

RAPPORT 2013

SUR LE RESPECT DES DROITS

DES USAGERS DU SYSTEME DE SANTE

SOMMAIRE

Introduction	page 4
I – Orientation 1 : promouvoir et faire respecter les droits des usagers	page 5
1. Former les professionnels de la santé sur le respect des droits des usagers	page 5
Dans le domaine ambulatoire.	page 5
Dans le domaine hospitalier.....	page 5
Dans le domaine médico-social.....	page 5
2. Rendre effectif le processus d'évaluation du respect des droits des usagers.....	page 6
Dans le domaine ambulatoire.....	page 6
Dans le domaine hospitalier.....	page 6
Dans le domaine médico-social.....	page 11
3. Droit au respect de la dignité de la personne - Promouvoir la bientraitance.....	page 11
Dans le domaine ambulatoire.....	page 11
Dans le domaine hospitalier.....	page 11
Dans le domaine médico-social.....	page 15
4. Droit au respect de la dignité de la personne - Prendre en charge la douleur.....	page 15
Dans le domaine ambulatoire.....	page 15
Dans le domaine hospitalier.....	page 15
Dans le domaine médico-social.....	page 19
5. Droit au respect de la dignité de la personne – Encourager les usagers à rédiger des directives anticipées relatives aux conditions de leur fin de vie... ..	page 19
Dans le domaine ambulatoire.....	page 19
Dans le domaine hospitalier.....	page 19
Dans le domaine médico-social.....	page 23
6. Droit à l'information – Permettre l'accès au dossier médical	page 23
Dans le domaine ambulatoire.....	page 23
Dans le domaine hospitalier.....	page 23
Dans le domaine médico-social.....	page 27
7. Assurer la scolarisation des enfants handicapés en milieu ordinaire ou adapté.....	page 27
8. Droits des personnes détenues – Assurer l'accès aux soins.....	page 27
9. Santé mentale - Veiller au bon fonctionnement des commissions départementales de soins psychiatriques.....	page 28

II - Orientation 2 : renforcer et préserver l'accès à la santé pour tous..... page 29

10. Assurer l'accès aux professionnels de santé libéraux..... page 29

11. Assurer financièrement l'accès aux soins..... page 29

12. Assurer l'accès aux structures de prévention..... page 29

13. Réduire des inégalités d'accès à la prévention, aux soins et à la prise en charge médico-sociale sur tous les territoires..... page 31

III - Orientation 3 : conforter la représentation des usagers du système de santé..... Page 32

14. Former les représentants des usagers siégeant dans les instances du système de santé..... page 32

IV - Orientation 4 : renforcer la démocratie sanitaire..... page 33

15. Garantir la participation des représentants des usagers et des autres acteurs du système de santé dans les conférences régionales de la santé et de l'autonomie et les conférences de territoire..... page 33

V – Analyse des rapports 2012 des CRU des établissements sanitaires..... page 34

VI - Suivi des recommandations émises par la CSA dans son rapport 2011 sur le respect des droits des usagers du système de santé..... page 38

Conclusion page 42

Annexes..... page 43

Annexe 1 : Liste des membres de la commission Droits des usagers..... page 44

Annexe 2 : Qualité des membres de la commission Droits des usagers Page 46

Annexe 3 : Participation des représentants des usagers et autres acteurs du système de santé..... page 47

Annexe 4 : Liste des sigles..... page 54

Introduction

Le décret du 31 mars 2010 relatif à la CRSA, stipule que le rapport sur le respect des droits des usagers du système de santé est établi selon un cahier des charges fixé par les ministres chargés de la santé, des personnes âgées, des personnes handicapées et de l'assurance maladie (art D. 1432-42 CSP). Il est préparé par la commission spécialisée dans le domaine des droits des usagers de la CSA.

L'arrêté du 5 avril 2012 portant cahier des charges relatif à l'élaboration du rapport de la conférence de la santé et de l'autonomie sur les droits des usagers précise que le rapport est élaboré en fonction des orientations suivantes :

Promouvoir et faire respecter les droits des usagers :

1. Former les professionnels de la santé sur le respect des droits des usagers.
2. Rendre effectif le processus d'évaluation du respect des droits des usagers.
3. Droit au respect de la dignité de la personne. – Promouvoir la bientraitance.
4. Droit au respect de la dignité de la personne. – Prendre en charge la douleur.
5. Droit au respect de la dignité de la personne. – Encourager les usagers à rédiger des directives anticipées relatives aux conditions de leur fin de vie.
6. Droit à l'information. – Permettre l'accès au dossier médical.
7. Assurer la scolarisation des enfants handicapés en milieu ordinaire ou adapté.
8. Droits des personnes détenues. – Assurer la confidentialité des données médicales et l'accès des personnes à leur dossier médical.
9. Santé mentale. – Veiller au bon fonctionnement des commissions départementales de soins psychiatriques.

Renforcer et préserver l'accès à la santé pour tous :

10. Assurer l'accès aux professionnels de santé libéraux.
11. Assurer financièrement l'accès aux soins.
12. Assurer l'accès aux structures de prévention.
13. Réduire des inégalités d'accès à la prévention, aux soins et à la prise en charge médico-sociale sur tous les territoires.

Conforter la représentation des usagers du système de santé :

14. Former les représentants des usagers siégeant dans les instances du système de santé.

Renforcer la démocratie sanitaire :

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

Le rapport 2013 sur le respect des droits des usagers se veut une présentation de la situation du système de santé de la région Guadeloupe au regard des orientations retenues par l'arrêté du 5 avril 2012 traduits en objectifs et déclinés en indicateurs.

I – Orientation 1 : Promouvoir et faire respecter les droits des usagers

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

Indicateurs / Données à recueillir :

- *Thèmes de formations suivis par les professionnels (douleur, fin de vie, fonctionnement des CRU et des CVS, etc.)*
 - *Couverture des formations par professions de santé*
 - *Couverture des formations par couverture géographique*
- *Nombre de formations proposées et réalisées ;*
- *Nombre de personnes formées*

Dans le domaine ambulatoire :

Les Unions régionales des professionnels de santé (URPS) ont été sollicitées par l'agence régionale de santé afin de connaître le dispositif en place et les thèmes de formation proposés.

Seul le programme de l'URPS des pharmaciens a été reçu à ce jour. Son projet 2013 porte sur l'accès à des défibrillateurs en officine, un partenariat avec l'association guadeloupéenne pour le dépistage organisé des cancers (AGWADEC) pour la délivrance de kits de dépistage du cancer colorectal en officine, et des formations du personnel sur l'éducation thérapeutique et l'asthme. La gestion de la douleur et de la fin de vie devrait être abordée avec les organismes associés tels que l'UTIP (Formation Pharmaceutique Continue).

Dans le domaine hospitalier :

Les formations initiales et continues du personnel sur le respect des droits des usagers sont assurées. Cent soixante trois agents ont été formés en 2012 dans les quatorze établissements de santé qui ont transmis leur rapport.

Dans le domaine médico-social :

Cent quatorze établissements et services médico-sociaux (ESMS) sont concernés par l'évaluation interne (EI) entre 2014 et 2021. Les premières EI doivent être réalisées au plus tard en 2014 et concernent cinquante trois ESMS. Vingt et une EI sur les cinquante trois premières attendues sont en cours ou réalisées.

En 2012, des crédits non reconductibles ont été alloués à 25 établissements en vue de l'évaluation interne. Un engagement contractuel a été rédigé et soumis à la signature de ces établissements.

Quatorze établissements et structures médico-sociales ont fait part de leur situation face aux orientations et objectifs fixés par l'arrêté du 5 avril 2012. Des professionnels ont été formés au respect des droits des usagers dans douze établissements.

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

Dans le domaine ambulatoire :

Indicateurs / Données à recueillir :

- *Existence d'un processus de traitement des réclamations et des plaintes permettant d'identifier leur nombre et leur évaluation ;*
- *Taux de réponse apportée aux réclamations et plaintes*

Il n'existe pas de processus particulier permettant d'identifier le nombre de réclamations et de plaintes reçues au conseil de l'ordre des médecins. La procédure peut consister en une comptabilité annuelle du nombre de réclamations et des plaintes instruites ou prises en compte lors de chaque réunion mensuelle du Conseil.

Toute information s'inscrivant dans le champ de contentieux portée à la connaissance du Conseil, de façon épistolaire et signée du plaignant est prise en compte.

Cependant la prise en compte d'une doléance ou d'une récrimination diffère de celle d'une plainte clairement exprimée dont l'instruction doit être menée réglementairement par la Commission de Conciliation prévue à l'Article L.4123-2 du Code de la Santé Publique.

En 2012, on compte quarante-neuf doléances et vingt-trois plaintes.

