphérique touche l'ensemble du territoire et aucune région n'est épargnée. Chaque personne est exposée à la pollution atmosphérique. Ce n'est pas l'apanage des villes. La pollution d'origine agricole ou liée au chauffage au bois est importante suivant les saisons. De plus, les polluants sont dispersés sur de grandes étendues et de grandes distances. Les zones péri-urbaines sont particulièrement concernées par la pollution due à l'ozone. Les polluants rejetés sont transportés par les vents.

Ceci dit, certaines populations présentent plus de vulnérabilités : les femmes enceintes, les nourrissons et enfants de moins de 5 ans, les personnes âgées, ayant moins de défenses, les personnes souffrant de pathologies chroniques (maladies respiratoires chroniques, allergies,

asthme, maladies cardio-vasculaires, diabète par exemple), les fumeurs, les travailleurs et personnes pratiquant une activité en extérieur soumises à une exposition plus importante en raison d'une augmentation de la ventilation respiratoire.

Les principaux polluants d'origine anthropique et leurs sources

Polluant	Symbole ou abréviation	Sources
Composés organiques volatiles (benzène...)	COV	Présents dans l'air intérieur ou en milieu urbain en raison de la combustion du bois, des gaz d'échappement automobiles, de l'utilisation de solvants...
Dioxyde d'azote	NO2	Transport routier, centrales thermiques, installations de chauffage, usines d'incinération, cuisinières à gaz...
Dioxyde de soufre	SO2	Centrales thermiques, installations de chauffage, grosses installations industrielles, opérations de raffinage et de fusion
Métaux lourds (cadmium, mercure...)		Incinération des déchets, métallurgie de l'acier, combustion de produit fossile
Monoxyde de carbone	CO	Activités industrielles, combustion des carburants, métallurgie
Ozone	O3	Formation majoritairement en milieu urbain, au contact de certains polluants et sous l'action de la chaleur et des rayons UV ou de rayon laser, d'une haute tension électrique, ou de décharges électrostatiques
Particules fines (<2,5 µm)	PM2,5	Combustion industrielle, installations de chauffage, incinérateurs, moteurs, éruptions volcaniques, vents de sable
Particules fines (<10 µm)	PM10	

Quels sont les risques ?

Quotidiennement, chaque adulte inhale de 10 000 à 20 000 litres d'air en fonction de sa morphologie et de ses activités. Essentiellement, à 99 % de l'oxygène (O2) et du diazote (N2), avec des polluants d'origine naturelle, comme les embruns marins, les poussières, les pollens, mais aussi des polluants

issus de l'activité humaine, du trafic routier, de la production d'énergie, de l'industrie, de l'agriculture... avec des conséquences sur la santé.

Les risques à court-terme, apparaissant dans les jours qui suivent l'exposition aux polluants, avec des symptômes aux répercussions plus ou moins graves, selon le cas. Ainsi, SPF montre, dans une étude épidémiologique³¹, qu'une augmentation de 10 µg/m³ des niveaux de PM10, sur une période de 1 à 5 jours, augmente de 0,5 % la mortalité non accidentelle, aggravant le risque chez les personnes de 75 ans et plus (+1,04 %) et augmentant les effets sur la mortalité en période d'été.

Les risques à long terme, se manifestent, même lors d'une faible exposition, sur plusieurs années, pouvant induire des effets sanitaires bien plus importants qu'à court terme, dont une perte d'espérance de vie et le développement de maladies cardiovasculaires, maladies respiratoires et du cancer du poumon.

Les résultats de la surveillance mise en place par Santé publique France montrent une association significative entre l'augmentation des niveaux de pollution tels que les particules PM2.5 et celle du nombre de décès. On estime également jusqu'à 27 mois l'espérance de vie perdue pour une personne de 30 ans dans les zones les plus exposées. Les effets sont plus importants en grandes agglomérations, mais les villes de taille petite et moyenne, ainsi que le milieu rural, sont aussi concernés.

La lutte contre les risques

L'amélioration de la qualité de l'air est l'affaire de tous : pouvoirs publics, industriels et citoyens. Les pouvoirs publics se sont engagés depuis plusieurs années dans une réduction de la pollution de l'air qui s'appuie, au niveau européen, sur des directives³² fixant les normes sanitaires à respecter, ainsi que des objectifs de réduction des émissions de polluants pour les horizons 2020 et 2030. En France, le code de l'environnement prévoit une surveillance de la qualité de l'air sur l'ensemble du territoire. Cette surveillance est confiée aux Associations Agréées de Surveillance de la Qualité de l'Air (AASQA), réunies au sein de la Fédération Atmo-France.

Il existe, au niveau national, un plan qui fixe la stratégie de l'État pour réduire les émissions de polluants atmosphériques et respecter les exigences européennes. Par ailleurs, le Plan national santé environnement (PNSE) a défini 100 objectifs d'amélioration de l'état de santé de la population, dont la réduction de l'exposition aux polluants atmosphériques.

On citera, enfin, [les Plans de protection de l'atmosphère \(PPA\)](#), mis en œuvre par les préfets, qui définissent des objectifs et des mesures, pour que ne soient pas dépassées les valeurs limites réglementaires de concentration en polluants atmosphériques. Comme il faut rappeler les Plans régionaux santé environnement (PRSE), ainsi que les mesures d'urgence déclenchées par les préfets lors des pics de pollution.

³¹ Corso M, Pascal M, Wagner V, Blanchard M, Blateau A, Cochet A, Host S, Janin C, Larrieu S, Pascal L, Medina S, Bulletin Epidémiologique Hebdomadaire, 2015, n°. 1-2, p. 14-20

³² directives (2004/107 et 2008/50/CE)

Qualité de l'air en région Auvergne-Rhône Alpes

Un observatoire de la qualité de l'air en région

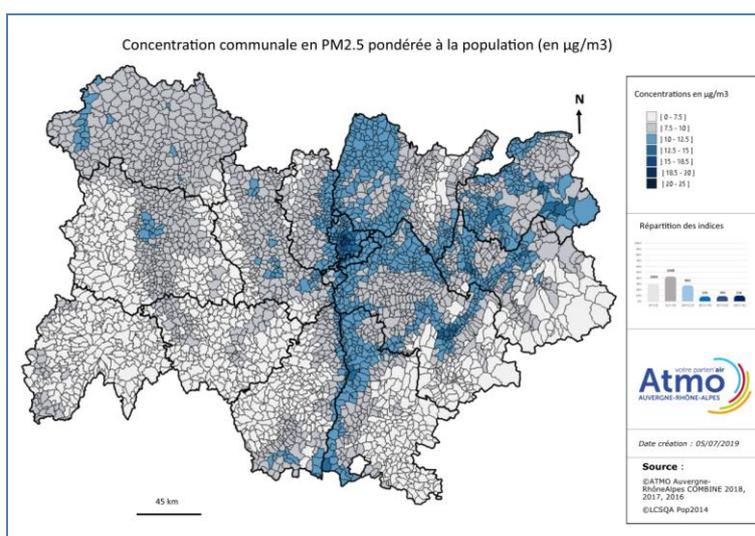
Les observatoires de qualité de l'air en France, tel Atmo Auvergne-Rhône-Alpes, évaluent et prévoient les niveaux de qualité de l'air sur les territoires, dans le but, in fine, d'améliorer la santé des populations. Ce travail se fait au regard des réglementations et normes nationales, européennes ou internationales

La caractérisation de la qualité de l'air est porteuse de sens lorsqu'elle permet d'identifier réellement l'impact de la pollution atmosphérique sur la santé humaine ou environnementale. Les risques sont connus et sont évalués aujourd'hui à 48 000 décès prématurés chaque année en France.

Quatre indicateurs définis

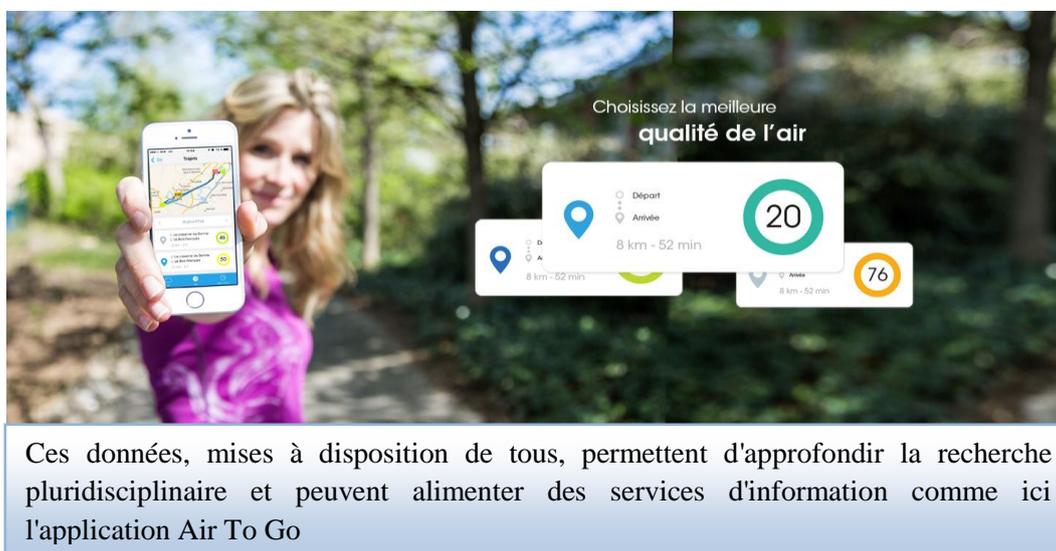
Atmo Auvergne-Rhône-Alpes, qui a le soutien financier de la région Auvergne-Rhône-Alpes, Santé Publique France et l'ORS Auvergne-Rhône-Alpes se sont associés pour créer 4 indicateurs d'évaluation de l'impact sanitaire de la pollution au niveau local :

- 2 indicateurs ciblant les particules fines (PM2.5). Les particules fines, dont bon nombre sont nocives, sont microscopiques, solides ou liquides, d'origine humaine ou naturelle, en suspension dans l'air pendant un certain temps. De diamètre inférieur à 2,5 μm (microns), elles pénètrent plus profondément dans les voies respiratoires et atteignent les alvéoles pulmonaires. À ce titre, on leur attribue un plus grand impact sanitaire.
- 2 indicateurs ciblant le dioxyde d'azote (NO₂), des polluants majeurs, bien documentés et spécifiquement choisis pour leur impact sur la santé.



Les indicateurs Air & Santé, ici pour les PM2.5, permettent d'appréhender les territoires où l'impact sanitaire de la pollution est à surveiller

Grâce à ces nouveaux outils, on peut considérer que 36 % des communes de la région constituent des territoires de vigilance en ce qui concerne les PM2.5. Seules 3 communes peuvent être jugées comme territoire prioritaire pour soustraire leurs populations au NO2 à des niveaux supérieurs au seuil recommandé par l’OMS.



En ce qui concerne le PRSE3, il est d’ores et déjà prévu de croiser les données issues de ces travaux, afin de continuer la caractérisation de l’impact environnemental, socio-économique ou sanitaire de la pollution atmosphérique sur le territoire.

BILAN 2018 - Qualité de l’air en Auvergne-Rhône-Alpes

Le document³³ diffusé en avril 2019 rend compte du bilan 2018 sur la qualité de l’air en région. On retiendra que, pour la deuxième année, l’amélioration de la qualité de l’air sur la région se confirme, avec un respect des valeurs limites imposées par la réglementation pour les particules PM10 et PM2,5.

Par contre, au niveau réglementaire, l’ozone et le dioxyde d’azote sont deux polluants à surveiller :

- la surveillance du dioxyde d’azote à proximité des zones à trafic, est à surveiller,
- l’ozone, qualifié de polluant secondaire estival, est fortement présent et en augmentation constante depuis une dizaine d’année (+27 %) sur une grande partie de l’est de la région et sur les zones d’altitude. Plus de 2,6 millions d’habitants de la région sont trop exposés à ce polluant.

Ce bilan assez positif ne doit pas faire oublier qu’il est nécessaire de poursuivre les efforts tant individuels que collectifs et que deux défis majeurs restent à relever :

- un défi de santé publique, afin d’approcher et respecter les seuils sanitaires préconisés par l’Organisation Mondiale de la Santé pour les particules (PM10 et PM2,5),

³³ <http://www.atmo-auvergnerhonealpes.fr/>

- un défi scientifique, en accroissant les connaissances relatives aux polluants non réglementés ou émergents, en particulier les PM1, les Particules Ultrafines (PUF), les pesticides et le carbone-suie.

Le document insiste particulièrement sur le fait que neuf personnes sur dix, dans le monde, respirent quotidiennement un air pollué. C'est un défi pour la santé publique, vu que les effets sanitaires de la pollution de l'air sont majeurs. Le Centre International de Recherche sur le Cancer (CIRC) a classé la pollution de l'air extérieur comme cancérigène pour l'homme depuis octobre 2013.

Le rapport³⁴ de l'Agence Européenne de l'Environnement publié en 2018, estime que les concentrations de particules fines (PM2,5), d'origine anthropiques ou non, ont été responsables, pour l'année 2015, d'environ **391 000 décès prématurés dans les 28 États membres de l'Union Européenne**.

En France, cela représente **35 800 décès prématurés pour l'année 2015**, dont 29 356 pour les PM2.5 d'origine anthropique. Par ailleurs, le coût sanitaire de la pollution de l'air est estimé entre 68 et 97 milliards d'euros par an pour la France (estimation réalisée sur des données datant de l'année 2000). Il concerne à la fois l'air intérieur et l'air extérieur.

Un bilan, somme toute encourageant, mais néanmoins inquiétant

Plus de 3 millions d'habitants, soit 42 % de la population régionale, restent trop exposés aux particules PM2,5 au regard des seuils sanitaires préconisés par l'OMS. Les territoires de la région les plus touchés sont : le Rhône (Lyon), l'Isère (Grenoble), l'Ain, la Savoie, la Haute-Savoie, la Drôme et l'Ardèche (axe de la vallée du Rhône). En outre, l'ozone connaît une forte hausse sur ces deux dernières années. En clair, le dossier de la pollution de l'air est loin d'être refermé. Les enjeux sanitaires restent majeurs et très difficiles à relever, d'autant que la pollution par l'ozone est un polluant secondaire, donc non émis par une source. En 2018, les mois de juin et août ont été les plus chauds jamais enregistrés par Météo-France, après ceux de 2003. Des conditions météorologiques particulièrement favorables à la formation de ce polluant. Donc, des efforts à poursuivre.

Atmo Auvergne-Rhône-Alpes anticipe la surveillance de ces polluants à enjeux

une surveillance à Lyon et Grenoble. Une quinzaine d'appareils mesurant 3 tailles de particules complètent le dispositif sur l'ensemble de la région.

Pesticides : 50 sites sur la France, dont 4 en Auvergne-Rhône-Alpes, sondent les environnements liés à la viticulture, aux céréales, à l'arboriculture et à l'élevage, pour une photographie de la présence dans l'air d'environ 80 molécules phytosanitaires.