Dans le domaine hospitalier :

Indicateurs / Données à recueillir :

- *Fonctionnement effectif des commissions des relations avec les usagers et de la qualité de la prise en charge (CRUQPC) :*
 - *proportion d'établissements disposant d'une CRU ;*
 - *proportion des rapports des CRU transmis à l'ARS et à la CRSA ;*
 - *nombre de réunions par an (médiane des nombres de réunions par établissement) ;*
 - *composition et qualité des membres de la CRUQPC ;*
 - *existence ou non de formations pour les membres (proportion d'établissements disposant d'une CRUPQC pour lesquels il existe une formation pour les membres) ;*
- *Proportion d'établissements ayant une cotation A, B, C, etc. dans les rapports de certification HAS*

Les établissements de santé disposent d'une CRU. Sa composition est conforme aux préconisations.

Huit établissements sur quinze ont mis en place des formations pour les membres de la CRU, soit 53%.

Les représentants des usagers désignés en 2012, ont reçu de l'ARS le guide du Collectif Inter associatif sur la santé (CISS).

Référence 9 :

Critère 9.a Système de gestion des plaintes et réclamations

Etape 1 : Prévoir

La gestion des plaintes et réclamations est organisée (CRU en place, procédure formalisée, responsabilités définies).

Le système de gestion des plaintes et réclamations est articulé avec le dispositif de signalement des événements indésirables.

Etape 2 : Mettre en oeuvre

Les plaintes et réclamations sont traitées en lien avec les professionnels concernés.

Le plaignant est informé des suites données à sa plainte et des éventuelles actions correctives mises en oeuvre.

Etape 3 : Evaluer et améliorer

L'exploitation quantitative et qualitative des plaintes et réclamations incluant le suivi du délai de réponse au plaignant contribue à l'élaboration du programme d'amélioration de la qualité de l'accueil et de la prise en charge.

Référence 43 : L'évaluation de la satisfaction du patient, de son entourage et des correspondants externes.

Critère 43a : Le recueil de la satisfaction, les réclamations et les plaintes des patients et de leur entourage sont suivis d'actions d'amélioration.

Rendre effectif le processus d'évaluation du respect des droits des usagers (critère 9a V2010 et 43a V2007)	
Etablissement N°1	Cotation B
Etablissement N°2	Cotation C
Etablissement N°3	Cotation C
Etablissement N°4	Cotation B
Etablissement N°5	Cotation B
Etablissement N°6	Cotation B
Etablissement N°7	Cotation A
Etablissement N°8	Cotation B
Etablissement N°9	Cotation A
Etablissement N°10	Cotation A
Etablissement N°11	Cotation A
Etablissement N°12	Cotation A
Etablissement N°13	Cotation B
Etablissement N°14	Cotation B
Etablissement N°15	Cotation A
Etablissement N°16	Cotation C
Etablissement N°17	Cotation A
Etablissement N°18	Cotation A
Etablissement N°19	Cotation B
Etablissement N°20	Cotation A
Etablissement N°21	Cotation A
Etablissement N°22	Cotation A

Rappel des niveaux de cotation :

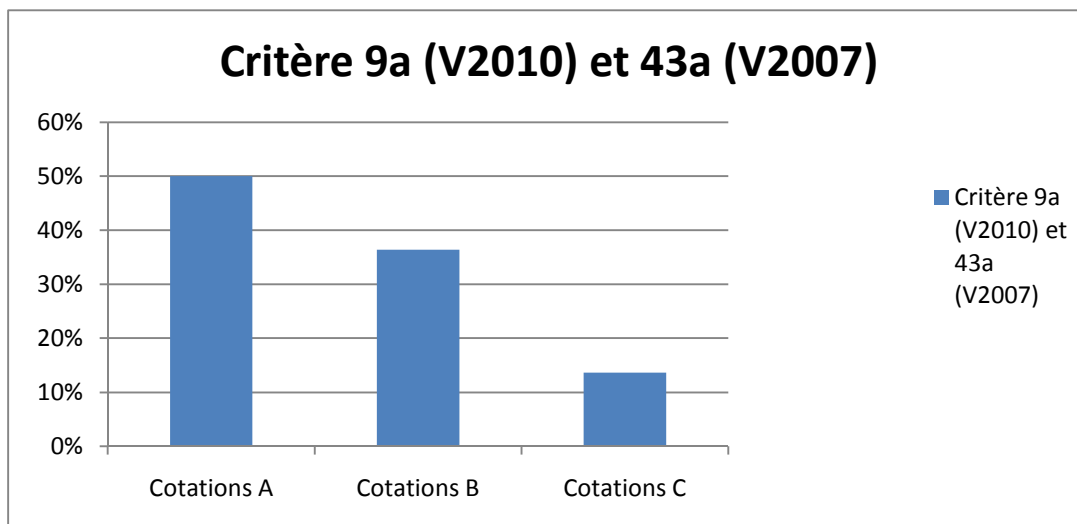
La cotation est déterminée au regard de chacun des critères du manuel de certification. Elle mesure le niveau de qualité atteint et indique si ce niveau est atteint régulièrement ou non et si la plupart ou l'ensemble des secteurs d'activité sont concernés.

- cotation A : Le critère est satisfait, au regard des éléments d'appréciation. Ce niveau de satisfaction se retrouve dans tous ou la plupart des secteurs d'activité et/ou de façon constante ;
- cotation B : Le critère est satisfait au regard des éléments d'appréciation et se retrouve dans la majorité des secteurs d'activité et/ou de façon habituelle ou partiellement satisfait dans la plupart des secteurs d'activité et/ou de façon habituelle.

- cotation C : Le critère est peu ou partiellement satisfait au regard des éléments d'appréciation dans la plupart des secteurs d'activité et/ou de façon habituelle. Il peut exister une satisfaction correcte ponctuellement dans un seul secteur d'activité par exemple, ou une satisfaction partielle dans une minorité de secteurs d'activité et/ou de façon ponctuelle.
- cotation D : le critère est trop peu ou non satisfait dans les secteurs d'activité et/ou de façon trop rare.

La proportion d'établissements ayant une cotation A, B, C (critère 9a en V2010 et 43a en V2007) :

- Cotation A : 50%
- Cotation B : 36%
- Cotation C : 14%



Dans le domaine médico-social :

Indicateurs / Données à recueillir :

- *Fonctionnement effectif des conseils de vie sociale (CVS) :*
 - *proportion d'établissements disposant d'un CVS ;*
 - *proportion des rapports des CVS transmis à l'ARS et à la CRSA ;*
 - *nombre de réunions par an (médiane des nombres de réunions par établissement) ;*
 - *composition et qualité des membres des CVS ;*
 - *proportion d'établissements disposant de formations pour les membres des CVS ;*
 - *nombre de personnalités qualifiées désignés et nombre d'interventions réalisées*

Le CVS assure ses missions dans huit des quatorze établissements qui ont transmis des informations. Il se réunit en moyenne 2 à 3 fois par an. Certains établissements disposent d'un protocole de promotion de la bientraitance et répondent à l'enquête de l'ANESM.

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

Dans le domaine ambulatoire :

Indicateurs / Données à recueillir :

- *Nombre de plaintes et réclamations déposées pour maltraitance ;*
- *Taux de réponse apportée aux réclamations et plaintes.*

Une seule plainte pour maltraitance a été enregistrée au Conseil de l'ordre des médecins en 2012.

Dans le cadre de ses missions dont celle de l'organisation des conciliations, le conseil des masseurs kinésithérapeutes applique la procédure de conciliation commune à l'ensemble de l'ordre. Toutes les demandes sont traitées et sont classées en 2 catégories (signalisation ou plainte).

Dans le domaine hospitalier :

Indicateurs / Données à recueillir :

- *Proportion d'établissements où un dispositif ou des procédures de promotion de la bientraitance existent ;*
- *Proportion d'établissements ayant une cotation A, B, C, etc. dans les rapports de certification HAS (référence 10 de la v2010)*

Onze établissements disposent d'un dispositif de promotion de la bientraitance sur les 15 réponses reçues, soit 73%.

Pour ce qui est de la proportion d'établissements ayant une cotation A, B, C, dans les rapports de certification HAS :

Manuel de certification version V2010 :

Critère 10.a Prévention de la maltraitance et promotion de la bientraitance

Etape 1 : Prévoir

Les modalités de signalement des cas de maltraitance sont définies et diffusées.

Un état des lieux permettant d'identifier les situations, les risques et les facteurs de maltraitance est réalisé en lien avec la CRU.

La promotion de la bientraitance est intégrée ans les projets de l'établissement (projet médical, projet de soins, projet social, etc.).

Etape 2 : Mettre en œuvre

L'expression des patients et de leurs proches est favorisée.

Des actions de sensibilisation des professionnels à la prévention de la maltraitance et à la promotion de la bientraitance sont mises en oeuvre.

Des actions visant la prévention de la maltraitance et la promotion de la bientraitance sont mises en oeuvre.

Etape 3 : Evaluer et améliorer

Les actions visant la prévention de la maltraitance et la promotion de la bientraitance sont suivies et évaluées.

Manuel de certification version V2007 :

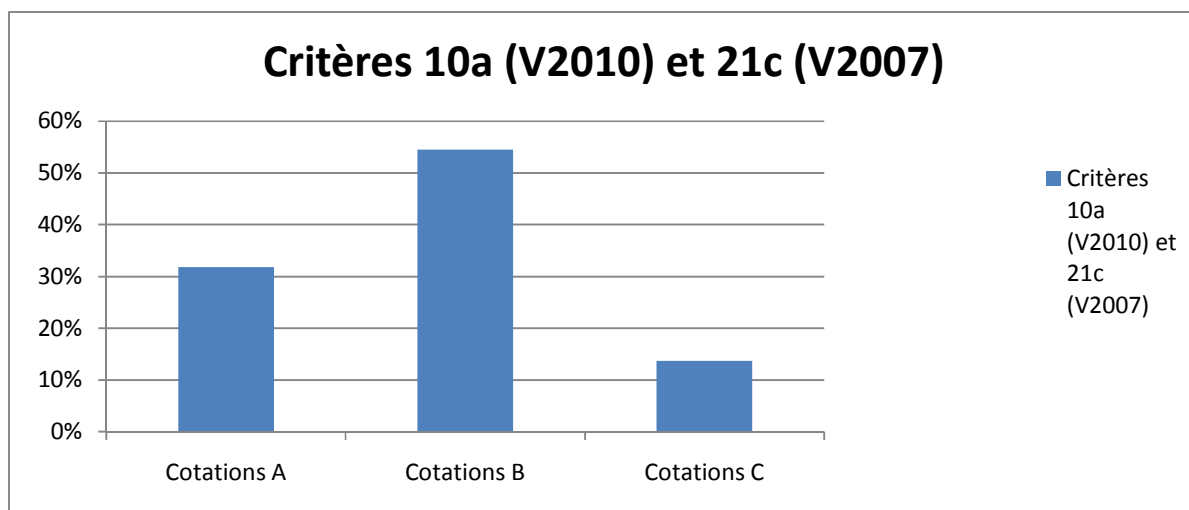
Référence 21 : La dignité du patient et la confidentialité

Critère 21c : La prévention de la maltraitance du patient au sein de l'établissement est organisée.

Droit au respect de la dignité de la personne - promouvoir la bientraitance (critère 10a V2010 et 21c V2007)	
Etablissement N°1	Cotation A
Etablissement N°2	Cotation B
Etablissement N°3	Cotation C
Etablissement N°4	Cotation B
Etablissement N°5	Cotation A
Etablissement N°6	Cotation B
Etablissement N°7	Cotation B
Etablissement N°8	Cotation A
Etablissement N°9	Cotation B
Etablissement N°10	Cotation A
Etablissement N°11	Cotation B
Etablissement N°12	Cotation B
Etablissement N°13	Cotation C
Etablissement N°14	Cotation B
Etablissement N°15	Cotation A
Etablissement N°16	Cotation C
Etablissement N°17	Cotation B
Etablissement N°18	Cotation A
Etablissement N°19	Cotation A
Etablissement N°20	Cotation B
Etablissement N°21	Cotation B
Etablissement N°22	Cotation B

La proportion d'établissements ayant une cotation A, B, C (critère 10a en V2010 et 21c en V2007) est de :

- Cotation A : 32% ;
- Cotation B : 55% ;
- Cotation C : 14%.



Dans le domaine médico-social :

Indicateurs / Données à recueillir :

- *Proportion d'établissements où un dispositif ou des procédures de promotion de la bientraitance existent*

L'analyse des rapports d'inspection contrôle de l'ARS fait apparaître qu'en 2012, quatre inspections ont été réalisées sur le repérage des risques de maltraitance et la promotion de la bientraitance.

Dans neuf structures ou établissements médico-sociaux, la promotion de la bientraitance se manifeste comme suit : protocole visant à promouvoir la bientraitance signé et notifié dans le projet d'établissement, formation à la bientraitance à destination de l'ensemble du personnel ; comité de bientraitance mis en place, charte bientraitance élaborée et diffusée.

Les neuf établissements d'hébergement pour personnes âgées dépendantes (EHPAD) ont été sollicités en mars 2012 et en janvier 2013 : 4/9 disposent d'une procédure de promotion de la bientraitance soit 44,44%

En 2012, une convention type a été élaborée avec le conseil général. Elle sera proposée à l'ensemble des EHPAD non conventionnés. Dans le secteur des personnes handicapées, une CPOM a été signée en 2012 entre l'une des structures et l'ARS.

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

Dans le domaine ambulatoire :

Indicateurs / Données à recueillir :

- *Nombre de formations à la prise en charge de la douleur ;*

Concernant l'URPS pharmaciens d'officine, la gestion de la douleur devra être abordée avec les organismes associés.

Dans le domaine hospitalier :

Indicateurs / Données à recueillir :

- *Taux d'établissements où une structure d'étude et de traitement de la douleur chronique (SDC) existe ;*
- *Taux de satisfaction des usagers (questionnaire SAPHORA) ;*
- *Nombre d'établissements ayant une cotation A, B, C, etc. dans les rapports de certification HAS (critère 12a V2010)*

Le Centre Hospitalier Universitaire (CHU) est l'établissement de référence régional en matière de douleur chronique. Il existe une structure d'étude et de traitement de la douleur chronique (SDC) dans 53% des établissements de santé.

Concernant la proportion d'établissements ayant une cotation A, B, C, dans les rapports de certification HAS :

Manuel de certification version V2010 :

Critère 12.a Prise en charge de la douleur

Etape 1 : Prévoir

La stratégie de prise en charge de la douleur est formalisée dans les différents secteurs de l'établissement en concertation avec le CLUD (ou équivalent).

Des protocoles analgésiques issus des recommandations de bonne pratique et adaptés au type de chirurgie pratiquée, à la pathologie donnée, aux types de patients, à la douleur induite par les soins sont définis.

Etape 2 : Mettre en œuvre

Des formations/actions sont mises en œuvre dans les secteurs d'activité.

Les secteurs d'activité mettent en place l'éducation du patient à la prise en charge de la douleur.

La traçabilité des évaluations de la douleur dans le dossier du patient est assurée.

Les professionnels de santé s'assurent du soulagement de la douleur.

Des moyens d'évaluation de la douleur pour les patients non communicants (échelles d'hétéro-évaluation) sont mis à la disposition des professionnels.

Etape 3 : Evaluer et améliorer

Les responsables des secteurs d'activité s'assurent de l'appropriation et de l'utilisation des outils par les professionnels.

La qualité et l'efficacité de la prise en charge de la douleur sont évaluées à périodicité définie sur le plan institutionnel.

Des actions d'amélioration sont mises en place.

L'établissement participe à des partages d'expérience sur les organisations et les actions mises en place, notamment dans les régions.

Manuel de certification version V2007 :

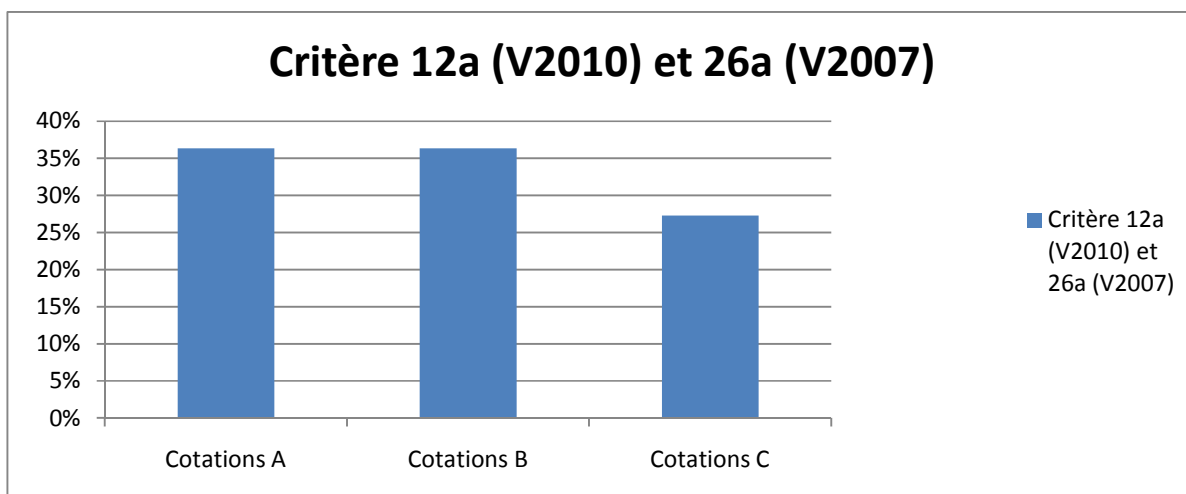
Référence 26 : La prise en charge de la douleur

Critère 26b : Le patient est impliqué et participe à la prise en charge de sa douleur ; sa satisfaction est évaluée périodiquement.