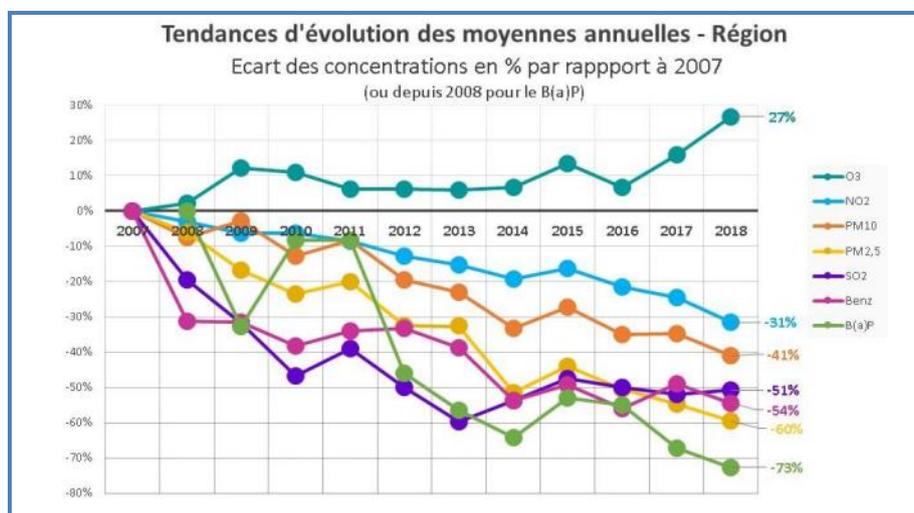
Carbone suie : 7 appareils, à Lyon, Grenoble, Clermont-Ferrand, Chamonix et dans la Vallée de l'Arve, pour mesurer le Carbone Suie (ou Black Carbon), issu de la combustion du bois, différent des combustibles pétroliers liés au trafic routier.

³⁴ Air quality in Europe, rapport de l'AEE, 2018

Une synthèse du bilan régional

Les concentrations de la plupart des polluants réglementés continuent de baisser, mais il subsiste des points de vigilance vis-à-vis des valeurs préconisées par l'Organisation Mondiale de la Santé (OMS).

- aucun dépassement de valeur réglementaire constaté pour les particules sur l'ensemble de la région, dont les particules PM10 et PM2,5,
- des dépassements pour le dioxyde d'azote, à proximité du trafic, et pour l'ozone, sur une grande partie à l'est de la région et sur les zones d'altitude. Sur plusieurs zones de la région, une grande partie de la population demeure encore exposée à des niveaux de concentrations supérieurs aux seuils préconisés par l'OMS.
- néanmoins, malgré la baisse régulière, les valeurs dans la vallée de l'Arve (en Haute-Savoie) restent très proches de la valeur cible visée par la réglementation européenne et ce secteur reste sous étroite surveillance.



Pour les polluants primaires (directement émis par des sources de pollution) réglementés, les niveaux continuent de montrer une baisse entre 2007 et 2018 :

- - 31 % pour le dioxyde d'azote (NO₂) ; - 41 % pour les particules PM10 ; - 60 % pour les PM2,5.
- - 73 % pour le benzo(a)pyrène (valeur cible fixée à 1 µg/m³).
- - 51 % pour le dioxyde de soufre (SO₂) et - 54 % pour le benzène (C₆H₆). Ces 2 polluants ne présentent plus de véritables enjeux réglementaires ou sanitaires. Les pourcentages de réduction relatifs à 2007 semblent importants mais ne sont pas véritablement significatifs car les niveaux sont faibles.

Pour l'ozone (O₃), polluant secondaire (issus de la transformation de polluants primaires), après une situation globalement stable sur plusieurs années, les concentrations moyennes ont tendance à augmenter depuis ces deux dernières années. L'augmentation atteint + 27 % en 2018 par rapport à 2007.

BILAN 2019 - Un premier bilan : l'été 2019

A l'occasion de la journée nationale de la qualité de l'air, le 18 septembre 2019, ATMO Auvergne-Rhône-Alpes a dressé un bilan de la qualité de l'air pendant l'été 2019. Les très fortes chaleurs ont entraîné une mauvaise qualité de l'air, scandée par trois épisodes de pollution du 24 juin au 27 juillet, comme le rapporte le bilan saisonnier d'ATMO³⁵. La vigilance a été de mise avec des restrictions de circulation, dans les bassins lyonnais et grenoblois. Deux tiers des habitants de la région ont été exposés.

L'été 2019, un épisode caniculaire exceptionnel s'est abattu sur la région, avec la formation d'ozone, un polluant qui a enregistré de forts niveaux. De plus, une masse d'air chaud provenant du sud, chargée en particules et enfin, un risque allergique lié à différents pollens.

ATMO rappelle que l'ozone ne provient pas de l'activité humaine. Plus le rayonnement solaire et la chaleur sont intenses, plus la formation de l'ozone est favorisée, à partir d'oxydes d'azote, provenant du trafic routier et de composés organiques volatils comme les hydrocarbures.

L'ozone est à l'origine d'une large majorité des épisodes, tandis que des dépassements de seuils ponctuels ont concerné les particules PM10. Pour l'ozone, des maxima de 269 µg/m³ et un dénombrement de 12 jours de dépassements, à l'instar des étés 2010, 2015 et 2018. Une décennie très impactée, assez loin toutefois de l'été 2003, année record, avec des dépassements à 306 µg/m³ et 47 jours de dépassements.

Les particules PM10. Un nombre de jours de dépassements du seuil d'information modeste (3 jours), de même que le maxima journalier (69 µg/m³). Des valeurs d'habitude recensées plutôt durant la saison hivernale.

L'ozone est le seul polluant pour lequel la mesure des concentrations est en hausse constante sur ces 12 dernières années.

³⁵ © Atmo Auvergne-Rhône-Alpes (2019) – Bilan épisodes de pollution de l'été 2019

RECOMMANDATIONS

La pollution de l'air extérieur constitue un enjeu majeur de santé publique, en France et dans le monde. Des décennies de recherches et des milliers d'études toxicologiques et épidémiologiques mettent en évidence un effet avéré de la pollution sur la santé, y compris à des concentrations inférieures aux valeurs réglementaires européennes et aux valeurs guides recommandées par l'organisation mondiale de la santé (OMS).

La CRSA partage les constats de Santé publique France sur les impacts de la pollution de l'air, sur l'état de santé des populations et ne reste pas indifférente au fait que 48 000 décès pourraient être évités chaque année en France, dont près de 4 400 en Auvergne-Rhône-Alpes.

En termes de santé publique, la baisse de la mortalité en France pourrait être de 9 % et de 7,4 % dans la région. L'espérance de vie des personnes de 30 ans pourrait gagner 9 mois.

La CRSA incite l'ARS à soutenir toutes les actions qui permettront d'améliorer la qualité de l'air en Auvergne-Rhône-Alpes, qui se traduira, à terme, par une baisse de la mortalité, mais aussi par une amélioration significative de la santé et de la qualité de vie dans la région.

Elle encourage l'ARS à développer toutes les actions de prévention qui inciteront les usagers à faire des choix pour agir sur les sources de pollution de fond et qui s'inscriront nécessairement dans la durée.

LA QUALITE DE L'EAU

Une question suivie avec attention par l'ARS Auvergne-Rhône Alpes



L'eau, comme l'air, est un bien essentiel dont nous ne saurions nous dispenser. Il est donc facile de comprendre, même si ce sujet est rarement abordé, qu'il est très important, au niveau de la santé publique, d'en assurer une qualité irréprochable et d'en distribuer une quantité satisfaisant les besoins humains sur tous les territoires de la région Auvergne-Rhône-Alpes.

Un exemple de bulletin de conformité

En France, l'eau du robinet est l'un des aliments les plus contrôlés. Elle fait l'objet d'un suivi permanent, destiné à en garantir la sécurité sanitaire. Le site du ministère³⁶ permet d'accéder directement aux résultats du contrôle sanitaire réalisé par les Agences régionales de santé, ainsi qu'à des informations plus spécifiques sur certains paramètres.

L'exemple donné ci-dessous résulte d'un prélèvement fait sur le terrain, en date du 17 janvier 2020, d'eau distribuée par le service public de la Métropole du Grand Lyon, dont le responsable de distribution est "EAU du GRAND LYON", avec pour conclusions sanitaires, "eau d'alimentation conforme aux exigences de qualité en vigueur pour l'ensemble des paramètres mesurés. Conformité bactériologique et physico chimique positives".

A ce propos, l'ARS publie régulièrement sur son site un bilan décrivant l'état des lieux des enjeux régionaux et départementaux relatifs à l'eau potable.

C'est ainsi que l'utilisateur, en se rendant sur le site de l'ARS, a toute liberté pour consulter le bilan de la qualité sanitaire de l'eau distribuée par son réseau. Il lui suffit de chercher sa localisation sur une carte interactive, de zoomer et de sélectionner l'outil information.

Il en est de même sur le site du ministère de la santé, où il est très aisé de récupérer les derniers résultats des analyses du contrôle sanitaire des eaux destinées à la consommation humaine, pour le lieu où l'on réside.

³⁶ <https://solidarites-sante.gouv.fr/sante-et-environnement/eaux/eau>

Paramètres analytiques			
Paramètre	Valeur	Limite de qualité	Référence
AMMONIUM (EN NH4)	<0,05 mg/L		≤ 0.1 mg/L
ASPECT (QUALITATIF)	0		
BACT. AÉR. REVIVIFIABLES À 22°-68H	<1 n/mL		
BACT. AÉR. REVIVIFIABLES À 36°-44H	<1 n/mL		
BACTÉRIES COLIFORMES /100ML-MS	<1 n/(100mL)		≤ 0 n/(100mL)
BACT. ET SPORES SULFITO-RÉDU./100ML	<1 n/(100mL)		≤ 0 n/(100mL)
CHLORE LIBRE *	<0,03 mg(Cl2)/L		
CHLORE TOTAL *	0,04 mg(Cl2)/L		
COLORATION	<5 mg(Pt)/L		≤ 15 mg(Pt)/L
CONDUCTIVITÉ À 20°C	366 µS/cm		≥180 et ≤ 1000 µS/cm
CONDUCTIVITÉ À 25°C	406 µS/cm		≥200 et ≤ 1100 µS/cm
ENTÉROCOQUES /100ML-MS	<1 n/(100mL)	≤ 0 n/(100mL)	
ESCHERICHIA COLI /100ML - MF	<1 n/(100mL)	≤ 0 n/(100mL)	
ODEUR (QUALITATIF)	0		
PH	7,60 unité pH		≥6.5 et ≤ 9 u
PH *	7,3 unité pH		≥6.5 et ≤ 9 u
SAVEUR (QUALITATIF)	0		
TEMPÉRATURE DE L'AIR *	19,9 °C		
TEMPÉRATURE DE L'EAU *	12,6 °C		≤ 25 °C
TURBIDITÉ NÉPHÉLOMÉTRIQUE NFU	0,13 NFU		≤ 2 NFU

Paramètres :
Aspects
Bactériologie
Physico-chimie
Conductivité
Odeur
Saveur
Température
Turbidité

La qualité de l'eau du robinet en France

Synthèse 2018

La production et la distribution d'eau, c'est en France :

- 33 400 captages (nappes d'eau souterraine, fleuve, rivière, lac, barrage),
- 16 700 stations de production d'eau potable,
- 24 600 réseaux de distribution (ensemble de canalisations et d'équipements),
- la réalisation d'environ 315 000 prélèvements d'échantillons d'eau ayant conduit au recueil de plus de 17,5 millions de résultats analytiques, pour répondre au programme du contrôle sanitaire,
- 97,6 % de la population a été alimentée par de l'eau respectant en permanence les limites de qualité fixées par la réglementation pour les paramètres microbiologiques,
- 100 % des réseaux de distribution desservant + de 50 000 habitants ont fourni de l'eau de bonne qualité microbiologique.

La fourniture à la population française d'une eau du robinet de bonne qualité est un enjeu de santé publique et une préoccupation importante des pouvoirs publics.

En ce qui concerne les captages, 78 % d'entre eux bénéficiaient, à la fin de l'année 2018, de périmètres de protection et de servitudes opposables aux tiers par déclaration d'utilité publique, afin d'éviter une pollution à proximité de ces captages.

Pour ce qui est des stations de production d'eau potable, elles bénéficient de traitements qui ont but d'éliminer les agents biologiques et chimiques susceptibles de constituer un risque pour la santé et de maintenir la qualité de l'eau produite au cours de son transport jusqu'au robinet du consommateur.

Quant aux réseaux de distribution, ils font l'objet d'un suivi sanitaire régulier. Ce suivi comprend :

- la surveillance de la personne responsable de la production et de la distribution d'eau (PRPDE), les maires, les présidents des collectivités, les exploitants privés,
- le contrôle sanitaire, de la responsabilité des Agences régionales de santé (ARS) en toute indépendance vis-à-vis des PRPDE.

Au niveau de la qualité de l'eau du robinet, il existe une soixantaine de paramètres (bactériologiques, physico-chimiques et radiologiques). La fréquence du contrôle sanitaire prend en compte le volume d'eau distribué et le nombre de personnes alimentées par le réseau de distribution. En l'absence de consignes particulières de la PRPDE, du maire ou de l'ARS (ou éventuellement du médecin pour les nourrissons), l'eau du robinet peut être consommée sans risque par la population.

Les chiffres clés de la qualité de l'eau du robinet en France en 2018

Qualité microbiologique des eaux distribuées

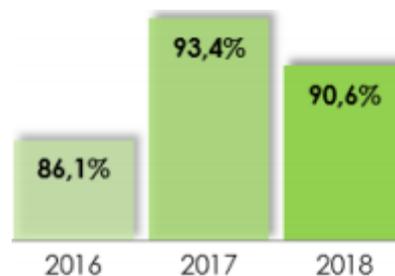
97,6 % de la population a été alimentée par de l'eau respectant en permanence les limites de qualité fixées par la réglementation pour les paramètres microbiologiques.

100 % des réseaux de distribution desservant plus de 50 000 habitants ont fourni tout au long de l'année 2018 de l'eau de bonne qualité microbiologique contre 83,2 % des réseaux de distribution alimentant moins de 500 habitants.



Qualité des eaux distribuées vis-à-vis des pesticides

90,6 % de la population a été alimentée en permanence par de l'eau respectant les limites de qualité réglementaires pour les pesticides. Après une amélioration notable en 2017, ce pourcentage est de nouveau en légère baisse. Lors d'une distribution d'eau non conforme, les dépassements des limites de qualité ont été réduits en concentration et/ou dans le temps, sans restriction d'eau. L'atrazine est une des molécules dépassant la limite de qualité.

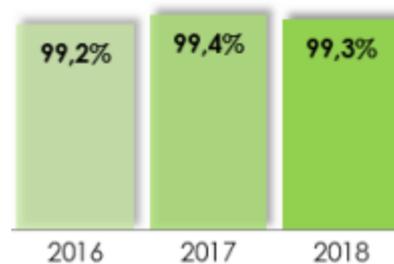


Qualité des eaux distribuées vis-à-vis des nitrates

99,3 % de la population a été alimentée par une eau dans la limite de qualité de 50 mg/L, fixée par la réglementation pour les nitrates.

Pour 430 000 habitants, l'eau a été au moins une fois non-conforme, avec restriction temporaire pour les nourrissons et les femmes enceintes. Un seul réseau a dépassé a excédé ponctuellement 100 mg/L.

58 % de la population a bénéficié d'une eau du robinet inférieure à 25 mg/L.



L'information sur la qualité de l'eau du robinet

Pour rappel, elle est disponible :

- sur le site internet du ministère chargé de la santé (www.eaupotable.sante.gouv.fr), où les résultats du contrôle sanitaire de l'eau du robinet mis en œuvre par les Agences régionales de santé (ARS) sont accessibles commune par commune et sont régulièrement actualisés,
- en mairie, où sont affichés les derniers résultats d'analyse de l'eau du robinet, transmis par l'ARS,
- auprès des personnes responsables de la production et de la distribution d'eau (PRPDE),
- avec la facture d'eau, à laquelle est jointe annuellement une note de synthèse élaborée par l'ARS sur la qualité de l'eau, pour les abonnés au service des eaux.

Des bilans nationaux détaillés, portant sur l'organisation de l'alimentation en eau de la population ainsi que sur le contrôle et la qualité de l'eau du robinet en France, sont consultables sur le site Internet du ministère chargé de la santé.

Quels sont les risques au niveau de la santé ?