Droit au respect de la dignité de la personne - Prendre en charge la douleur (critère 12a V2010 et 26a V2007)	
Etablissement N°1	Cotation B
Etablissement N°2	Cotation B
Etablissement N°3	Cotation C
Etablissement N°4	Cotation C
Etablissement N°5	Cotation A
Etablissement N°6	Cotation C
Etablissement N°7	Cotation B
Etablissement N°8	Cotation B
Etablissement N°9	Cotation C
Etablissement N°10	Cotation B
Etablissement N°11	Cotation A
Etablissement N°12	Cotation A
Etablissement N°13	Cotation C
Etablissement N°14	Cotation A
Etablissement N°15	Cotation A
Etablissement N°16	Cotation C
Etablissement N°17	Cotation A
Etablissement N°18	Cotation B
Etablissement N°19	Cotation B
Etablissement N°20	Cotation A
Etablissement N°21	Cotation A
Etablissement N°22	Cotation B

Le nombre d'établissements ayant une cotation A, B, C (critère 12a en V2010 et 26a en V2007) :

- Cotation A : 36% ;
- Cotation B : 36% ;
- Cotation C : 27%



Dans le domaine médico-social :

Indicateurs / Données à recueillir :

- *Pourcentage de conventions ayant un axe « douleur » dans la région parmi les conventions signées entre établissements et services médico-sociaux et établissements de santé*

L'axe douleur est intégré dans le cadre de la nouvelle convention tripartite et le protocole de suivi des EHPAD.

Sept structures ou établissements médico-sociaux ont mis en place des modalités de prise en charge de la douleur : protocole, CLUD. Certains projets d'établissement disposent d'un axe douleur. Trois structures ont signés une convention avec un centre hospitalier.

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

Dans le domaine ambulatoire :

Indicateurs / Données à recueillir :

- *Nombre de formations à la fin de vie*

Les différents acteurs du système de santé ont été invités en 2012 à valoriser leurs projets innovants en matière de promotion des droits des patients. Le cahier des charges national a fait l'objet d'une diffusion aux établissements de santé, structures médico-sociales, associations. Des actions de sensibilisation ont été lancées.

Dans le domaine hospitalier :

Indicateurs / Données à recueillir :

- *Proportion d'établissements ayant organisé une information sur les directives anticipées ;*
- *Proportion d'établissements où un dispositif de recueil des directives anticipées existe*

L'information sur les directives anticipées relative à la fin de vie est effective dans 53% des établissements

Concernant la proportion d'établissements ayant une cotation A, B, C, dans les rapports de certification HAS :

Manuel de certification version V2010 :

Critère 13.a Prise en charge et droits des patients en fin de vie

Etape 1 : Prévoir

Une organisation permettant l'évaluation et la prise en charge des besoins des patients en fin de vie est en place.

Des modalités de recueil de la volonté du patient et, le cas échéant, de conservation des directives anticipées sont définies.

Les patients adultes reçoivent des informations écrites sur leur droit d'accepter ou de refuser des traitements de maintien en vie ou les traitements de réanimation et sur leur droit d'établir des directives anticipées.

Etape 2 : Mettre en oeuvre

Des projets de prise en charge des patients et de leurs proches sont définis et mis en oeuvre.

Les professionnels concernés bénéficient de formations pluridisciplinaires et pluriprofessionnelles à la démarche palliative.

Dans les secteurs concernés, des réunions pluriprofessionnelles de discussion de cas de malades sont mises en place.

Dans les secteurs concernés, des actions de soutien des soignants, notamment en situation de crise, sont mises en oeuvre.

Les professionnels de l'établissement sont informés des dispositifs légaux concernant les droits des patients et la fin de la vie.

Etape 3 : Evaluer et améliorer

La prise en charge des patients en fin de vie fait l'objet d'une évaluation pluriprofessionnelle et en lien avec les structures concernées (comité d'éthique ou équivalent, CRU, CME, commission de soins, etc.).

Les secteurs d'activité concernés mettent en place une réflexion sur la limitation et l'arrêt des traitements.

Des actions d'amélioration sont mises en oeuvre.

Manuel de certification version V2007 :

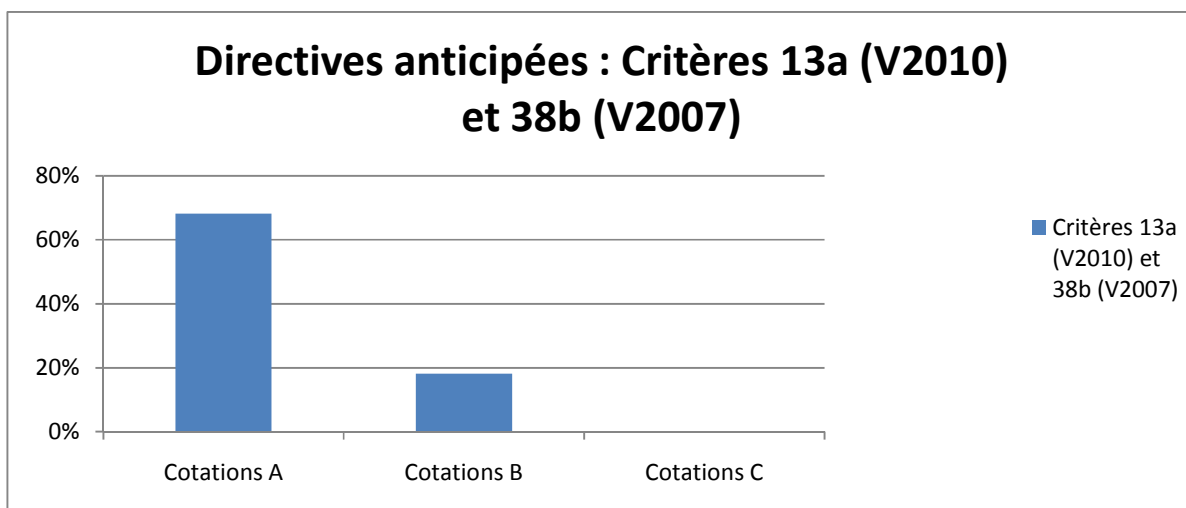
Référence 38 : La prise en charge du patient en soins palliatifs

Critère 38b : La prise en charge des besoins spécifiques du patient en fin de vie et de son entourage est assurée.

Droit au respect de la dignité de la personne - encourager les usagers à rédiger des directives anticipées relatives aux conditions de leur fin de vie (critère 13a V2010 et 38b V2007)	
Etablissement N°1	Cotation A
Etablissement N°2	Cotation B
Etablissement N°3	Cotation NA
Etablissement N°4	Cotation A
Etablissement N°5	Cotation A
Etablissement N°6	Cotation B
Etablissement N°7	Cotation A
Etablissement N°8	Cotation A
Etablissement N°9	Cotation B
Etablissement N°10	Cotation B
Etablissement N°11	Cotation A
Etablissement N°12	Cotation A
Etablissement N°13	Cotation NA
Etablissement N°14	Cotation A
Etablissement N°15	Cotation A
Etablissement N°16	Cotation A
Etablissement N°17	Cotation NA
Etablissement N°18	Cotation A
Etablissement N°19	Cotation A
Etablissement N°20	Cotation A
Etablissement N°21	Cotation A
Etablissement N°22	Cotation A

Les rapports de certification de la HAS font apparaître, pour la référence 38b version V2007 et le Critère 13a en V2010, les Cotations suivantes :

- Cotation A : 68% ;
- Cotation B : 18% ;
- Cotation C : 0%.



Dans le domaine médico-social :

Indicateurs / Données à recueillir :

- *Proportion d'établissements et services médico-sociaux prenant en compte cette dimension dans leur projet d'établissement ;*
- *Pour les établissements et services médico-sociaux ayant intégré cette dimension, pourcentage de résidents ayant rédigé des directives anticipées/ nombre total de résidents*

Ces informations figurent dans le contrat de séjour et le livret d'accueil dans six structures ou établissements.

6. Droit à l'information – Permettre l'accès au dossier médical

Dans le domaine ambulatoire :

Indicateurs / Données à recueillir :

- *Nombre de plaintes et réclamations relatives à l'accès au dossier médical*
- *Taux de réponse apportée aux réclamations et plaintes*

Six plaintes et/ou réclamations relatives à l'accès au dossier médical ont été enregistrées en 2012 par le conseil de l'ordre des médecins.