La qualité microbiologique de l'eau du robinet

La qualité de l'eau de consommation peut être dégradée par la présence de micro-organismes (bactéries, virus et parasites). Ce dommage peut être causé à la ressource en eau par une mauvaise protection ou un manque d'entretien des ouvrages de captages, par une défaillance du traitement de désinfection ou par une contamination de l'eau lors de son transport ou stockage dans le réseau.

Le consommateur court un risque à court terme. Le tableau clinique des pathologies engendrées est le plus souvent bénin pour la population générale (troubles gastro-intestinaux, diarrhées,...).

Les méthodes pour rechercher les germes pathogènes dans l'eau sont longues et complexes, c'est pourquoi la qualité bactériologie de l'eau est appréciée à partir de la recherche de germes témoins de contamination fécale (*Escherichia coli* et entérocoques). La mise en évidence de ces germes dans l'eau témoigne de la possibilité de présence de germes pathogènes.

Les nitrates dans l'eau du robinet

La présence des nitrates dans les eaux est due, soit à leur présence naturelle dans l'environnement, soit à une contamination de la ressource en eau par des activités humaines (rejets urbains ou industriels, pollution agricole due aux engrais minéraux et organiques).

Les nitrates, une fois ingérés, se transforment en nitrites. Ils constituent un risque pour la santé, par la modification des propriétés de l'hémoglobine du sang, en empêchant un transport correct de l'oxygène par les globules rouges. Chez les très jeunes enfants de moins de 6 mois, cette maladie appelée méthémoglobinémie, provoque des cyanoses parfois sévères. Les femmes enceintes et les nourrissons sont les populations les plus sensibles.

Une recherche des nitrates doit être immédiatement effectuée au niveau des ressources en eau utilisées pour la production d'eau potable, à la sortie des installations ou sur le réseau de distribution publique.

Les pesticides dans l'eau du robinet

Il existe dans le commerce de nombreux pesticides, appelés insecticides, herbicides, fongicides, etc ... Ces pesticides (ou produits phytosanitaires) sont des produits chimiques utilisés pour combattre les espèces animales ou végétales nuisibles, dans l'agriculture. Mais pas seulement. Egalement, dans les industries, dans la construction et l'entretien des infrastructures de transport, des voies et des terrains publics ou privés. Leur présence dans l'eau est due à leur entraînement par ruissellement ou à leur infiltration dans les sols.

Les risques majeurs des produits phytosanitaires sont liés à des intoxications aiguës des utilisateurs (notamment exposition professionnelle). Les effets à long terme sur la santé d'une exposition à de faibles doses de pesticides sont difficiles à évaluer.

La majorité des apports en pesticides par l'alimentation provient de la consommation de fruits et de légumes.

La qualité radiologique de l'eau du robinet

Il s'agit ici de radioactivité naturelle. Elle existe dans les eaux du fait de la nature géologique des terrains qu'elles traversent, du temps de contact (âge de l'eau), de la température, de la solubilité des radioéléments rencontrés, etc.

Ainsi, les eaux souterraines des régions granitiques présentent parfois une radioactivité naturelle élevée. Des eaux superficielles ayant pour réservoir des roches anciennes affleurantes ou beaucoup plus récentes peuvent aussi présenter une radioactivité importante.

La qualité radiologique des eaux est évaluée grâce à des indicateurs de présence de radionucléides naturels ou artificiels.

Le plomb dans l'eau du robinet

A titre d'information, la limite de qualité pour la teneur en plomb dans l'eau destinée à la consommation humaine a été abaissée de 25 microgrammes par litre ($\mu\text{g/L}$) à 10 $\mu\text{g/L}$, le 25 décembre 2013, conformément à la valeur guide recommandée par l'Organisation mondiale de la santé.

Les substances émergentes dans l'eau du robinet

L'eau peut héberger de nombreuses substances. Par exemple, les résidus des médicaments. C'est la raison pour laquelle, les réglementations européennes et françaises relatives à la qualité de l'eau du robinet ont imposé d'effectuer des recherches sur un grand nombre de substances qui peuvent être détectées dans les eaux et qui deviennent donc des substances dites émergentes.

La présence de ces substances, qui sont donc de nouveaux polluants de l'eau, à de très faibles concentrations, interroge néanmoins, depuis plusieurs années, l'opinion publique, la communauté scientifique et les autorités sanitaires. Au niveau national, des recherches ont été lancées sur des paramètres actuellement non réglementés. Le but est de recueillir des données d'exposition de la population, afin d'évaluer les risques sanitaires liés à ces substances émergentes.

Ainsi, dans le cadre du programme de travail de l'Agence nationale de sécurité sanitaire de l'alimentation, de l'environnement et du travail (Anses) sur ces nouveaux polluants dans l'eau du robinet, le Ministère chargé de la santé confie régulièrement au laboratoire d'hydrologie de Nancy (LHN) de l'Anses, l'organisation de campagnes de mesures, dans les eaux, de substances émergentes. Ces dernières années, les recherches se sont centrées sur les résidus de médicaments.

RECOMMANDATIONS

La CRSA a conscience que l'eau, comme l'air, sont des biens essentiels qu'il importe de préserver et sauvegarder.

Ces deux éléments constituent d'importants enjeux de santé publique.

Aussi la CRSA encourage-t-elle l'ARS dans sa mission de contrôle et de suivi, qui porte sur la qualité des paramètres microbiologiques, physico-chimiques ou radiologiques. Il importe en effet de s'assurer que les eaux s'inscrivent dans la conformité des exigences réglementaires et ne présentent aucun risque pour la santé des consommateurs.

Les usagers enregistrent avec satisfaction le haut degré d'exigences manifestées, lors du suivi sanitaire de l'eau, qui s'exerce à la fois au niveau de la production, du stockage, de la distribution de l'eau et lors du contrôle sanitaire mis en œuvre par les Agences régionales de santé.

LE LOGEMENT INSALUBRE

La question du logement, ou la lutte contre l'habitat indigne, n'a pas été traitée jusqu'à présent dans les rapports annuels de la CRSA relatifs au respect des droits des usagers. Or, cette problématique relève bien des droits de la personne.

L'habitat indigne, l'habitat insalubre



Pour définir les contours de cette question, il est nécessaire de se référer à l'article 1-1 de la loi n° 90-449 du 31 mai 1990 visant à la mise en œuvre du droit au logement :

"Constituent un habitat indigne les locaux ou les installations utilisés aux fins d'habitation et impropres par nature à cet usage, ainsi que les logements dont l'état, ou celui du bâtiment dans lequel ils sont situés, expose les occupants à des risques manifestes pouvant porter atteinte à leur sécurité physique ou à leur santé".

Un constat

Il existe encore aujourd'hui de trop nombreuses personnes et familles qui résident dans des logements indignes, trop petits, sans chauffage, sans lumière, très dégradés... Des logements qui peuvent présenter des risques pour leur sécurité et pour leur santé.

Un des risques pour la santé est la présence de plomb et donc de saturnisme. Mais, il peut aussi exister un risque pour la sécurité des occupants dès lors que ces immeubles sont en ruine et/ou en péril. C'est bien trop souvent les cas d'hôtels meublés dangereux, d'habitats précaires, dont la suppression ou la réhabilitation relève des pouvoirs de police administrative exercés par les maires et les préfets.

La lutte contre l'habitat indigne : une priorité de santé publique pour les agences régionales de santé

La lutte contre l'habitat indigne (LHI) est une priorité de l'action des pouvoirs publics, réaffirmée par la loi de mobilisation pour le logement et de lutte contre l'exclusion, du 25 mars 2009. Comme par le plan quinquennal pour "le Logement d'abord" et la lutte contre le sans-abrisme (2018-2022) qui propose un changement de modèle pour l'accès au logement des personnes sans domicile. La mobilisation contre l'exclusion et les inégalités de santé, mobilise un nombre important d'acteurs : ARS, collectivités locales et territoriales et leurs services techniques et sociaux, services de l'Etat, Anah, bailleurs sociaux, Caf, opérateurs institutionnels, etc.

Le but est de mettre fin le plus rapidement possible aux situations d'indignité des personnes qui vivent dans des locaux impropres à l'habitation (caves, combles, etc.), des logements et immeubles qui présentent des risques pour leur santé et des dangers pour leur sécurité.

Les missions des ARS sont de protéger et d'informer la population sur les risques sanitaires liés à l'habitat. Les signalements viennent des occupants eux-mêmes, des travailleurs sociaux, des forces de l'ordre, des agents communaux, de particuliers, des services départementaux d'incendie et de secours, des associations, etc.

A la suite de ces alertes, relevant de l'habitat insalubre, une enquête environnementale est alors réalisée dans le logement afin d'identifier les désordres pouvant porter atteinte à la santé des occupants. Dans les situations conflictuelles, le maire dispose de pouvoirs de police générale pour agir : il est tenu de faire appliquer le règlement sanitaire départemental (RSD) ; cela constitue souvent la réponse la plus adaptée. Pour les situations les plus graves, d'autres procédures existent.

L'ARS Auvergne-Rhône-Alpes donne sur son site une information détaillée sur les documents disponibles : courriers type, fiches de visite, modèles d'arrêtés municipaux et de procès-verbaux. De même qu'elle expose dans le détail les diverses procédures envisageables et fournit des outils pratiques.

Le numéro 0806.706.806 "Info logement indigne"

Il existe, depuis le 16/09/2019, une plateforme téléphonique d'accompagnement pour aider les personnes concernées par l'habitat indigne. Elle a été installée par le ministère de la Ville et Logement public et par l'Anil (Association nationale pour l'information sur le logement).

Au bout de quelques semaines de fonctionnement, la plateforme avait traité 2 000 appels, soit plus de 60 par jour. Les départements les plus peuplés, comme les Bouches-du-Rhône, ont généré 167 appels, Paris, 134 et le Nord, 101.

Ce sont des conseillers de l'Adil (association départementale information logement) qui répondent et évaluent la nature et l'importance des désordres, remplissent une grille d'auto-évaluation et informent le locataire sur ses droits et obligations. Le locataire peut être accompagné dans ses démarches.

Le bailleur est informé de ses obligations et des aides financières dont il peut disposer pour la réalisation de ses travaux. En cas d'insalubrité, de problématiques d'humidité par exemple, l'Adil signale, après accord de l'intéressé, la situation à l'agence régionale de santé (ARS).

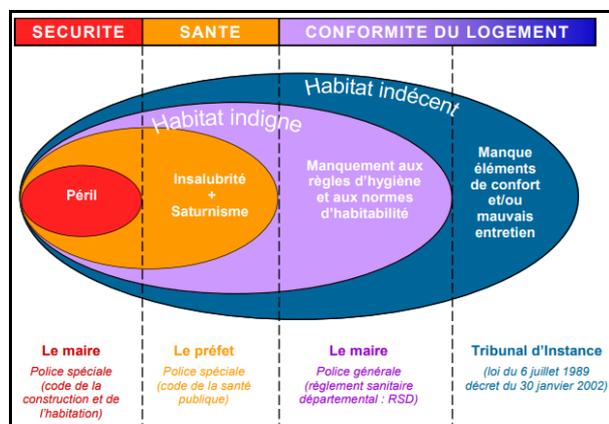
L'habitat indigne, une compétence partagée

C'est la typologie des désordres constatés qui détermine l'autorité compétente pour intervenir.

Les causes de l'habitat indigne sont variées : logement non conforme, dégradations liées au mode d'occupation du logement, logique de rentabilisation...

Le traitement de l'habitat indigne se limite rarement à un simple diagnostic du logement. Cela nécessite de prendre en compte des aspects d'ordre social (situation de précarité), financier (charges liées au logement, ressources de l'occupant et du propriétaire), juridique (statut de l'occupant, régime de copropriété) ou relationnel (conflit de personnes).

L'action du maire sera rarement isolée, une pluralité d'acteurs intervenant dans ces domaines (Conseil Départemental, Caisse d'Allocations familiales, Agence Régionale de Santé, Direction Départementale des Territoires, associations locales...).



Il faut compter plusieurs mois et plusieurs interventions pour mettre un terme à une situation d'habitat indigne. Le droit de toutes les parties doit être respecté, du côté des propriétaires comme des occupants. Il faut privilégier la médiation plutôt que la coercition et prendre le temps de la conciliation. Bref, donner du temps au temps.

La lutte de l'Anah contre l'habitat indigne en Auvergne-Rhône-Alpes

Le comité régional de l'habitat et de l'hébergement (CRHH) a édité, en avril 2019, son rapport³⁷ annuel sur la situation de l'habitat en Auvergne-Rhône Alpes en 2018. Il nous fournit de précieux renseignements sur l'adaptation des logements à la perte d'autonomie et sur la lutte contre l'habitat indigne, dans le cadre de l'amélioration du parc existant.

L'Agence nationale de l'habitat (Anah), établissement public administratif, met en œuvre la politique nationale d'amélioration du parc de logements privés existants. Elle se concentre sur les publics les plus modestes, ayant pour mission d'améliorer les logements appartenant à des propriétaires privés ;

- en luttant contre l'habitat indigne et dégradé,
- en aidant les copropriétés fragiles et dégradées à engager des mesures de prévention,
- en luttant contre la précarité énergétique,
- en adaptant des logements à la perte d'autonomie et au handicap,
- en humanisant les centres d'hébergement,
- en aidant les personnes à revenus modestes à accéder à des loyers maîtrisés.

La requalification du parc privé

La dotation régionale 2018, **d'un montant de 96,9 M€**, a permis de requalifier 13 000 logements dont 8 851 au titre du **programme Habiter Mieux** (75 000 au niveau national) et 2 365 en **adaptation à la perte d'autonomie**.

Elle a permis également de requalifier de l'habitat privé dégradé ou indigne et d'humaniser des structures d'hébergement ainsi que de financer de l'intermédiation locative.

Ainsi en 2018, plus de **83 M€ de crédits Anah** ont été engagés, soit une augmentation de 8 % par rapport à 2017. C'est donc 12 694 logements qui ont ainsi été aidés, versus 9 216 logements en 2017, (soit +38 % / 2017).

³⁷ L'habitat en Auvergne-Rhône-Alpes en 2018. Rapport au CRHH

La lutte contre l'habitat indigne, selon la loi du 31 mai 1990

L'Anah finance l'essentiel des interventions publiques dans ce domaine, en particulier les actions incitatives (subventions aux propriétaires), ainsi que les opérations de résorption de l'habitat insalubre (RHI) et le traitement de l'habitat insalubre remédiable ou dangereux et des opérations de restauration immobilière (THIRORI).

Aides de l'ANAH en 2018

Subventions aux propriétaires : en France, **12 384 logements indignes** ont fait l'objet de travaux subventionnés par l'Anah en 2018.

Dans la Région Auvergne-Rhône-Alpes, l'Anah a subventionné les travaux de **1 878 logements indignes**, répartis comme suit :

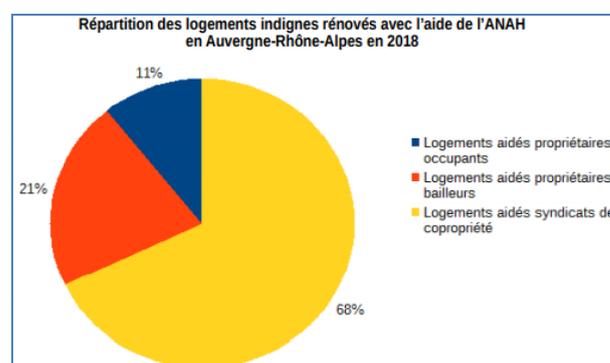
- 203 logements indignes rénovés par les propriétaires occupants (194 en 2017) ;
- 399 logements indignes rénovés par les propriétaires bailleurs (332 en 2017) ;
- 1 276 logements indignes rénovés par les syndicats de copropriétaires (62 en 2017).

L'activité de lutte contre l'habitat indigne et très dégradé est en hausse sensible sur la région, en comparaison de l'année précédente, du fait d'interventions plus nombreuses sur les copropriétés.

Répartition des logements indignes rénovés avec l'aide de l'ANAH en Auvergne-Rhône-Alpes en 2018

Le montant des aides attribuées pour rénover un logement indigne s'est élevé à près de 15 M€ en 2018, soit une augmentation de 21,5 % par rapport à 2017. Il représente 17,7 % des aides accordées par l'Anah pour travaux.

Des aides sont également accordées pour résorber et restaurer l'habitat insalubre. En 2018, cinq communes ont été concernées en Auvergne Rhône-Alpes : 1 M€ ont été attribués, pour aider financièrement aux études de faisabilité, aux mesures d'accompagnement social et de relogement et aux opérations de démolition et/ou de réhabilitation.



Le plan "Logement d'abord" en 2019

Les premiers résultats concrets du plan "Logement d'abord", lancé en septembre 2017, pour répondre à la saturation des dispositifs d'hébergement, ont été publiés³⁸ pour 2019 : en deux ans, plus de 150 000 personnes sont sorties de la rue ou d'un centre d'hébergement pour

³⁸ Dossier de presse – 10/09/2019 - plan quinquennal pour le logement d'abord – DIHAL (Délégation interministérielle à l'hébergement et à l'accès au logement)

accéder à un logement. Un bilan à la fois modeste et encourageant, tant les besoins sont importants... Le "plan Logement d'abord" a pour objectif d'accroître les capacités de mise à l'abri (+14 000 places d'hébergement en deux ans).

En 2019, 81 000 personnes, à la rue ou hébergées, sont sorties vers un logement :

- plus de 51 000 personnes sont sorties des centres d'hébergement ou de la rue pour aller vers le parc social contre 47 000 l'an dernier et 41 000 en 2017,
- 25 000 personnes, par le biais de l'intermédiation locative, ont été dirigées vers un propriétaire privé qui a conclu un bail sécurisé en passant par une association,
- près de 5 000 personnes se sont installées en pensions de famille, qui allient logement privé et parties communes.

Au total, ce sont ainsi plus de 150 000 personnes hébergées ou à la rue qui ont pu accéder à un logement, en deux ans, avec le plan Logement d'abord. S'agissant plus spécifiquement des réfugiés, 20 800 ont pu accéder à un logement en 2019 grâce à l'action de l'Etat en lien avec les associations et les collectivités.

Julien Denormandie, ministre de la Ville et du Logement, souligne l'importance de ces résultats, tout en faisant remarquer, au regard des besoins, qu'il est nécessaire de franchir une nouvelle étape, rappelant que la fondation Abbé Pierre s'appuie sur l'accompagnement, véritable pierre angulaire de l'accès au logement.

Le mal-logement en Auvergne-Rhône-Alpes

La Fondation Abbé Pierre a édité en 2019, un rapport³⁹ sur l'état du mal-logement en France, avec un éclairage régional Auvergne Rhône-Alpes. Un tour d'horizon, non dénué d'intérêt, passant en revue les prérequis pour accéder au logement, analysant le concept de logement social et de logement privé, passant au crible le repérage des situations difficiles. C'est aussi un document qui présente des données tant sur la démographie de la région que sur le chômage, la pauvreté, le mal-logement, le coût, le marché du logement...

Analysant le plan "logement d'abord", la Fondation conclut la présentation qu'elle en fait par une mise en garde : il est important de réussir, afin que ce plan ne soit pas vécu par les personnes sans logement ou menacées de le perdre comme un effet d'annonce, sans changements concrets ou comme un nouveau mot d'ordre.

Dans ce rapport, des constats seront retenus :

- Des logements sociaux financés, en nombre insuffisant et qui ne correspondent pas au profil des demandeurs.
- Des demandeurs de logements sociaux de plus en plus nombreux et un nombre d'attributions qui stagne d'une année sur l'autre (215 000 demandes de logement social en 2018, 58 000 attributions). Soit près de 4 demandeurs pour 1 logement attribué.
- En 4 ans, sur un parc social d'environ 500 000 logements, le nombre de logements à "bas loyer" a diminué de 30 000 unités. Le nombre de ces logements est passé de

³⁹ Rapport N° 24 – Etat du mal logement en France 2019 – un éclairage régional : Auvergne-Rhône-Alpes

125 700 en 2012, à 89 900 en 2016, soit une diminution de 28,5 % (35 800 logements de moins).

- Le profil de l'offre du parc social existant et neuf, en volume comme en matière de niveaux de loyer, ne permet pas de constituer une réponse satisfaisante à la politique du logement d'abord, à l'accès au logement des plus pauvres.

L'absence de logement personnel

L'absence de logement personnel concerne les personnes sans-abri, contraintes de dormir dans la rue ou dans des lieux non prévus pour l'habitation et les personnes sans-domicile hébergées dans des services d'hébergement institutionnel.

L'observation et la connaissance du sans-abrisme est un angle mort des politiques publiques. Une preuve, des données insuffisantes et partielles du mal-logement. Le dernier recensement de l'INSEE des personnes sans domicile personnel date de l'enquête SD 2012.

Il est nécessaire d'améliorer le recensement des personnes sans-abri. D'après les résultats du recensement de la population en 2013, on estime que la région AURA compte au minimum 13 680 personnes sans-abris ou vivant dans des habitations mobiles.

Pour ce qui est des personnes vivant dans des bidonvilles ou des squats⁴⁰, sur la région, l'estimation est de 1 241 personnes réparties sur 58 sites. On compte en France 16 090 personnes vivant en squats ou bidonvilles, réparties sur 497 sites.

Les difficultés d'accès au logement

La demande d'accès à une HLM est forte. Elle augmente à l'échelle régionale, en passant de 215 074 à 223 812 demandes, soit plus de 4 %. Les accédants attendent en moyenne un an après avoir déposé leur dossier, parfois plusieurs années.

Le parc locatif social

Le parc locatif social disponible est en augmentation régulière depuis 2012, sur la région et dans chacun de ses départements. Avec des difficultés pour les postulants, qui sont seulement 30 % à obtenir satisfaction. Au 1^{er} janvier 2017, 274 000 demandes de logements sociaux ont été émises, pour 58 000 accordées, un écart très important qui crée une véritable difficulté pour se loger.

⁴⁰ Source Enquête DIHAL, juillet 2018.

ÉVOLUTION DU PARC DISPONIBLE SUR LA RÉGION

	2012	2013	2014	2015	2016	2017	2018
Nombre de logements du parc locatif social	504 926	512 474	519 292	527 714	536 191	546 010	558 358
Dont nombre de logements mis à la location	489 920	496 774	503 647	511 380	518 025	525 226	530 673

Les mauvaises conditions de logement

Pour la Fondation Abbé Pierre, le parc de logement s'est incontestablement amélioré. Cependant, le mal-logement lié à de mauvaises conditions d'habitat est loin d'avoir disparu. Et de citer : la mauvaise qualité des logements, l'insalubrité, le niveau de dégradation des copropriétés, laissant des milliers de ménages confrontés au mal-logement dans la région Auvergne-Rhône-Alpes. Malgré des améliorations, des milliers de personnes vivent dans de mauvaises conditions et dans des logements surpeuplés. En 2017, 1 394 ménages ont déposé des recours au motif de locaux insalubres ou dangereux et sur-occupés ou non-décents.

L'habitat indigne et le surpeuplement restent, par ailleurs, mal renseignés au niveau de la statistique publique. Il faut soutenir les pôles départementaux de lutte contre l'habitat indigne afin qu'ils se dotent d'outils de repérage et de traitement de l'habitat indigne (ORTHI).

RECOMMANDATIONS

La CRSA est consciente que la lutte contre l'habitat indigne et insalubre est une priorité de santé publique. De trop nombreuses personnes et familles, encore aujourd'hui, sont sans logement ou résident dans des conditions qui peuvent présenter des risques pour leur sécurité et pour leur santé.

Aussi la CRSA demande-t-elle à l'Ars de conjuguer tous ses efforts, avec les collectivités locales et territoriales, leurs services techniques et sociaux, l'Anah, les bailleurs sociaux, la Caf, les opérateurs institutionnels etc... afin de lutter le plus efficacement possible contre l'exclusion et les inégalités de santé.

La CRSA souhaite que l'ARS, qui a pour mission de protéger et d'informer la population sur les risques sanitaires liés à l'habitat, prenne en compte les orientations définies par le plan quinquennal pour "le Logement d'abord" et la lutte contre le sans-abrisme (2018-2022), notamment en promouvant le **numéro 0806.706.806 "Info logement indigne."**

CHAPITRE 5

Le fonctionnement des commissions des usagers en Auvergne-Rhône-Alpes

(Activité de l'année 2019)

Le fonctionnement des commissions d'usagers dans les établissements de la région

Contexte du rapport

Chaque année, les services de l'ARS produisent un rapport, à la suite de l'envoi d'un questionnaire adressé à tous les établissements de la région, publics et privés, afin de rendre compte du fonctionnement des CDU (commissions des usagers) qui, depuis fin 2016⁴¹, ont remplacé les CRUQPC (commission des relations avec les usagers et de la qualité de la prise en charge). Le questionnaire a été envoyé le 5 février 2020 et mis en ligne le 25 février 2020 pour une date de retour au 1^{er} juin 2020. Cette date a été repoussée plusieurs fois du fait du contexte de la crise sanitaire de la COVID-19. La clôture définitive a été arrêtée au 3 août 2020.

Le rapport, une évaluation annuelle de la démocratie en santé

Les commissions des usagers jouent un rôle déterminant dans les établissements, en veillant au respect des droits des usagers, dans de nombreux domaines :

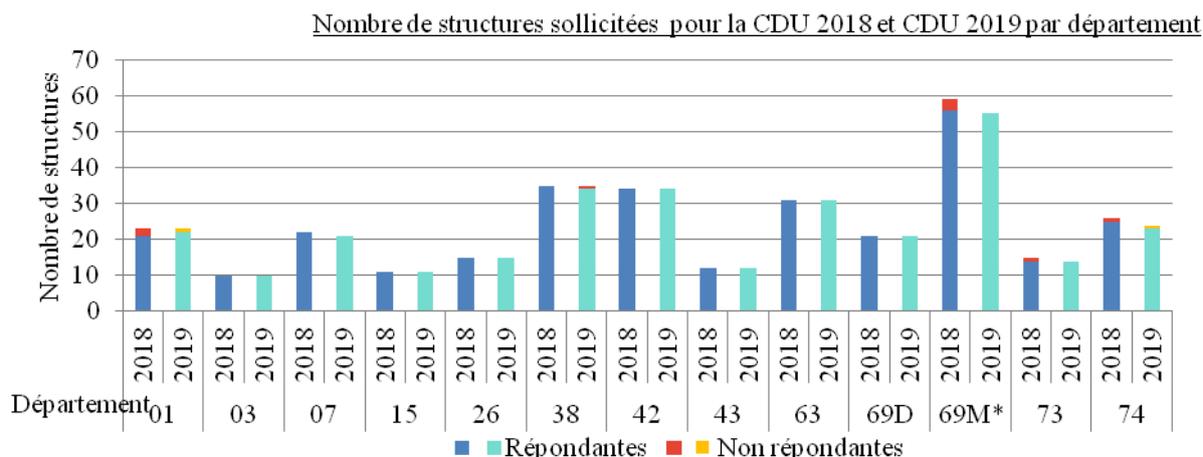
- la participation à l'élaboration de la politique menée dans l'établissement en ce qui concerne l'accueil, la prise en charge, l'information et les droits des usagers ;
- la politique de qualité et de sécurité élaborée par la commission ou la conférence médicale d'établissement (CME) ;
- l'information de la CDU⁴² de l'ensemble des plaintes et des réclamations formées par les usagers de l'établissement, ainsi que des suites qui leur sont données ;
- la survenue d'événements indésirables graves (EIG) et des actions menées par l'établissement pour y remédier. En précisant que la CDU peut avoir accès aux données médicales relatives à ces plaintes ou à ces réclamations, sous réserve de l'obtention préalable de l'accord écrit de la personne concernée ou de ses ayants droit si elle est décédée ;
- le recueil des observations des associations de bénévoles dans l'établissement ;
- l'élaboration d'un projet des usagers exprimant leurs attentes et leurs propositions, après consultation des représentants des usagers et des associations de bénévoles.

Le conseil de surveillance des établissements publics de santé a l'obligation de délibérer au moins une fois par an sur la politique de l'établissement, en ce qui concerne les droits des usagers et la qualité de l'accueil et de la prise en charge, sur la base d'un rapport présenté par la commission des usagers. Ce rapport et les conclusions du débat sont transmis à l'agence régionale de santé, qui est chargée d'élaborer une synthèse de l'ensemble de ces documents.

⁴¹ article 183 de la loi du 26 janvier 2016 de modernisation de notre système de santé

⁴² le secret professionnel s'impose aux membres de la CDU, articles 226-13 et 226-14 du code pénal

Un taux de réponse en progression constante



Sur 306 structures sollicitées 303 ont répondu, soit 99 %. Une progression des répondants qui s'affirme d'année en année : 98 % en 2018, 97 % en 2017 et 96 % en 2016.



Parmi les 303 structures répondantes, 118 (39 %) sont des structures publiques et 185 (61 %) des structures privées.

L'unité statistique est la structure qui peut être un établissement géographique ou un regroupement de plusieurs établissements géographiques

En ce qui concerne les GHT (**G**roupement **H**ospitalier de **T**erritoires), les 15 structures ont toutes installé une instance commune des usagers, soit un comité, soit une commission des usagers. Les comités sont des instances plus légères permettant de s'adapter aux particularités locales. Le comité d'usagers n'a pas encore été défini par voie réglementaire, contrairement au CDU de regroupement.

Les **maisons des usagers**⁴³ : le rapport 2019 recense 25 structures disposant d'une maison des usagers, qui sont le plus souvent des espaces d'accueil, d'échanges, d'écoute, d'expression et d'information pour les usagers des établissements de santé et les mouvements associatifs. Ces 25 structures représentent 8,4 % des structures répondantes. 22 structures ont le projet d'en installer une dans les 3 ans à venir, amenant la proportion à 15 %, voire plus de 16 %. Un sujet à suivre dans les années à venir.

⁴³ CIRCULAIRE N°DHOS/E1/2006/550 du 28 décembre 2006

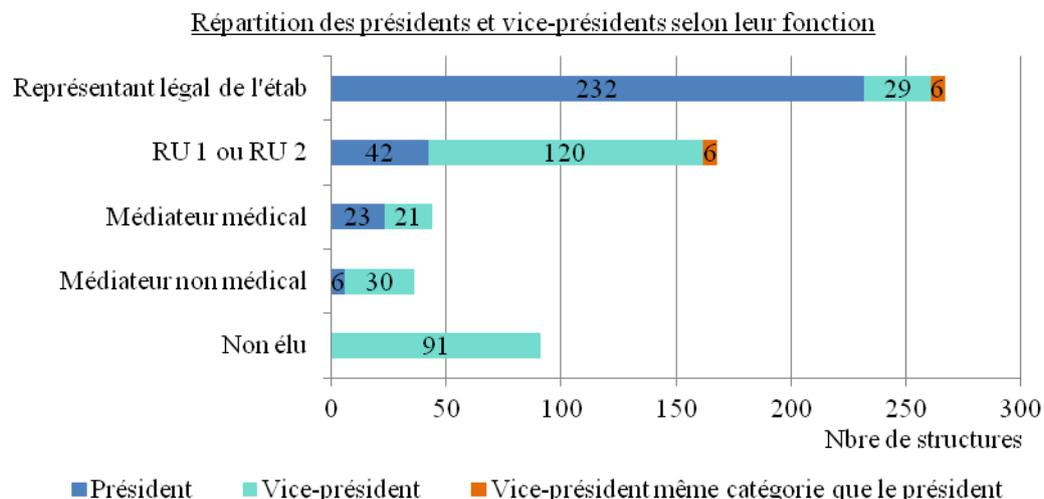
Fonctionnement de la CDU

Pour rappel, 9 membres composent obligatoirement la CDU : le représentant légal de l'établissement, deux médiateurs (un médical et un non médical) et leurs suppléants, deux représentants des usagers et leurs suppléants.