Aucune plainte ou réclamation relative à l'accès au dossier médical n'a été traitée en 2012 par l'ordre Masseurs kinésithérapeutes.

Dans le domaine hospitalier :

Indicateurs / Données à recueillir :

- *Nombre de plaintes et réclamations relatives à l'accès au dossier médical ;*
- *Nombre d'établissements ayant une cotation A, B, C, etc. dans les rapports de certification HAS (référence 14 de la V2010)*

Le nombre de demandes d'accès au dossier médical s'élève à 447 en 2012 (contre 398 en 2011). Le délai moyen de réponse est d'un mois.

Concernant la proportion d'établissements ayant une cotation A, B, C, dans les rapports de certification HAS :

Manuel de certification version V2010 :

Critère 14.a Gestion du dossier du patient

Etape 1 : Prévoir

Les règles de tenue du dossier sont formalisées et diffusées.

Les règles d'accès au dossier, comprenant les données issues de consultations ou hospitalisations antérieures, par les professionnels habilités sont formalisées et diffusées.

Etape 2 : Mettre en œuvre

Les éléments constitutifs des étapes de la prise en charge du patient sont tracés en temps utile dans le dossier du patient.

La communication du dossier entre l'ensemble des professionnels impliqués dans la prise en charge et avec les correspondants externes est assurée en temps utile.

Etape 3 : Evaluer et améliorer

L'évaluation de la gestion du dossier du patient est réalisée, notamment sur la base d'indicateurs.

Les résultats des évaluations conduisent aux améliorations nécessaires.

Manuel de certification version V2007 :

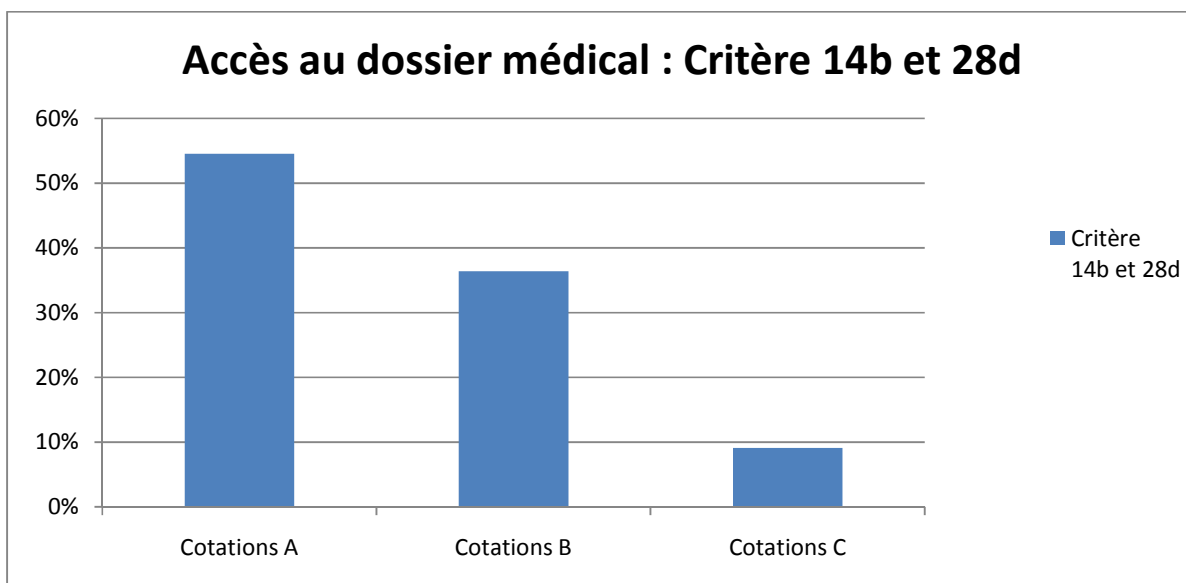
Référence : Le dossier du patient

Critère 28d : L'accès au dossier du patient est organisé pour le patient et/ou les personnes habilitées

Droit à l'information - permettre l'accès au dossier médical (critère 14b V2010 et 28d V2007)	
Etablissement N°1	Cotation B
Etablissement N°2	Cotation A
Etablissement N°3	Cotation C
Etablissement N°4	Cotation A
Etablissement N°5	Cotation A
Etablissement N°6	Cotation C
Etablissement N°7	Cotation B
Etablissement N°8	Cotation A
Etablissement N°9	Cotation A
Etablissement N°10	Cotation A
Etablissement N°11	Cotation A
Etablissement N°12	Cotation A
Etablissement N°13	Cotation B
Etablissement N°14	Cotation B
Etablissement N°15	Cotation A
Etablissement N°16	Cotation B
Etablissement N°17	Cotation B
Etablissement N°18	Cotation B
Etablissement N°19	Cotation A
Etablissement N°20	Cotation A
Etablissement N°21	Cotation A
Etablissement N°22	Cotation B

Nombre d'établissements ayant une cotation A, B, C (référence 14b en V2010 et 28d en V2007) :

- Cotation A : 55% ;
- Cotation B : 36% ;
- Cotation C : 9%.



Dans le domaine médico-social :

Indicateurs / Données à recueillir :

- *Nombre de plaintes et réclamations relatives à l'accès au dossier médical*

Une procédure relative à l'accès au dossier patient est formalisée dans trois des quatorze structures.

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

Indicateurs / Données à recueillir :

- *Taux de couverture des besoins des enfants handicapés : nombre de prises en charge/nombre de demandes de scolarisation*

Dans un institut thérapeutique éducatif et pédagogique (ITEP), en fin de prise en charge, une scolarisation en milieu ordinaire ou adapté est mise en place par le biais d'une collaboration avec un enseignant référent pour la scolarisation des élèves handicapés (ERSEH) du secteur de l'ITEP. Une convention de scolarisation a été élaborée avec l'éducation nationale.

La maison départementale des personnes handicapées (MDPH) a été contactée. L'ARS est en attente de réponse.

Le rectorat a été sollicité pour transmission des données recueillies dans le cadre des enquêtes menées annuellement par le ministère de l'éducation nationale. L'ARS est en attente de réponse.

8. Droits des personnes détenues – Assurer l'accès aux soins

Indicateurs / Données à recueillir :

- *Proportion de dossiers médicaux à la seule disposition des personnels soignants (dans des armoires fermées à clef)*

Concernant la proportion des dossiers médicaux à la seule disposition du personnel soignant, les données médicales sont formalisées dans le dossier informatisé, seuls les soignants y ont accès.

Au centre hospitalier psychiatrique, les données médicales sont formalisées dans le dossier informatisé CARIATIDES, dont seuls les soignants ont accès. Sauf au SMPR où les dossiers restent sur support papier.

Au centre hospitalier universitaire tous les dossiers sont classés dans des armoires fermées à clefs détenues que par les seuls soignants. Pour les patients admis en chambre carcérale, les dossiers sont dans une salle fermée par digicode.

9. Santé mentale - Veiller au bon fonctionnement des commissions départementales de soins psychiatriques

Indicateurs / Données à recueillir :

- *Proportion de commissions départementales de soins psychiatriques (CDSP) existantes ;*
- *Proportion de rapports transmis à l'ARS*

La CDSP est chargée d'examiner la situation des personnes hospitalisées en raison de troubles mentaux au regard du respect des libertés individuelles et de la dignité des personnes.

Il existe deux commissions départementales de soins psychiatriques (CDSP) pour la Guadeloupe et Saint-Martin. Dans l'attente de la mise en place de la Commission Territoriale de Soins Psychiatriques (CTSP), une seule commission est réunie pour les deux entités) en 2012.

La CDSP est composée de 2 psychiatres, 1 magistrat, 2 représentants d'associations agréées, 1 médecin généraliste. Le secrétariat est assuré par l'ARS. Elle s'est réunie quatre fois en 2012 (7 mars, 19 juin, 6 novembre, 11 décembre). Cinq visites d'établissements ont été réalisées en 2012

La commission territoriale de soins psychiatriques de Saint-Martin n'est pas encore installée mais sa composition a été arrêtée par la préfète en date du 01 juillet 2013 comme suit : 1 psychiatre désigné par la procureure générale près de la cour d'appel de Basse-Terre ; 1 magistrat désigné par le premier président de la cour d'appel de Basse-Terre ; 2 personnalités qualifiées désignées par la représentante de l'Etat dans les collectivités d'outre-mer de Saint-Martin et Saint-Barthélemy ; 1 médecin généraliste désigné par la représentante de l'Etat dans les collectivités d'outre-mer de Saint-Martin et Saint-Barthélemy.