Quelques constats, à partir des 303 structures répondantes :

- sur un total attendu de 2727 membres obligatoires précisés plus haut, les 303 structures répondantes en 2019 font état de 2 228 membres obligatoires. Ce qui signifie que seulement 82 % des postes des membres obligatoires des structures répondantes sont occupés,

Zoom sur la présidence de la CDU



Qui assure la présidence ou la vice-présidence de la commission des usagers ?

Le Décret n° 2016-726 du 1er juin 2016 précise que "la présidence de la commission est assurée par un des membres". Pour la campagne 2019, on constate que dans 77 % des CDU, elle est assurée par le représentant légal de l'établissement.

Seuls 45 représentants d'usagers assurent une présidence de CDU, soit dans 15 % des cas.

En ce qui concerne la vice-présidence, les commissions d'usagers ont élu, **dans 70 % des cas, un représentant d'usager.**

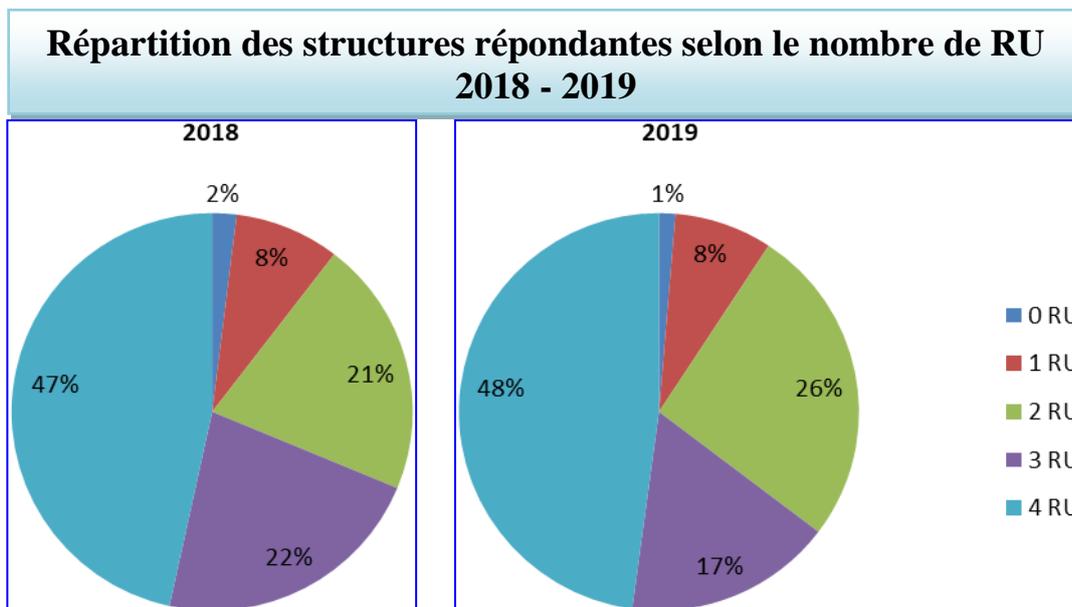


Zoom sur les représentants d'usagers

En 2019, 132 structures avaient au moins un RU débutant son premier mandat. Lequel devait, de ce fait, suivre une formation de base prévue dans les textes. Cela a été le cas pour 45,5 % de ces structures. Dans 72 structures, cette obligation n'a pas pu être remplie. Pour 30 d'entre elles, l'inscription à la formation devrait être planifiée en 2020. Il est vrai que le contexte sanitaire en 2020 a perturbé l'inscription à la formation, soit que le besoin n'ait pas été jugé comme prioritaire, soit que la formation, bien que programmée, ait été annulée.

Plus de la moitié des CDU n'ont pas leur représentation au complet : 2 RU titulaires et 2 RU suppléants

52 % des structures répondantes n'ont pas le nombre de RU titulaires et suppléants auquel elles peuvent prétendre. Cet état de fait est semblable aux années précédentes, qui avaient enregistré des taux similaires. Parmi 79 structures qui n'ont que deux RU en 2019, 13 % ont indiqué qu'il s'agit d'un titulaire et d'un suppléant et 87 % ont indiqué qu'il s'agit des deux RU titulaires.



En 2018, c'est 47 % des 307 structures répondantes qui étaient au complet avec 4 RU,
En 2019, légère progression, c'est 48 % des 303 structures répondantes qui sont au complet.

En 2019, 158 structures sont incomplètes. Comme on peut le constater, celles qui sont dotées d'un seul RU restent à 8 %.

Celles qui avaient 2 RU deviennent plus nombreuses (26 % contre 21 %). Par contre, les structures avec 3 RU diminuent, passant de 22 % à 17 %.

Une démocratie à santé à conforter au niveau du nombre de ses représentants

Le nombre théorique de RU affectés dans les CDU est facile à déterminer avec les 303 structures répondantes : il devrait être de **1 212** (303 x 4). Avec 915 RU, titulaires et suppléants, la représentation n'est qu'à la hauteur de 75 % du nombre de RU théorique. Le

taux de RU est plus élevé dans les structures publiques (82 %). Dans les structures privées il est de 71 %, se décomposant en 76 % pour les ESPIC⁴⁴ et les privées non lucratifs et de 67 % pour les privées à but lucratif.

On notera enfin que Le Nouveau Rhône et la Métropole de Lyon sont les territoires où le taux de RU est le plus faible. Ils ont un écart de plus de 13 points avec le taux régional qui est de 75,5 %, dont 17 points pour le département du Rhône.

Fonctionnement des CDU

Règlement intérieur : 14 des structures répondantes (soit 5 %) ne disposent pas de règlement intérieur. Un taux plus faible pour les structures privées (2 %) que pour les publiques (8 %).

Tenue des réunions plénières sur l'année :

- 67 % des CDU ont tenu quatre réunions et plus de 4,
- 18 % des CDU ont tenu 3 réunions, la période estivale étant neutralisée,
- 8 %, 2 réunions pour l'année,
- 6 % n'ont tenu qu'une seule réunion,
- 1 % des structures répondantes n'a tenu aucune réunion.

Les 100 structures qui n'ont pas réalisé les quatre réunions plénières l'expliquent par diverses raisons. Par exemple, des changements dans la direction de la structure (25 %), le manque de disponibilité des membres de l'établissement (23 %), l'absence/le changement de RU (22 %), l'absence, vacance de poste du cadre chargé des relations avec les usagers, du qualitatif (17 %), du manque de disponibilité des représentants des usagers (11 %), des événements environnementaux comme un déménagement, de mauvaises conditions climatiques, des impératifs extérieurs, ... (7 %).

Le nombre de réunions qui se sont tenues ne doit pas être systématiquement associée à un dysfonctionnement de la CDU, puisque les membres peuvent participer à des réunions et/ou se réunir entre eux sans qu'il s'agisse de plénières. Par exemple, 21 % des structures ayant réalisé entre une et trois réunions plénières en 2019 ont organisé au moins une réunion hors plénières.

Participation des RU au rapport annuel d'activité

Les RU sont destinataires du rapport ou assistent à la présentation du rapport dans 253 structures, soit 83,5 % des 303 structures répondantes.

Les RU sont complètement impliqués dans la réalisation du rapport dans 28 % des structures. Ils participent à la rédaction du rapport, le corrigent, le valident, en sont destinataires ou assistent à sa présentation. Dans 1,5 % supplémentaire, ils participent à la rédaction, le corrigent et le valident, mais ne sont pas destinataires/n'assistent pas à la présentation du rapport.

⁴⁴ Etablissement de santé privé d'intérêt collectif

Le programme d'amélioration de la qualité et de la sécurité des soins

Concernant le **programme d'amélioration de la qualité et de la sécurité des soins**, 76 % des structures associent les RU à son élaboration et 92 % à son suivi. Par ailleurs, 97 % des structures associent les RU aux démarches de **certification de l'établissement**.

Mais les RU participent à d'autres instances. 59 % des 303 structures répondantes invitent les RU à participer au Comité de Lutte contre les Infections Nosocomiales. Ou encore à d'autres instances : le comité de parcours de soins (COMPARS), l'assemblée générale de l'association, la commission associative locale, la Commission Développement Durable, le Comité d'éducation Thérapeutique (CET), le Comité Confidentialité et l'Information du Patient (CCIP)...

Auto-saisine

Quatre structures ont formulé des recommandations sur les auto-saisines de la CDU, dont trois n'ayant aucune auto-saisine et l'autre quatre.

Les CDU ont un droit d'auto-saisine et de suite sur les sujets qualité et sécurité des soins traités par la CME⁴⁵. Dans les 303 structures répondantes, il est comptabilisé 37 auto-saisines. Le nombre d'auto-saisines varie, selon les structures, de 0 (pour 93 % d'entre elles) à 5.

Le projet des usagers

La CDU a proposé un projet des usagers dans 23 % des structures. Il exprime les attentes et propositions des usagers au regard de la politique d'accueil, de la qualité, de la sécurité de la prise en charge et du respect des droits des usagers.

Ce projet des usagers est proposé par la CDU au directeur, en vue de l'élaboration du projet d'établissement, de la politique médicale ou du projet institutionnel. Parmi les structures dont la CDU a proposé un projet des usagers, 74 % l'ont utilisé pour la définition ou l'actualisation du projet de l'établissement.

Moyens de communication sur les activités de la CDU

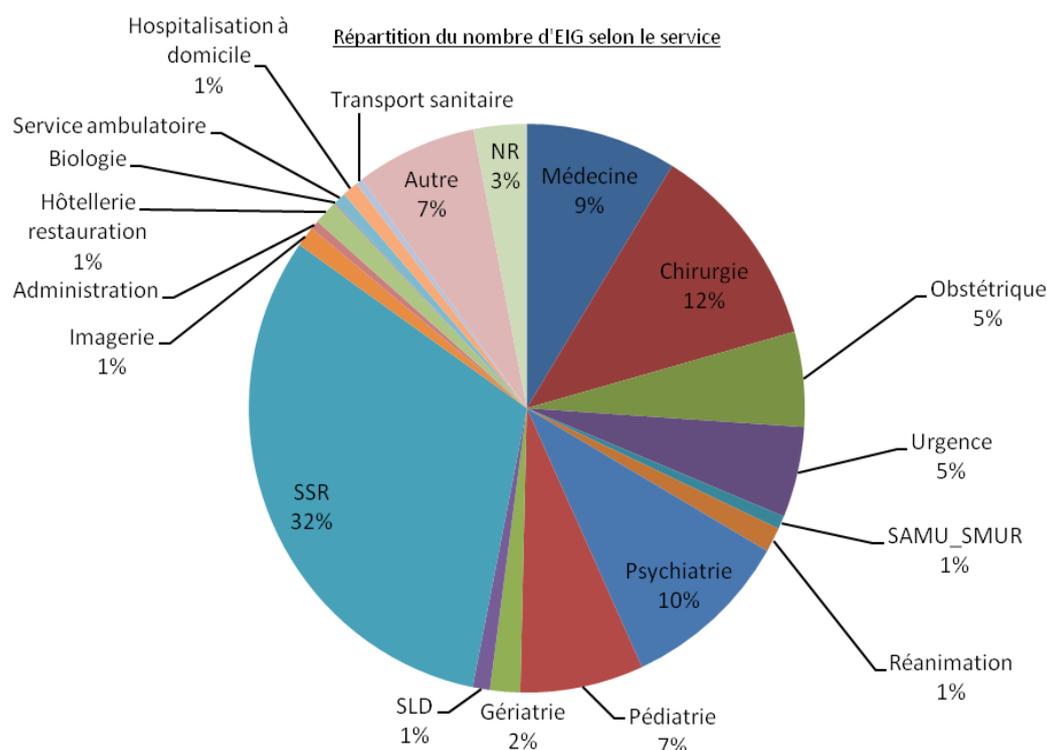
99 % des 303 structures répondantes utilisent le livret d'accueil comme support d'information à destination des usagers, mais aussi d'autres supports comme :

- 92 %, l'affichage,
- 55 %, la rencontre avec les usagers, les communications orales et les réunions,
- 48 %, internet,
- 18 %, les permanences,
- 17 %, le journal interne.

⁴⁵ Article 183, 3^o et 2^{ème} alinéa : https://www.legifrance.gouv.fr/eli/loi/2016/1/26/AFSX1418355L/jo/article_183

Informations relatives aux événements indésirables graves (EIG) associés aux soins⁴⁶

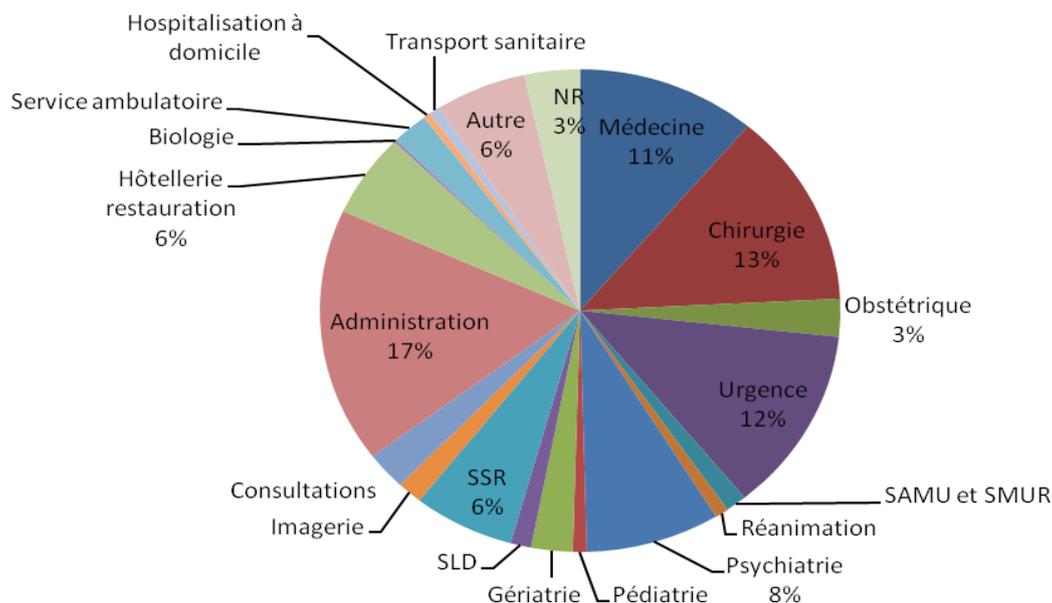
Une des évolutions du décret 2016 est qu'il prévoit que la CDU soit informée des actions correctives mises en place en cas d'événements indésirables graves (EIG) et qu'elle puisse les analyser.



- 28 CDU ont formulé des recommandations sur le recueil et la gestion des événements indésirables, versus 24 CDU en 2018. Et 9 structures ont formulé des recommandations les deux années.
- 99 % des structures ont un dispositif de recueil organisé des EIGS et une présentation est faite en CDU dans 94 % des structures répondantes.
- au total, on recense 1 184 EIGS dans 161 structures.

⁴⁶ Définition article R1413-67 du CSP : Un événement indésirable grave associé à des soins réalisés lors d'investigations, de traitements, d'actes médicaux à visée esthétique ou d'actions de prévention est un événement inattendu au regard de l'état de santé et de la pathologie de la personne et dont les conséquences sont le décès, la mise en jeu du pronostic vital, la survenue probable d'un déficit fonctionnel permanent y compris une anomalie ou une malformation congénitale.

Informations relatives à la gestion des réclamations (hors plaintes relevant du contentieux)



La CDU a pour mission d'examiner les plaintes et réclamations, de veiller à ce que toute personne soit informée sur les voies de recours et de conciliation dont elle peut disposer.

On recense :

- **11 112 réclamations en 2019** pour les 300 structures répondantes, dont 32 structures qui n'ont enregistré aucune réclamation. Parmi ces dernières, une seule structure indique par ailleurs ne pas avoir de dispositif d'information à destination des usagers sur la procédure de réclamation.

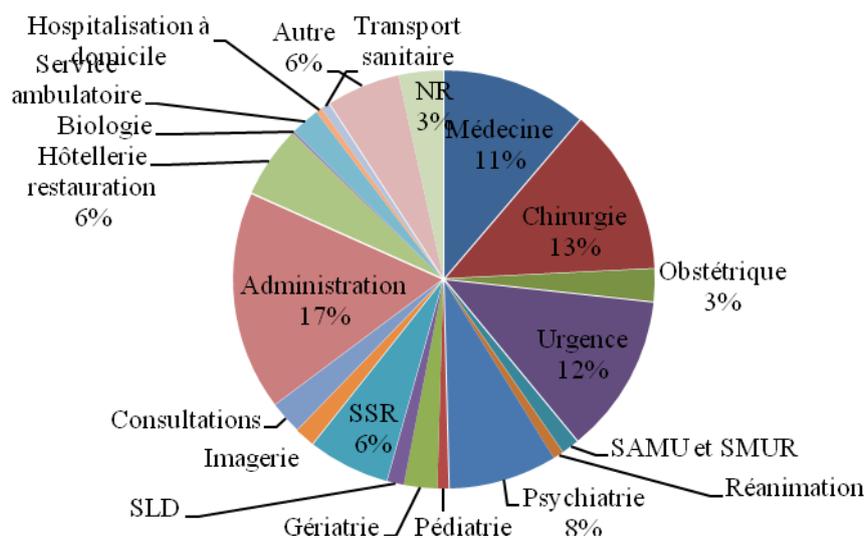
Le nombre de réclamations (291 structures exploitées) est comparable, quelle que soit l'année du rapport, CDU 2018 et CDU 2019, à -1 % près.

Les **délais de traitement des réclamations** sont exploitables pour 236 structures.

Sur 236 structures dont les informations étaient exploitables, on peut déclarer qu'au moins 50 % des structures ont :

- un délai minimum de traitement des réclamations inférieur ou égal à 1 jour
- un délai moyen de traitement des réclamations inférieur ou égal à 12 jours,
- un délai maximum de traitement des réclamations inférieur ou égal à 33 jours,

Répartition du nombre de réclamations selon le service



Les motifs de réclamation ont été regroupés en quatre catégories :

- "Accueil et administration",
- "Prise en charge : aspects médicaux",
- "Prise en charge : aspects paramédicaux",
- "Vie-quotidienne, environnement".

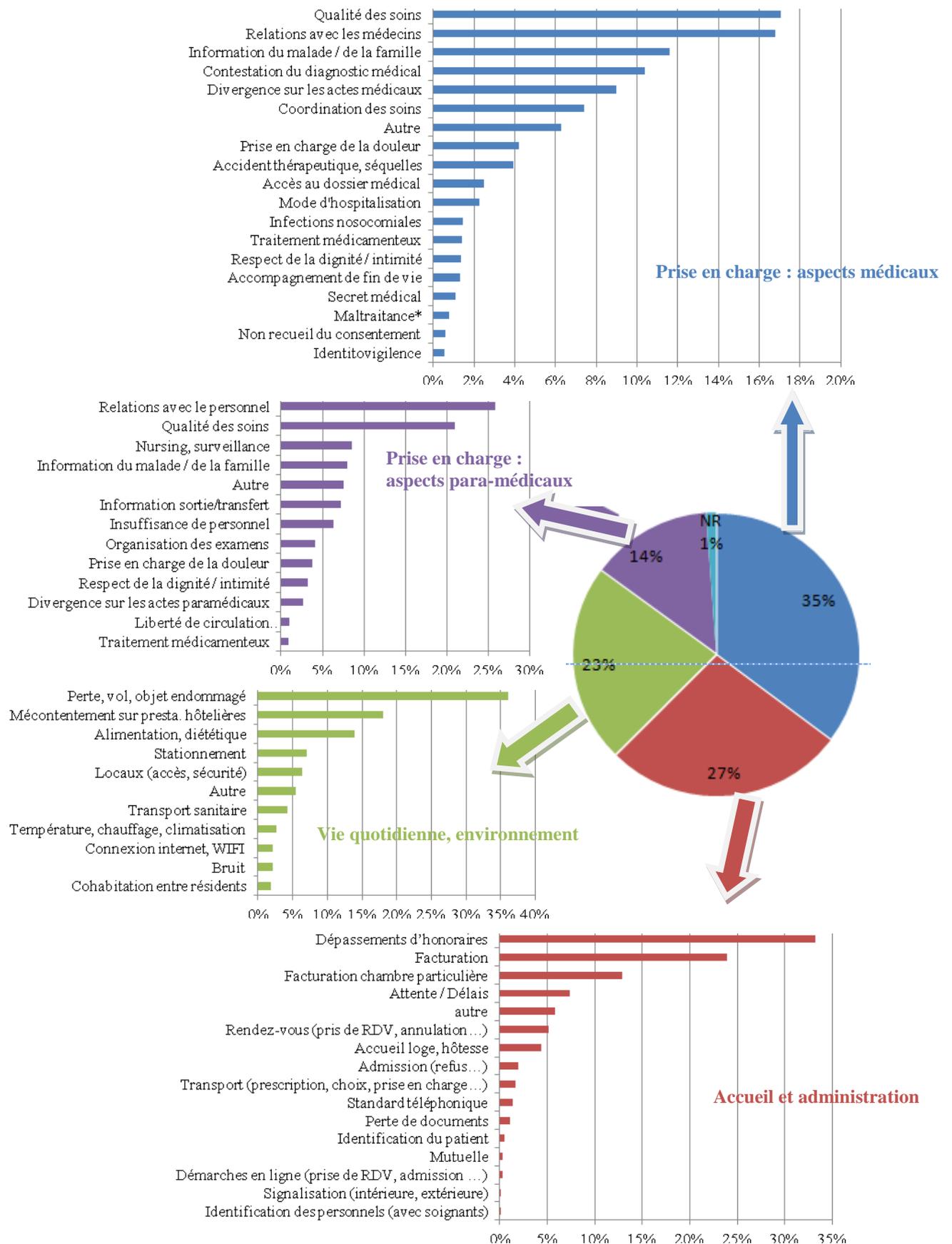
On notera que :

- les plaintes concernant l'administration ne représente plus que 17 % en 2019, (versus 19 % en 2018). Par contre, la part de l'hôtellerie restauration est passée de 4 % à 6 %.
- Il n'est pas possible de déterminer si les réclamations sont justifiées, ni évaluer la gravité des réclamations.

Dans le document qui suit cette page, il est permis d'évaluer :

- à l'aide du graphique circulaire, l'importance des motifs de réclamations selon les 4 catégories citées ci-dessus. 35 % des réclamations concernent la prise en charge et ses aspects médicaux,
- les graphiques en barre permettent, pour chacune de ces catégories, de détailler les motifs. On constate ainsi que les items classés en tête des réclamations, concernent la qualité des soins, les relations avec le médecin et les informations données au malade et à la famille.

Tableau général de la répartition des motifs des réclamations pour 263 structures



Le motif "accueil et l'administration"

C'est 27 % (contre 26 % en 2018). Il est composé de réclamations ayant trait à la facturation (33 % des dépassements d'honoraires, 24 % de la facturation et 13 % de la facturation de la chambre particulière). Mais des insatisfactions existent en ce qui concerne la qualité de l'accueil et la prise en charge administrative trop lente. 8 % des structures ont rédigé une recommandation sur la qualité de l'accueil et 6 % sur la prise en charge administrative (délais, facturation, secrétariat...)

Le motif "vie quotidienne, environnement"

C'est 23 % des réclamations. Les usagers émettent des réclamations qui touchent au vol, à la perte d'objets, mais expriment aussi un "mécontentement sur les prestations hôtelières". Les vols de biens personnels font l'objet d'une recommandation dans 6 structures

Le motif "prise en charge : aspects paramédicaux"

C'est la moitié des réclamations qui sont liées aux relations avec le personnel (26 %) et/ou la qualité des soins (21 %). La qualité de la prise en charge paramédicale fait l'objet d'une recommandation dans 6 % des structures.

Plaintes et médiations

Nombre de plaintes reçues : 11 112

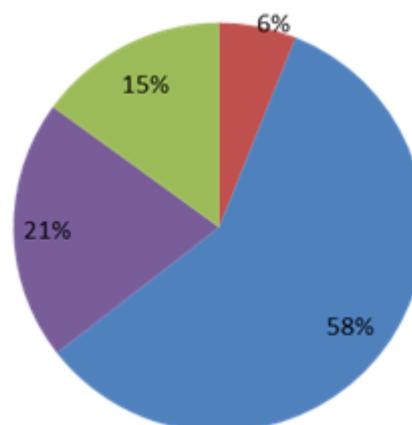
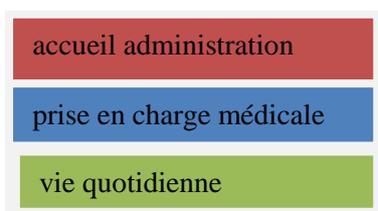
Nombre de médiations proposées : 1 920

Nombre de médiations réalisées : 674, dont 72 en présence d'un RU

Les médiations réalisées

58 % concernent la prise en charge : aspects médicaux.

19 % des 1 667 motifs des actions correctives concernent l'accueil et l'administration



Informations relatives à la mesure de la satisfaction des usagers

L'évaluation de la satisfaction des usagers s'effectue selon diverses formes :

- sur les 303 structures répondantes, 93 % distribuent des questionnaires de sortie pour mesurer la satisfaction de leurs patients après un séjour (90 % des structures privées et 97 % des publiques),
- seulement 21 établissements, dont 18 structures privées, n'ont pas de questionnaire de sortie,
- 60 % des structures remettent le questionnaire à l'entrée de l'hospitalisation, 58 % à la sortie, 31 % durant le séjour et seulement 8 % après le séjour,
- 74 % des structures le remettent en main propre à un membre du personnel,
- 85 % des CDU effectuent une analyse des réponses et dans 95 %, elles mettent en place des actions après cette analyse.

Le taux de retour :

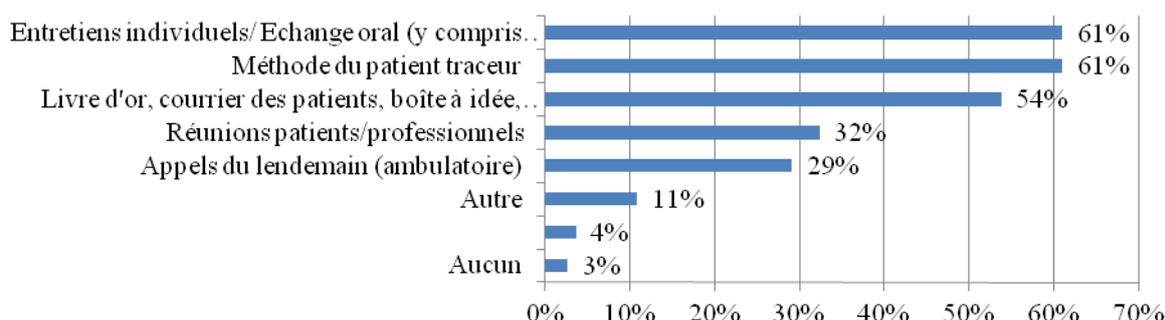
- sur les 282 structures ayant un questionnaire de sortie, seulement 11 structures ont un taux de retour compris entre 75 % et 100 %, le taux de retour médian est de 29 %,
- pour les structures privées, le taux de retour est de 24 % contre 15 % pour les publiques. Ces taux ont baissé de plus de 7 points par rapport à 2018.

Enquête de satisfaction E-SATIS

L'arrêté du 18 juin 2019 prévoit la réalisation de l'enquête E-SATIS dans les établissements de santé ayant une activité MCO (Médecine, Chirurgie, Obstétrique). On constate que :

- 71 % des 155 établissements MCO de la région AuRA utilisent le questionnaire de satisfaction E-SATIS (Enquête de SATISfaction) pour collecter l'avis de leurs patients, contre 73 % l'année dernière.
- 92 % indiquent que les résultats des indicateurs E-SATIS sont accessibles aux usagers et 92 % informent la CDU des résultats de l'enquête. Ces pourcentages ont augmenté de plus de 5 points par rapport à l'année dernière.

Part des structures selon les moyens dont elles disposent pour mesurer la satisfaction (hors questionnaire de sortie, E-SATIS et enquêtes de satisfaction)



Parmi les 303 structures répondantes, 171 structures (soit 56 %) disposent d'une autre enquête qu'E-SATIS, autre que le questionnaire de sortie. Par exemple, 61 % des structures répondantes mesurent la satisfaction des patients via les entretiens individuels formels ou informel ou même la méthode du patient traceur. 93 % des établissements informent la CDU des résultats de ces enquêtes.

Documents d'information à destination des usagers

Les structures mettent à disposition des usagers des documents d'information sur leurs droits. Cette information passe par le biais du livret d'accueil, de la charte de la personne hospitalisée et d'autres dispositifs.

95 % des structures répondantes expliquent et accompagnent les usagers au moment de la remise des documents d'information.

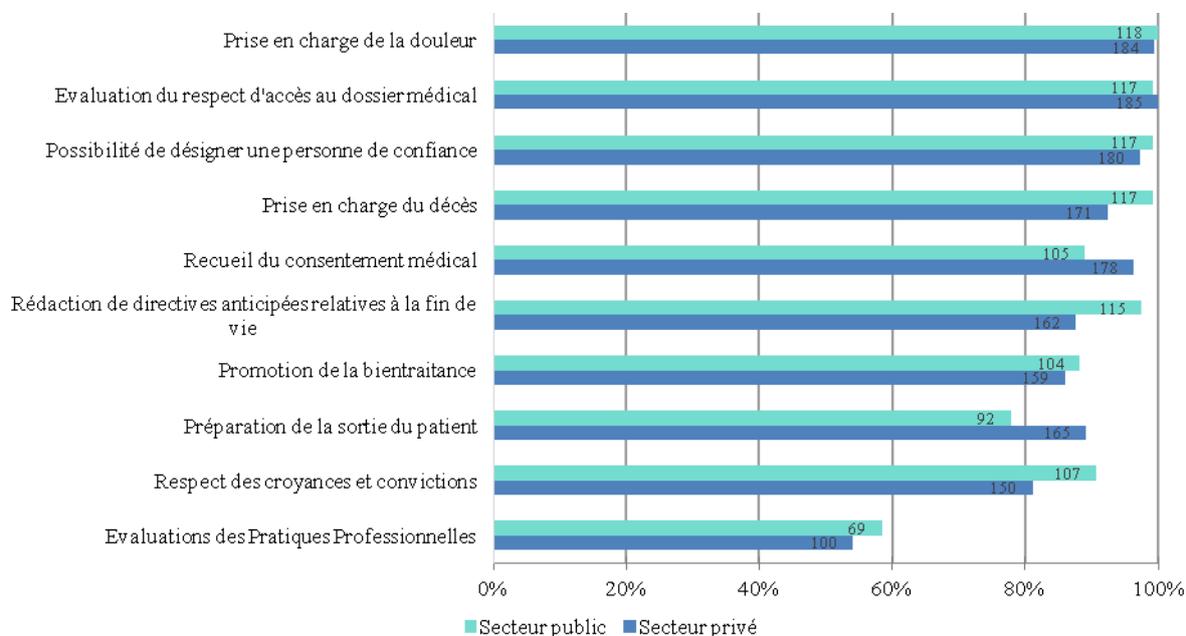
Le livret d'accueil et l'information des usagers

Toutes les structures répondantes possèdent un livret d'accueil, en conformité avec l'article L. 1112-2 du code de la santé publique, livret remis à toute personne hospitalisée prise en charge par l'établissement ou, le cas échéant, au proche de la personne hospitalisée. On notera que :

- sur les 303 structures répondantes (ayant toutes **un livret d'accueil**, 84 % le remettent au patient lors de son entrée,
- 64 %, à l'accueil, 46 % le mettent à disposition dans le bureau des admissions, 34 % sur le site internet et 33 % dans les chambres,
- dans les 6 % "autre", il est remis à la demande du patient, pendant une consultation ou à disposition à la maison des usagers. 84 % lui associent la charte de la personne hospitalisée et 33 % divers documents, dont la charte de la laïcité, la charte de bienveillance, le contrat de soin et contrat de séjour, la composition de la CDU, le droit à l'image, l'information sur le dossier médical partagé (DMP), etc...
- 98 % des établissements disposant de **la charte de la personne hospitalisée** l'affichent, dans les lieux fréquentés par les usagers de l'établissement (82 %), dans l'espace commun de l'unité (67 %), dans chaque chambre (16 %), autre (5 %). Dans les 5 % "autre", les établissements le mettent dans les bureaux des personnels ou des admissions, dans les salles d'attente ou bien sur les panneaux d'affichage. Seulement 2 structures n'ont pas de charte de la personne hospitalisée,
- 87 % des structures répondantes affichent **les indicateurs qualité** pour informer les usagers et 86 % mettent à disposition la composition et le fonctionnement de la CDU.