II - Orientation 2 : Renforcer et préserver l'accès à la santé pour tous

10. Assurer l'accès aux professionnels de santé libéraux

Indicateurs / Données à recueillir :

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

En 2012, la part de la population vivant dans un bassin de vie dont la densité médicale de médecins généralistes est inférieure à 30 % à la moyenne nationale n'est pas encore connue. Le taux 2011 était de 0% pour l'ensemble des Départements d'Outre Mer.

Rapportées à la population 2011 (source INSEE), les zones fragiles totalisent 134 829 habitants soit 33,7% de la population totale de la Guadeloupe (hors îles du Nord). Le découpage en zones déficitaires est un outil local de l'ARS permettant d'identifier les sites d'installation prioritaires afin de rapprocher les médecins généralistes au plus près des lieux de vie des usagers.

Il faut néanmoins tenir compte de la faible superficie des îles de l'archipel. La population totale de l'île n'est pas suffisante pour effectuer un calcul pertinent, la région ne dispose pas de bassin de vie au sens de l'INSEE.

L'ARS s'attache à inciter à l'installation dans les zones moins bien dotées en médecins généralistes.

11. Assurer financièrement l'accès aux soins

Indicateurs / Données à recueillir :

- *Nombre de plaintes et de réclamations pour refus de soins pour les personnes en CMU et AME*

Une seule plainte et/ou réclamations pour refus de soins aux personnes bénéficiant de la CMU ou de l'AME a été enregistrée en 2012 par le conseil de l'ordre des médecins :

Aucune plainte ou réclamation pour refus de soins pour les personnes en CMU et AME n'a été traitée en 2012 par l'ordre des masseurs kinésithérapeutes.

12. Assurer l'accès aux structures de prévention

Indicateurs / Données à recueillir :

- *Taux de participation au dépistage organisé du cancer colorectal chez les 50 à 74 ans ;*
- *Taux de participation au dépistage organisé du cancer du sein pour les femmes de 50 à 74 ans ;*

- *Taux de couverture vaccinale des enfants de 24 mois contre la rougeole, les oreillons et la rubéole ;*
- *Prévalence de l'obésité et du surpoids parmi les enfants en grande section de maternelle*

Taux de participation 2012 dépistage cancer colorectal :

Le taux de participation 2012 au dépistage cancer colorectal (Ind 2.3) est de 27,5% soit une augmentation de 9,5% (25,1% en 2011). (Taux national : 31,7%).

La région fait face à des difficultés liées à la nature du test réputé peu fiable et connu pour avoir une faible sensibilité (50 %). Il nécessite actuellement deux prélèvements d'échantillon de selles sur trois selles successives. Le test immun est annoncé pour 2013 et ne nécessitera plus qu'un seul prélèvement.

Par ailleurs, un certain nombre de professionnels de santé réfute l'utilisation du test au bénéfice de la coloscopie d'emblée ou du test immu, qui bien que non étalonné dans ses conditions actuelles d'utilisation sur le département, a meilleure presse.

Taux de participation 2012 dépistage cancer du sein :

Le taux de participation 2012 au dépistage cancer du sein (Ind 2.4) est de 49,7% soit une augmentation de 2,4% (48,5% en 2011). (Taux national : 52,7%).

La campagne nationale est relayée au niveau régional. Des actions de sensibilisation sont organisées auprès de la population (octobre rose). L'accent est mis sur la plus grande fréquence d'apparition des cancers du sein avant 50 ans.

Taux de couverture vaccinale en 2012 :

Le taux de couverture vaccinale (Ind 2.5) : Pas de donnée nationale disponible en 2012.

Le taux cible 2012 de couverture vaccinale ROR = 84%. Le taux de couverture vaccinale des enfants de 24 mois contre la rougeole, la rubéole et les oreillons est de 89%. La Guadeloupe poursuit l'objectif d'éradication de la rougeole dans toute la Caraïbe. Un effort est demandé aux médecins pour le suivi des carnets de vaccination et l'offre de lieux de vaccination a été renforcée en 2012 pour mieux couvrir le territoire.

L'ARS Guadeloupe est engagée dans la démarche d'élimination de la rougeole dans la zone Caraïbes.

Prévalence de l'obésité et du surpoids en 2012 :

Prévalence de l'obésité et du surpoids (Ind 2.1 et 2.2) : Pas de donnée nationale disponible en 2012.

Une enquête a été réalisée par l'observatoire régional de la santé en Guadeloupe (ORSAG) sur les années 2011 / 2012, auprès d'un échantillon de 2182 élèves de grande section de maternelle des écoles publiques de Guadeloupe et de Saint-Martin.

- Guadeloupe : Prévalence du surpoids : 8,20% Prévalence de l'obésité : 4,4%
- Saint-Martin : Prévalence du surpoids : 8,20% Prévalence de l'obésité : 4,2%

L'élaboration d'une convention avec le recteur d'académie est prévue. L'ARS a pour objectif de valoriser l'utilisation des produits locaux et d'analyser les repères nutritionnels.

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

Indicateurs / Données à recueillir :

- *Nombre de contrats locaux de santé signés au titre l'art. L. 1434-17 du code de la santé publique sur des territoires prioritaires urbains (CUCS, ZEP) ou ruraux (isolés) ;*
- *Ecarts intrarégionaux d'équipements en établissements et services médico-sociaux mesurés à partir de la dépense d'assurance maladie rapportée à la population cible (personnes handicapées de 0 à 59 ans et personnes âgées de 75 ans et plus)*
- *Nombre de logements ayant fait l'objet d'une évaluation sanitaire ayant conduit à une procédure d'insalubrité au titre du code de la santé publique*

Contrat local de santé (CLS) :

Le nombre de contrats locaux de santé signés au titre l'art. L. 1434-17 du code de la santé publique sur des territoires prioritaires urbains (CUCS, ZEP) ou ruraux (isolés) est de zéro en 2012. Un CLS a été signé en juillet 2013.

Ecarts intrarégionaux :

La mesure des écarts intrarégionaux d'équipements en établissements et services médico-sociaux mesurés à partir de la dépense d'assurance maladie rapportée à la population cible (personnes handicapées de 0 à 59 ans et personnes âgées de 75 ans et plus), n'est pas applicable en Guadeloupe qui est mono région.

Logements ayant fait l'objet d'une évaluation sanitaire :

Le nombre de logements qui ont fait l'objet d'une évaluation sanitaire ayant conduit à une procédure d'insalubrité au titre du code de la santé publique dépend du nombre de signalements reçus.

Nombre de logements ayant fait l'objet d'une évaluation sanitaire (Ind 4.2) : 22 logements en 2012 soit une augmentation de 46,6% (15 en 2011).

III - Orientation 3 : Conforter la représentation des usagers du système de santé

14. Former les représentants des usagers siégeant dans les instances du système de santé

Indicateurs / Données à recueillir :

- *Typologies de formations organisées pour les représentants des usagers (par rapport au cahier des charges proposé en janvier 2011) ;*
- *Nombre de formations réalisées ;*
- *Nombre de personnes formées/nombre de représentants issus d'associations agréées en santé (art. L. 1114-1 du code de la santé publique) ;*
- *Dispositif d'information sur ces formations.*

Les représentants des usagers (RU) ont bénéficié d'une formation assurée par le Collectif interassociatif sur la santé (CISS) les 02 et 03 mai 2013. Douze personnes ont été formées. Le CISS prévoit de former l'ensemble des RU de Guadeloupe.

IV - Orientation 4 : Renforcer la démocratie sanitaire

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

Indicateurs / Données à recueillir :

- *Taux de participation globale et par collège des membres des CRSA et conférences de territoire ;*
- *Taux de participation des représentants des usagers dans les CRSA et les conférences de territoire.*

Le taux de participation globale et par collège des membres des CRSA et conférences de territoire en 2012 :

- Le taux de participation globale des membres de la CSA : Pas de CSA en 2012. Le taux de participation à la Commission Permanente est de 73%. Le taux de participation globale des membres de la CSA en 2011 était de 57% ;
- Le taux de participation globale des membres de la CSA à la conférence de territoire sud Basse-Terre : Pas de CT Sud Basse-Terre en 2012. Le taux était de 72% en 2011 ;
- Le taux de participation globale des membres de la CSA à la conférence de territoire Centre est 65% contre 64% en 2011;
- Le taux de participation globale des membres de la CSA à la conférence de territoire des Iles du Nord est de 68% contre 72% en 2011.

Le taux de participation des représentants des usagers dans les CRSA et les conférences de territoire en 2012 :

- Le taux de participation des représentants des usagers dans la CSA est de 100% à la Commission Permanente. Il était de 50% à la CSA en 2011 ;
- Le taux de participation des représentants des usagers à la conférence de territoire sud Basse-Terre : Pas de commission en 2012. Il était de 67% en 2011 ;
- Le taux de participation des représentants des usagers à la conférence de territoire Centre est de 100% contre 55% en 2011 ;
- Le taux de participation des représentants des usagers à la conférence de territoire des Iles du Nord est de 25% contre 45% en 2011.

V – Analyse des rapports 2012 des CRU des établissements sanitaires

1 – Qualité des rapports 2012

L'analyse des rapports faits apparaître les éléments suivants :

Quinze établissements publics et privés sur les vingt-deux sollicités ont transmis le rapport annuel de la CRU de leur établissement pour l'année 2012 (soit un taux de 68%, contre 86 % en 2011, 64 % en 2010 et 54% en 2009). Deux rapports d'établissements publics (dont le CHU) n'ont pas encore été examinés par le Conseil de Surveillance.

Dix établissements ont respectés le calendrier de retour des rapports. Malgré des courriers adressés aux établissements le 07 février 2013, le 14 mai 2013, le 29 juillet 2013 et de nombreux appels téléphoniques.

Ont transmis les rapports de la CRU pour l'année 2012, les établissements suivants :

Etablissements publics		Etablissements privés
- Centre hospitalier de Basse-Terre	CHBT CHM	- Etablissements Manioukany - Clinique Les Eaux Claires
- Centre hospitalier de Montéran	CHGR	- Clinique La Violette
- Centre Gérontologique du Raizet	CHCBE CHU	- Clinique l'Espérance - Centre Médico – social
- Centre hospitalier de Capesterre Belle –Eau	CHLDB	- Clinique Choisy - Domaine de choisy
- Centre hospitalier Universitaire		- Polyclinique Saint-Christophe
- Centre hospitalier de Beaufort		

N'ont pas transmis le rapport :

Etablissements publics	Etablissements privés
- Centre hospitalier de Saint-Martin (pas de réunion de la CRUQPC en 2012, réactivé en 2013)	- Clinique les Eaux vives (Nomination de membres Représentant d'Usagers au 2 ^e semestre 2012)
- Centre hospitalier de Saint-Barthélemy	- Polyclinique de la Guadeloupe
- Centre hospitalier de Marie-Galante (pas de réunion de la CRUQPC)	- Clinique les Eaux Marines
- Centre hospitalier Maurice Selbonne	

Les établissements ont été invités à nouveau à produire un rapport de qualité. La plupart des établissements n'ont pas adopté la structuration du modèle proposé dans le guide relatif au rapport annuel de la CRU et le contenu des rapports des petits établissements ne comporte pas toutes les informations nécessaires. Cependant, certaines informations ont été recueillies auprès de l'ensemble des établissements suite à une enquête en rapport avec le nouveau cahier des charges relatif à l'élaboration du rapport de la conférence régionale de la santé publié par l'arrêté du 5 avril 2012.

2 - Composition et fonctionnement des CRU

Composition :

La composition des CRU est conforme aux préconisations. En général deux représentants des usagers titulaires siègent à la commission.

Réunions et participation (à l'exclusion des réunions téléphoniques) :

- Nombre de réunions dans l'année : 45 soit une moyenne de 2 à 3 réunions par établissement.
- Taux de participation des Représentants des Usagers : La plupart des établissements indiquent que les représentants des usagers participent aux réunions ;
- Taux de participation des autres membres de la CRU varie de 75 % à 100 %

Règlement intérieur

Les CRU qui ont rédigé le rapport annuel disposent d'un règlement intérieur validé.

Moyens matériel alloués au fonctionnement de la CRU :

Les CRU fonctionnent avec les moyens que les établissements mettent à leur disposition.

Moyens de communication sur les activités de la CRU :

- Support d'information des usagers :

L'ensemble des établissements dispensent les informations aux patients essentiellement par le livret d'accueil, et dans quelques établissements par affichage dans les chambres ou dans chaque service.

- Support d'information des personnels soignants et des médecins :

Les professionnels de santé et des personnels de l'établissement sont informés par intranet, les journaux internes, les panneaux d'affichage, lors de certaines réunions, dans le cadre de la formation continue, par les comptes rendus de la CRUQPC, le rapport d'activité de l'établissement.

Coordination avec les autres instances des établissements :

Les représentants des usagers sont membres des conseils de surveillance ou conseil d'administration et participent pour la plupart aux groupes de travail qualité. Quelques représentants des usagers siègent au comité de lutte contre les infections nosocomiales (CLIN), au comité de lutte contre la douleur (CLUD), au comité de liaison alimentation nutrition (CLAN), au comité des vigilances et des risques sanitaires (COVIR ou COVIRIS)

Fonctionnement :

Les bonnes pratiques pouvant être modélisées :

- Le CHU a conduit une campagne d'affichage sur la prise de connaissance du livret d'accueil et le questionnaire de satisfaction à remplir.
- Plusieurs établissements ont installées des urnes pour le recueil des questionnaires de satisfaction dans les endroits les plus fréquentés par les usagers.

3 – Informations relatives à la gestion des réclamations

Tous les établissements ont mis en oeuvre une procédure de gestion des plaintes visant au traitement des plaintes (jusqu'à la réponse) et à l'analyse de l'origine de la plainte en vue d'adopter les mesures correctrices qui s'imposent.

- Nombre total de plaintes : Ecrites : 107 ; Orales : 7
- Nombre d'éloges : 43
- Nombre de demande de dossiers médicaux : 447
- Délai moyen de réponse : 1 mois pour les 6 établissements ayant répondu à cette rubrique
- Nombre de médiations organisées : 53

4 - Documents d'information à destination des usagers

Evaluation des dispositifs d'information des usagers :

Le livret d'accueil est remis en général lors de l'entrée mais il peut se produire une situation de rupture de stock dans certains établissements. Les établissements ne donnent pas d'information sur l'affichage de la charte de la personne hospitalisée.

5 – Informations relatives à la mesure de la satisfaction des usagers

Evaluation des différents moyens de mesure de satisfaction des usagers

Le taux de retour des questionnaires de sortie reste très faible.

Sur onze établissements 1651 questionnaires de sortie ont été analysés, soit un taux moyen de 19 % des questionnaires remis. Cent douze réponses aux enquêtes de satisfaction ont été exploitées

6 – Informations relatives au respect des droits des usagers au sein des établissements

Enquête adressée aux établissements pour 2012	Réponses apportées
Formations initiales et continues assurées pour le personnel sur le respect des droits des usagers	163 agents formés en 2012
Existence de formations pour les membres de la CRU	Oui pour 53 % des établissements
Existence de dispositif ou de procédure de promotion de la bientraitance, dans le projet d'établissement, le projet médical, le projet de soins infirmiers et actions de sensibilisation mises en œuvre	Oui pour 73 % des établissements
Existence d'une structure d'étude et de traitement de la douleur chronique (SDC)	Oui pour 53 % des établissements
Existence d'un CLUD	Oui pour 93 % des établissements
Organisation d'information sur les directives anticipées relatives à la fin de vie	Oui pour 53 % des établissements
Existence de dispositif de recueil des directives anticipées relatives à la fin de vie	Oui pour 53 % des établissements
Droit des personnes détenues. Dossiers médicaux à la seule disposition des personnels soignants	Oui Données médicales formalisées dans des dossiers informatisés ou des dossiers dans des armoires fermés à clef dont seuls les soignants ont l'accès. Pour les patients en chambre carcérales, les dossiers sont dans une salle fermée par digicode.

VI - Suivi des recommandations pluriannuelles émises par la CSA dans son rapport 2012 sur le respect des droits des usagers du système de santé

Recommandations issues des rapports CRU et CVS :

Mettre en place :

- Des mesures visant à augmenter le taux de retour des questionnaires ;
- un outil d'évaluation de la satisfaction des patients ;
- des formations sur les droits des patients y compris à destination des représentants des usagers ;
- des actions de sensibilisation des professionnels à la prévention de la maltraitance ;
- des actions visant à favoriser l'expression des patients et de leurs proches ;
- un dispositif d'accompagnement des proches de l'hospitalisé décédé dans certains établissements ;
- des protocoles de remise du livret d'accueil adaptés au type d'hospitalisation.