Informations relatives au respect des droits des usagers au sein de l'établissement

Part des structures (%) dans lesquelles il existe des dispositifs ou procédures relatifs aux droits des usagers

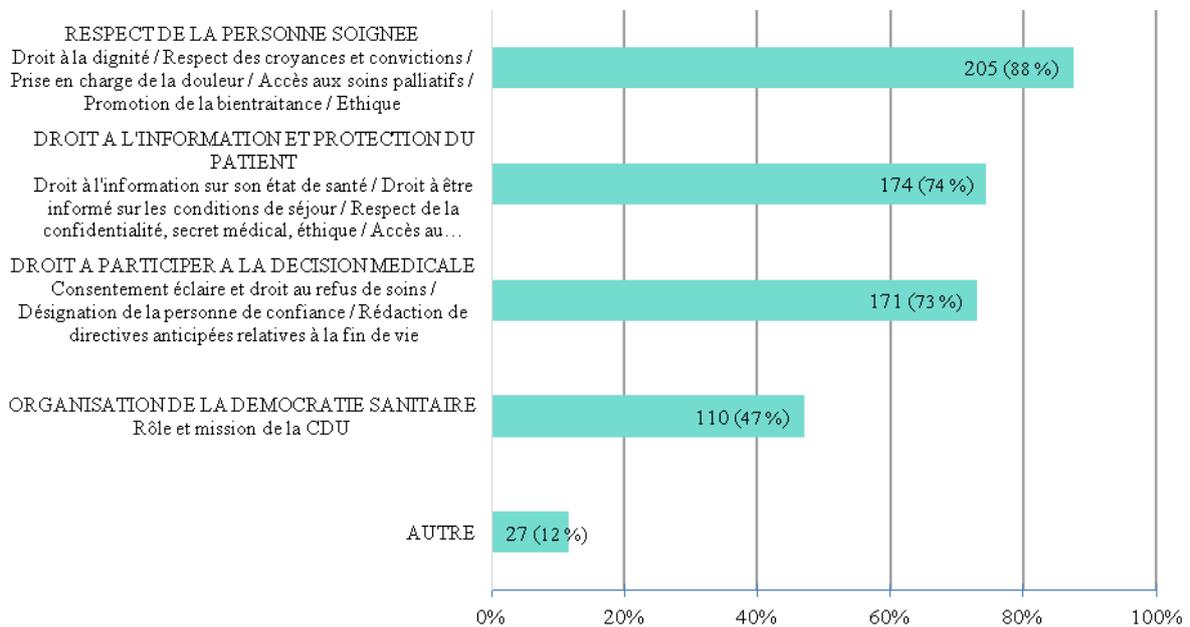


Source : Enquête CDU-2019 - Activité 2019 - AFS Auvergne-Rhône-Alpes

Comme on peut le constater ci-dessus, en 2019, sur les 303 structures répondantes :

- 104 structures publiques (88 %) et 159 structures privées (86 %) ont **une procédure de promotion de la bientraitance**,
- pour **la prise en charge du décès**, elle existe dans 95 % des établissements (versus 96 % en 2018),
- pour **le recueil du consentement médical**, le score est de 93 % en 2019 versus 94 % en 2018,
- les thèmes de l'évaluation du **respect d'accès au dossier médical**, la possibilité de **désigner une personne de confiance**, la **rédaction des directives anticipées à la fin de vie** et l'**évaluation des pratiques professionnelles (EPP)** restent constants, avec l'existence de ces dispositifs dans respectivement 100 %, 98 %, 91 % et 56 % des structures tout comme en 2018.
- deux thèmes gagnent un point par rapport à 2018 : **la prise en charge de la douleur** est présente dans 100 % des structures et **le respect des croyances et convictions** qui est présent dans 85 % des structures. Seul le thème de **la préparation de la sortie du patient** gagne 2 points par rapport à 2018 : ce dispositif existait dans 83 % des structures en 2018, mais dans 85 % des structures en 2019.

Part des structures (%) dans lesquelles le personnel a eu une information et/ou sensibilisation relative aux DDU en 2019



Source : Enquête CDU-2019 - Activité 2019 - ARS Auvergne-Rhône-Alpes

En 2019, 234 structures (77 %) ont proposé une information et/ou sensibilisation sur les thèmes ci-dessus :

- 205 des établissements (88 %), le respect de la personne soignée,
- 174 établissements (74 %), le droit à l'information et la protection du patient,
- 171 établissements (75 %), le droit de participer à la décision médicale,
- 110 établissements (47 %), l'organisation de la démocratie sanitaire.

Part du personnel ayant bénéficié d'une formation relative au DDU en 2019

En 2019, sur les 303 structures interrogées, **54 %** (baisse de 3 points par rapport à la déclaration 2018) déclarent que des membres de leur personnel ont suivi une formation relative aux DDU en 2019, soit **12 781 membres du personnel au total**. Des formations qui ont concerné plus le secteur public (79 % en 2019 versus 83 % en 2018) que le secteur privé (38 % en 2019 versus 40 % en 2018).

Un thème qui a retenu fortement l'attention du personnel est le respect de la personne soignée, suivi par 8 507 stagiaires. Le thème, le droit à la formation et la protection du patient a rassemblé 3 566 stagiaires. 2 398 stagiaires pour le droit de participer à la décision médicale. Seulement 1 018 personnes pour l'organisation de la démocratie sanitaire

Zoom sur la qualité de la prise en charge et de l'accueil des personnes

Respect des croyances et convictions

- 85 % des structures interrogées ont un dispositif d'information sur le respect des croyances et des convictions, en informant les usagers via un tableau d'affichage ou un livret d'accueil. Seules 28 % des structures (25 % en 2018) ont désigné une personne référente sur ce sujet. Par ailleurs, 42 % des structures, soit 108, n'ont ni lieu de confession, ni lieu de culte au sein de leur établissement.

Recueil du consentement médical

- 93 % des structures ont une procédure ou une organisation permettant le recueil du consentement.

Information sur les frais de prise en charge

- 88 % des structures dispensant des consultations (parmi les 183 structures concernées par la question) affichent leurs tarifs dans les lieux de consultation.

Evaluation du respect d'accès au dossier médical

- 99,7 % des structures ont un dispositif d'information sur la procédure d'accès au dossier médical. Seule une structure publique ne dispose pas de cette procédure. 79 % des structures facturent les photocopies aux usagers.

Possibilité de désigner une personne de confiance

- 98 % des structures disposent d'une procédure d'information des usagers de la possibilité de désigner une personne de confiance.

Directives anticipées

- 91 % des structures ont une procédure d'information des usagers de la possibilité de rédiger des directives anticipées relatives à la fin de vie.

Prise en charge de la douleur

- 99,7 % des structures ont une procédure systématique d'évaluation et de prise en charge de la douleur dans les services (seule une structure de secteur privé n'a pas ce dispositif).

Préparation de la sortie

- 85 % des structures ont un protocole d'organisation de la sortie des patients.

Prise en charge du décès

- 95 % des structures ayant répondu à l'enquête disposent d'une procédure de prise en charge du décès.

Evaluation des pratiques professionnelles (EPP)

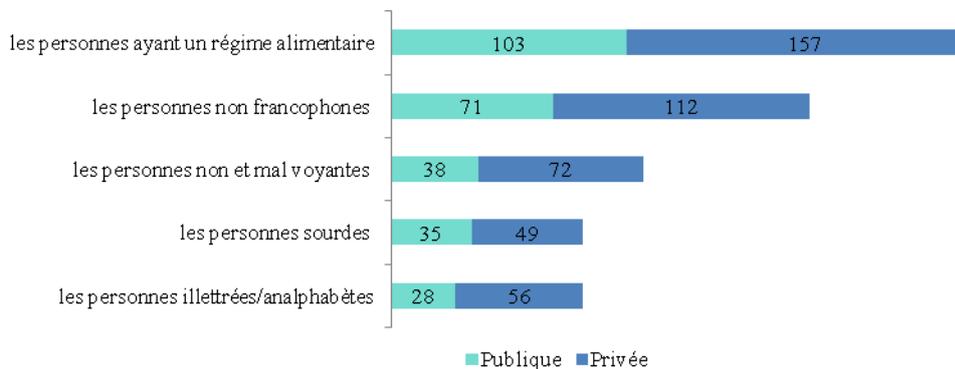
- 56 % des structures ont des EPP relatives aux droits des usagers.

Promotion de la bientraitance

- 87 % des structures ont des actions de promotion de la bientraitance.

Evaluation des dispositifs d'accueil adaptés au public spécifique

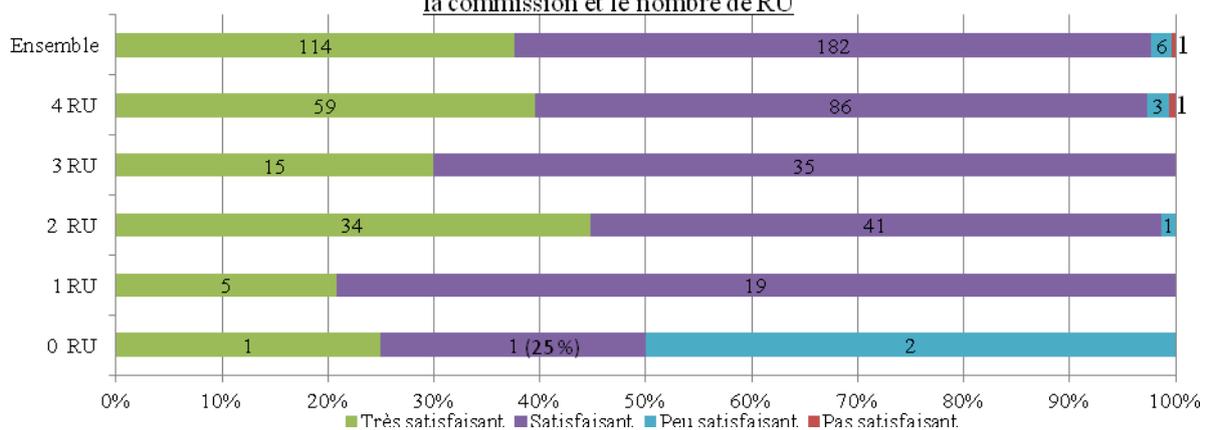
Part des structures ayant des dispositifs d'accueil adaptés au public spécifique



- 99 % des structures sont accessibles aux personnes à mobilité réduite.
- 86 % des structures répondantes ont un dispositif d'accueil adapté pour les personnes ayant un régime alimentaire spécifique.
-

Avis donné par la CDU sur sa place dans la politique de prise en charge

Répartition des structures selon l'avis donné par la CDU sur le fonctionnement global de la commission et le nombre de RU



Comme le montre le tableau ci-dessus :

- 98 % des structures sont très satisfaites ou satisfaites du fonctionnement global de la commission (respectivement 38 % et 60 %),

- 59 établissements ayant 4 représentants des usagers dans leurs commissions sont très satisfaits du fonctionnement global.

Mise en œuvre des recommandations formulées par la CDU

Dans la région Auvergne-Rhône-Alpes, en 2018, 1 257 recommandations avaient été formulées par la CDU, dans 193 structures (78 structures publiques et 115 privées). 68 % de ces recommandations ont été formulées dans le secteur privé et 32 % dans le secteur public. A noter que 56 % des recommandations formulées en 2018 ont abouti.

Exercice actuel : Formulation de recommandations

En 2019, on comptabilise 1 271 recommandations formulées, soit 73 de moins qu'en 2018, réparties sur 211 structures (79 publiques et 132 privées), se répartissant comme suit :

- pour 37 % sur l'organisation d'événements dédiés aux droits des usagers,
- pour 35 % sur le questionnaire de satisfaction des patients,
- dans les 17 % "autres thèmes de recommandations", pour 2 % il s'agit de l'amélioration des services de l'établissement, pour 6 % sur les procédures de prise en charge du patient, pour 6 % sur le bon fonctionnement de la structure et pour 3 % sur l'implication des représentants des usagers.

En conclusion

L'ARS fait le constat, au fil du temps, que les établissements se mobilisent et s'organisent pour appliquer au mieux les orientations de la loi de janvier 2016.

La confiance et la coopération s'affirment entre les communautés de soins et les représentants des usagers, se traduisant par l'attribution de présidences et de vice-présidences, occupées par des représentants d'usagers.

En même temps, le travail, au sein des commissions, tant dans l'exercice de la démocratie que de la recherche de la qualité et de la sécurité des soins, contribue à accroître le niveau d'efficacité des établissements. L'exemple du traitement des événements indésirables graves, comme l'examen attentif des plaintes, illustrent parfaitement, avec la préoccupation constante de remédiations, l'esprit de co-construction qui anime tout un chacun, tant les usagers que les soignants.

Des marges de progrès existent, dans la volonté partagée de mieux appliquer les droits des usagers et de gagner en efficacité, dans tous les secteurs du soin.

C'est pour toutes ces raisons que la CRSA, avec confiance, reconduit les recommandations des années précédentes à l'attention des établissements de santé, afin qu'ils répondent au mieux à la réglementation.

Recommandations

La CRSA reconduit les recommandations des années précédentes, à l'attention des établissements de santé qui ne répondent pas entièrement à la réglementation.

Retour des questionnaires relatifs au fonctionnement de la CDU

- Transmettre impérativement le rapport d'activité de la Commission des usagers (CDU) à l'ARS.

Fonctionnement de la CDU

- Respecter la fréquence de 4 réunions annuelles imposées par les textes.
- Poursuivre les actions de formation relatives aux rôles et missions de la CDU auprès des membres de la commission

Informations relatives à la gestion des réclamations

- Utiliser les motifs des réclamations qui révèlent des dysfonctionnements pour mettre en œuvre des actions de remédiation.
- Informer la CDU du nombre et des motifs des plaintes relevant du contentieux, bien que cette dernière n'ait pas à les traiter

Informations relatives à la mesure de la satisfaction des usagers

- Débattre des résultats relatifs à la satisfaction des patients (enquête ou E-SATIS) en commission.

Informations relatives au respect des droits des usagers au sein de l'établissement

- Poursuivre les actions visant à préparer la sortie des patients, à respecter les croyances et convictions dans les limites du fonctionnement des services, et à promouvoir la bienveillance

Politique liée à la qualité de la prise en charge et de l'accueil des personnes

- Echanger systématiquement, en CDU, sur les actions prévues ou engagées dans le domaine de la qualité de prise en charge.

CONTRIBUTIONS

Comment permettre la prise en charge et la libre circulation des usagers dans un système de santé en tension ? (Bruno DELATTRE)

Comment permettre la prise en charge et la libre circulation des usagers dans un système de santé en tension ?

La situation des usagers face aux mesures prises dans l'urgence et face aux phases 2 et suivantes de la pandémie COVID

Au-delà des constats émis à l'issue de la première phase de la pandémie et du début de la deuxième, il s'agit désormais d'assurer la continuité de la prise en charge de l'ensemble des pathologies, y compris lorsque le système de santé est en tension. En effet, il nous faut prendre appui sur les constats de durée de situations déjà vécues (la grippe espagnole a sévi près de quatre ans dont deux de phase intense, la grippe de Hong Kong deux ans).

L'accès aux soins, déjà complexe en situation dite normale, peut-il être préservé lorsque l'organisation des soins est orientée essentiellement pour la prise en charge d'une seule pathologie, la Covid-19 aujourd'hui ?

D'une part, l'organisation mise en place a limité le dépistage et l'accès aux soins, interrompu l'inclusion de patients à des essais cliniques et rendu difficile l'accès aux plateaux techniques. D'autre part, l'autolimitation des malades à l'accès aux soins a aussi participé aux retards de prises en charge dont on ne mesurera les effets qu'à moyen terme. Ainsi, les reports de consultations initiales et de suivi auront des incidences sur différentes phases des prises en charge (dépistage, diagnostic, imagerie...).

Pour anticiper ces conséquences pour les usagers lors de nouvelles phases épidémiques, notre système de santé pourra utiliser plusieurs leviers :

- L'adéquation des décisions avec la situation des territoires de proximité : cela suppose de renforcer les éléments statistiques qui permettent la connaissance fine du territoire.

Ne pourrions-nous pas réorienter à court terme les moyens disponibles des observatoires vers cet objectif ?

- Le développement des téléconsultations, avec le bémol du maintien d'un examen clinique dans un nombre important de situations.

Ne pourrions-nous pas former les professionnels à l'outil régional ?

- L'accélération des coopérations entre les professionnels, entre les établissements, quel que soit leur statut, entre les médecins de ville et l'hôpital.

Serait-il possible :

- de créer dans chaque établissement de santé une plateforme dédiée aux professionnels pour l'accès aux rendez-vous et avis en urgence ?
 - d'accélérer la formalisation des conventions entre les différents établissements (publics, privés lucratifs, privés non lucratifs en sanitaire et médico-social) ?
 - de définir des filières inter-établissement de prise en charge par territoire, en tenant compte autant que faire se peut, du choix du patient ?
- Anticiper la saturation du système des soins lors des phases de crise.

Ne serait-il pas possible :

- d'augmenter le nombre de lits de soins intensifs et/ou palliatifs, ces lits devenant des lits « de recours » ?
- de conforter la formation des personnels en HAD (hospitalisation à domicile) ?
- de revisiter les circuits d'approvisionnement en médicaments ?
- de formaliser le rôle du pharmacien d'officine, essentiel dans son rôle de proximité avec l'utilisateur ?
- d'assurer l'approvisionnement des équipements de protection individuels des professionnels et des patients, résidents, personnes accueillies dans les structures ?
- de s'assurer de la mise en œuvre effective d'un comité d'éthique dans chaque établissement ?
- de conforter le dispositif de recueil et de partage des données ?
- de renforcer la formation au risque infectieux ?
- de créer par territoire une coordination qui associe l'ensemble des acteurs (public, privé lucratif, non lucratif), qu'ils soient sanitaires, sociaux ou médico-sociaux ?
- de renforcer la prévention à l'attention des publics vulnérables ?

La « libre circulation des usagers » dans un système de santé sous tension

La relation soigné-soignant a particulièrement évolué ces vingt dernières années. Les bilans des modalités de mise en œuvre des démarches « patient expert », « patient partenaire », « expertise patient » étaient en cours lorsque la crise sanitaire est venue revisiter cette relation soigné-soignant.

Comment continuer à écouter le patient, comment continuer l'information, comment continuer à associer le patient dans le processus de décision lorsque l'urgence, le manque de moyens et les filières de prise en charge ne peuvent se décliner sereinement ? Comment associer les proches lorsque la présence du virus leur ferme les portes des établissements ?

De même, dans le secteur du médico-social, comment continuer l'accompagnement de fin de vie, les soins palliatifs pour patients Covid ou non-Covid, comment ne pas installer le repli sur soi du patient lorsque jusqu'à 30 % des professionnels sont eux-mêmes concernés par le virus, lorsque le risque de contamination est élevé ? Comment permettre à l'utilisateur et à ses proches de « circuler autrement » lorsque les portes se ferment ? Comment généraliser un « ouvert-fermé » ?

En effet, de nombreuses initiatives ont atténué cet isolement ou cette non possibilité de participer aux décisions prises. Certaines sont à proroger et à conforter même si elles ne sont pas accessibles à tous :

- L'outil numérique permet de pallier, même si cela est partiel ou difficile, l'absence physique grâce aux supports du langage et à de nouveaux modes de communication (tablettes, visio...)
- L'accompagnement personnalisé par le biais de médiation (cadre de santé, psychologue, assistante social ou encore animateur en médico-social...)
- L'aménagement d'espaces qui tiennent compte des mesures barrières et qui permettent les visites, le lien humain et social avec les proches
- La réactivation des CDU, CVS et autres instances où les usagers ou leurs représentants sont présents

D'autres sont à revisiter collectivement :

- La place de la « démocratie en santé » en cas de crise sanitaire
- Le respect de la personne en fin de vie, le respect de sa dignité absolue
- Le libre choix et l'accès aux droits
- L'urgence à développer les offres de soins palliatifs
- La formalisation des « directives anticipées »
- L'écoute de l'expression des usagers
- La place de l'éthique et sa déclinaison dans les établissements et structures sanitaires ou médico-sociales
- Les modalités pour apaiser la souffrance en fin de vie avec le choix spirituel de chacun
- L'accompagnement de la solitude lorsque le malade ou le résident n'a plus de famille à proximité
- La présence des deux parents au moment de la naissance d'un enfant et dans les jours qui suivent
- Les moments pour ne pas « déritualiser » la mort
- Quel lien social pour les personnes concernées par la fracture numérique
- Les limites du principe de précaution.

A l'issue de la première phase de la crise sanitaire liée à la Covid-19, les questions du sens de la vie et du sens de la mort ne peuvent être éludées. La santé est un bien. Quelle place lui laisse-t-on face à la liberté qui est une valeur ? Cela suppose de retrouver l'art du débat.

Difficile de conclure le rapport «droits des usagers 2020», qui s'appuie sur l'année 2019, sans déborder sur 2020 et évoquer la crise sanitaire qui a fortement impacté le système de soins français. Tant l'hôpital, le médico-social que la médecine de ville.

La priorité retenue par tous les décideurs a été donnée à l'humain, avant les intérêts financiers ou les impératifs économiques. Un réflexe d'ordre éthique rassurant. L'effort a été grand et courageux. Ne serait-ce que pour décider le confinement généralisé, qui a été un enfermement de toute une population et l'interruption de nombreux secteurs d'activité.

La crise sanitaire s'est abattue sur un système hospitalier fragilisé par les réductions d'effectifs et les baisses de moyens. Une fois de plus, le «business model», qui ne voit dans les lits, dans les personnels et même dans les patients que des éléments de gestion financière, a montré ses limites. Trop éloigné d'une vision globale de la santé qui doit s'affranchir, à certains moments, de la bureaucratie qui génère des retards à la décision et trop souvent recule devant les engagements financiers.

La simplicité et la confiance n'ont pas toujours été au rendez-vous quand il fallait se fier aux acteurs de terrain, publics et privés. La crise a montré également que la souveraineté de la France, en matière de santé, est trop dépendante de l'extérieur. On l'a vu pour les masques, pour le gel hydro-alcoolique, pour les tests,... Depuis 2008, aucun des pays européens ne produit du paracétamol ! D'urgence, il est nécessaire de redéfinir la politique du médicament et reconsidérer l'appui aux industries de santé.

Le Ségur de la santé s'est donné pour objectif de revaloriser les carrières des professionnels du soin et du médico-social. Etape attendue et incontournable ! Mais à très court terme et sans effet durable, si les premières réponses ne sont pas suivies de la mise en place d'une politique de santé, plus efficace, plus humaine, plus respectueuse des droits de chacun ...

Les trois dernières lois de santé, celles de 2009, 2016 et de 2019 sont loin d'avoir répondu aux attentes et aux besoins de chaque citoyen, notamment en matière d'accès aux soins, quel que soit son territoire de vie. Cette réforme devra se faire avec les patients, pour les patients, en allant bien au-delà des objectifs de «ma santé 2022», bien loin des promesses effectuées.

De ce point de vue, la démocratie en santé, mise de côté par les politiques et les experts, doit être revitalisée. L'époque n'est plus au «patient-sujet». Avec la loi du 4 mars 2002, le patient ou l'utilisateur ont de nouveaux droits qu'ils entendent exercer. La démocratie sanitaire a irrigué le corps social. Il est temps que les CRSA, en tant qu'entités démocratiques, accèdent au statut de parlement régional, sanitaire et social, en définissant démocratiquement les axes majeurs de la prévention et de l'organisation des soins, avec les acteurs et les bénéficiaires du territoire, dans le respect de la population de chaque bassin de vie. C'est un défi à relever.

L'état de crise sanitaire permanent, menaçant nos sociétés, nous exhorte, non pas à cultiver la psychose, mais à nous préparer à la gestion des risques... pour que l'après soit un progrès et non un recul.

Définition des sigles et acronymes utilisés dans le rapport

ALD	Affection de Longue Durée
AME	Aide médicale d'Etat
ANAP	Agence nationale d'appui à la performance
ANESM	Agence nationale de l'évaluation et de la qualité des établissements et services sociaux et médico-sociaux
APL	Accessibilité potentielle localisée
ARS	Agence régionale de santé
ATIH	Agence technique de l'information sur l'hospitalisation
CAIM	Contrat d'aide à l'installation médecin
CARSAT	Caisse d'assurance retraite et de la santé au travail
CAS	Contrat d'accès aux soins
CCAS	Centre communal d'action sociale
CDPI	Chambre disciplinaire de première instance
CDU	Commission des usagers
CE	Conseil d'Etat
CESP	Contrat d'engagement de service public
CG	Conseil général
CISSRA	Collectif Inter associatif Sur la Santé Rhône-Alpes
CLAN	Comité de liaison alimentation et nutrition
CLIC	Centre Local d'Information et de Coordination
CLIN	Centre de Coordination de la Lutte contre les Infections Nosocomiales
CLIS	Classe pour l'inclusion scolaire
CLS	Contrat local de santé
CME	Commission médicale d'établissement
CMU	Couverture Maladie Universelle
CNAM	Caisse nationale d'assurance maladie
CNO	Conseil national de l'ordre
CNOM	Conseil national de l'ordre des médecins
CNS	Conférence Nationale de Santé
CNSA	Caisse nationale de solidarité pour l'autonomie des personnes âgées et des personnes handicapées
COSCOM	Contrat de stabilisation et de coordination pour les médecins
COTRAM	Contrat de transition pour les médecins
CPAM	Caisse primaire d'assurance maladie
CPOM	Contrat d'objectifs et de moyens

CPTMG	Contrat de Praticien Territorial de Médecine Générale
CPU	Commission pluridisciplinaire unique
CRA	Commission de recours amiable
CREAI	Centre Régional d'Etudes et d'Actions sur les handicaps et les Inadaptations
CROM	Conseil régional de l'ordre des médecins
CRSA	Conférence régionale de la santé et de l'autonomie
CRUQ PC	Commission des relations avec les usagers et de la qualité de prise en charge
CSDU	Commission Spécialisée Droits des Usagers
CSP	Code de la santé publique
CSTM	Contrat de solidarité territoriale
CTS	Conseil territorial de santé
CVS	Conseil de vie sociale
DA	Directives anticipées
DCC	Dossier communiquant en cancérologie
DD	Délégation Départementale
DDU	Droits des usagers
DGOS	Direction générale de l'offre de soins (ministère)
DMP	Dossier médical personnel
DOM	Département d'outre-mer
DREES	Direction de la recherche, des études, de l'évaluation et des statistiques
DRSM	Direction régionale du service médical
DUEQ	Délégation usagers—qualité
EAPPEP	Elèves à besoins éducatifs particuliers
EHPA	Etablissement d'Hébergement pour Personnes Agées
EHPAD	Etablissements d'hébergement pour personnes âgées dépendantes
EPP	Evaluation des pratiques professionnelles
ERP	Etablissement recevant du public
ESAT	Etablissement et service d'aide par le travail
E-SATIS	Indicateur de la satisfaction des patients hospitalisés.
ESMS	Etablissement social et médicosocial
ESSMS	Etablissements et services sociaux et médico-sociaux
ETS	Etablissement de santé
FAM	Foyer d'accueil médicalisé
FAS	France Assos Santé
FIR	Fonds d'intervention régional

FSOEU	Formations spécifiques organisant l'expression des usagers
GHT	groupement hospitalier de territoire
HAD	Hospitalisation à domicile
HAS	Haute Autorité de Santé
IGAS	<i>Inspection Générale des Affaires Sociales</i>
IGF	Inspection générale des finances
IME	Institut médico éducatif
INDS	Institut national des données de santé
INSEE	Institut national de la statistique et des études économiques
IRDS	Institut de recherche et documentation en économie de la santé
I-SATIS	Indicateur de mesure de la SATISfaction des patients hospitalisés
ITEP	Institut Thérapeutique Educatif Pédagogique
LISP	Lits Identifiés en Soins Palliatifs
MAS	Maisons d'accueil spécialisé
MCO	Médecine chirurgie obstétrique
MSP	Maison de santé multi-professionnelle
PACA	<i>Provence-Alpes-Côte d'Azur,</i>
PAPS	Plate-forme d'Appui aux Professionnels de Santé
PASCALINE	Parcours de santé coordonné et accès à l'innovation numérique
PP	Projet personnalisé
PRAPS	Programme régional d'accès
PRIAC	Programme interdépartemental d'accompagnement
PRS	Projet régional de santé
PS	Professionnels de Santé
QSM	Quartier de semi-liberté
RU	Représentant des usagers
SAE	Statistique annuelle des établissements de santé
SDIS	Service départemental d'incendie et de secours
SDRE	Soins sur décision du représentant de l'Etat (préfet ou maire
SDT	Soins sur demande d'un tiers
SESSAD	Service d'éducation spéciale et d'accompagnement à domicile
SIG	Système d'information géographique
SROS	Schéma régional d'organisation sanitaire
SRP	Schéma régional de prévention
SSIAD	services de soins infirmiers à domicile

SSR	Soins de Suite et de Réadaptation
STATISS	STATistiques et Indicateurs de la Santé et du Social
TIC	Technologie de l'information et de la communication
TNS	Territoire de soins numérique
UCSA	Unité de consultation et de soins ambulatoires
UFC-Que Choisir	Union fédérale des consommateurs—Que choisir
UMD	Unité pour malades difficiles
URPS	Union Régionale des Professionnels de santé