Recommandations issues des orientations de l'arrêté du 5 avril 2012 (objectifs pluriannuels) :

Promouvoir et faire respecter les droits des usagers :

1. Former les professionnels de la santé sur le respect des droits des usagers :
 - Mettre en place une formation à destination des représentants des usagers ;
 - Mettre en place des actions de sensibilisation à la labellisation des projets visant à valoriser les expériences exemplaires et les projets innovants menés en région Guadeloupe en matière de promotion des droits des patients ;
 - Recenser les programmes de développement personnel continu (DPC) des structures ambulatoires ;
 - Analyser les résultats des évaluations internes réalisées par les ESMS.
2. Rendre effectif le processus d'évaluation du respect des droits des usagers :
 - Identifier les ordres des professionnels de santé (médecins, chirurgiens dentistes, infirmiers, pharmaciens) disposant d'un processus de traitement des plaintes en particulier sur les thématiques : maltraitance, accès au dossier médical, refus de soins pour prestataires CMU-AME ;
 - Inciter les établissements à répondre à l'enquête l'Agence nationale de l'évaluation et de la qualité des établissements et services sociaux et médico-sociaux (ANESM) sur la bientraitance et sur le fonctionnement effectif du Conseil de Vie Sociale (CVS) ;

3. Droit au respect de la dignité de la personne. – Promouvoir la bientraitance :
 - Inciter les établissements de santé et ESMS à élaborer des procédures de promotion de la bientraitance ;
 - Inciter les établissements de santé et ESMS à inscrire la promotion de la bientraitance dans leurs orientations stratégiques ;
 - Former les professionnels de santé à la promotion de la bientraitance.

4. Droit au respect de la dignité de la personne. – Prendre en charge la douleur :
 - Former les professionnels de santé, à la prise en charge de la douleur ;
 - Intégrer un axe douleur aux conventions signées avec les ESMS.

5. Droit au respect de la dignité de la personne. – Encourager les usagers à rédiger des directives anticipées relatives aux conditions de leur fin de vie :
 - Former les professionnels de santé à la gestion de la fin de vie ;
 - Sensibiliser les établissements à la mise en place d'un dispositif de recueil des directives anticipées.

6. Droit à l'information. – Permettre l'accès au dossier médical :
 - Recenser les plaintes et réclamations relatives à l'accès au dossier médical (Ordres professionnels, ARS, CRU...).

7. Assurer la scolarisation des enfants handicapés en milieu ordinaire ou adapté :
 - Développer les échanges entre l'ARS et la Direction départementale des personnes handicapées ;
 - Développer les échanges entre l'ARS et le rectorat.

8. Droits des personnes détenues. – Assurer la confidentialité des données médicales et l'accès des personnes à leur dossier médical.
 - Alimenter l'indicateur de suivi : « proportion des dossiers médicaux à la seule disposition des personnels soignants » dans les établissements concernés.

9. Santé mentale. – Veiller au bon fonctionnement des commissions départementales de soins psychiatriques :
 - Mettre en place la Commission territoriale de soins psychiatrique.

Renforcer et préserver l'accès à la santé pour tous :

10. Assurer l'accès aux professionnels de santé libéraux :
 - Poursuivre le recueil des données dans le cadre du CPOM ARS – Etat.

11. Assurer financièrement l'accès aux soins :
 - Recenser le nombre de plaintes et réclamations pour refus de soins pour les personnes en CMU et AME.

12. Assurer l'accès aux structures de prévention :
 - Poursuivre le recueil des données dans le cadre du CPOM ARS – Etat.

13. Réduire des inégalités d'accès à la prévention, aux soins et à la prise en charge médico-sociale sur tous les territoires :
 - Poursuivre le recueil des données dans le cadre du CPOM ARS – Etat.

Conforter la représentation des usagers du système de santé :

14. Former les représentants des usagers siégeant dans les instances du système de santé :
 - Mettre en place des formations pour les représentants des usagers (ARS, CISS, Autres organismes de formation) ;
 - Assurer le suivi des outils d'évaluation (indicateurs).

Renforcer la démocratie sanitaire

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

Actions d'amélioration mise en œuvre ou en cours de mise en place :

- Une enquête financée par l'ARS sera réalisée auprès d'un échantillon représentatif des usagers des établissements sanitaires et médico-sociaux afin de bénéficier d'informations recueillies directement auprès des principaux intéressés sur leur niveau de satisfaction et les actions d'amélioration qu'ils souhaitent voir mises en place ;

- L'analyse des données fait apparaître que des formations sur les droits des patients et des actions de sensibilisation des professionnels à la prévention de la maltraitance sont de plus en plus répandues dans les différentes structures ;

- Une formation à destination des représentants des usagers (RU) a été réalisée par le Collectif Interassociatif Sur la Santé (CISS) les 02 et 03 mai 2013. Douze RU ont bénéficié de cette formation. Le CISS a prévu de former l'ensemble des RU de la région Guadeloupe ;
- Un budget a été attribué par l'ARS au CISS en 2012 afin de lui permettre d'organiser des actions de sensibilisation incitant les acteurs concernés à s'inscrire dans la démarche de labellisation en présentant un projet au label et concours droits et usagers lancé par le niveau national ;
- Le nombre d'évaluations internes réalisées par les établissements médico-sociaux est en augmentation sensible (20% dans le secteur des personnes âgées). En 2012, des crédits non reconductibles ont été alloués par l'ARS à 25 établissements en vue de l'évaluation interne. Un engagement contractuel a été rédigé et soumis à la signature de ces 25 établissements. Une information/formation à destination des structures médico-sociales été réalisée les 25 et 26 mars 2013 ;
- La composition de la commission territoriale de soins psychiatriques de Saint-Martin a fait l'objet d'un arrêté signé par la préfète le 01 juillet 2013. (Arrêté préfectoral du 1er juillet 2013 fixant la composition des membres). La commission devrait être installée prochainement.

Conclusion

L'arrêté du 5 avril 2012 relatif à l'élaboration du rapport de la conférence régionale de la santé et de l'autonomie sur les droits des usagers du système de santé, de par la déclinaison de ses objectifs par secteur d'activité, ambulatoire, sanitaire, et médico-social, permet un décloisonnement et une analyse des modalités prise en charge du patient en suivant son parcours.

La commission spécialisée dans le domaine des droits des usagers, souligne l'implication de plus en plus importante des établissements dans la recherche de l'amélioration du respect des droits des usagers du système de santé et encourage l'ensemble des acteurs à poursuivre leurs actions en faveur des usagers sur l'ensemble de la région Guadeloupe.

Dans leur rapport 2012, les membres de la commission ont dressé la liste pluriannuelle des premiers axes sur lesquels ils souhaitent que soient mis en place des actions d'amélioration concrètes, les domaines et champs ciblés par l'arrêté du 5 avril étant très étendus.

Les membres de la commission font le constat que plusieurs actions ont été ou sont en cours de concrétisation sur le terrain. Ils invitent l'ensemble des acteurs du système de santé à faire du respect des droits des usagers une de leur priorité.

ANNEXES

Annexe 1 : Membres de la commission spécialisée Droits des usagers

COLLEGE	REPRESENTATION	Tit/Supp I	Civilité	NOM	PRENOM	ORGANISME - FONCTION
PRESIDENT			M.	HENRY	Jacques	
VICE PRESIDENT			M.	LIN	Odile	
1 - Représentations collectives territoriales	Groupement de Communes	Titulaire	M.	YACOU	Richard	1er Vice Président de la Communauté d'Agglomération Nord Basse Terre
		Suppléant	M.	LUCE	Nestor	Conseiller Communautaire de la Communauté d'Agglomération Nord Basse Terre
2 - Représentants des usagers de service de santé ou médico-sociaux	Associations agréées de santé	Titulaire	Mme	DUFERMONT	Amélie	Association AIDES - Délégation Saint-Martin
		Suppléant	M.	GERARD	Frédéric	Association AIDES - Délégation Saint-Martin
		Titulaire	M.	HENRY	Jacques	Ligue contre le Cancer Comité Guadeloupe
		Suppléant	M.	CHINGAN	Dominique	Ligue contre le Cancer Comité Guadeloupe
	Associations de retraités et personnes âgées	Titulaire	M.	BIDELOGNE	Christian	Vice-Président du CODERPAG
		Suppléant				
		Titulaire	M.	DINART	Bertin	Président Association l'Ancre d'Or
		Suppléant	Mme	EDOUARD-DURIZOT	Elvire	Présidente Association Amis de la maison des aînés
	Associations de personnes handicapées dont une intervenant dans le champ de l'enfance handicapée	Titulaire	Mme	LE BLANC	Solange	FAIGH
		Suppléant	Mme	PIERRE-JUSTIN	Claire	Trésorière de l'association AGPHR
		Titulaire	Mme	DOMICHARD	Danielle	Directrice Générale Association pour l'Aide à l'Enfance et à l'Adolescence (AAEA)
		Suppléant	Mme	FRANCIUS-FIGUERES	Claudette	Présidente Association pour l'Aide à l'Enfance et à l'Adolescence (AAEA)
3 - Représentants des conférences de territoire	Centre		Mme	LIN	Odile	Association Accueil Le Bel Age
4 - Partenaires sociaux		Titulaire	M.	BELAIR	Philippe	Fédération CGTG de la Santé et de l'Action Sociale
		Suppléant	Mme	LOUSSASA-CHIPOTEL	Jocelaine	Fédération CGTG de la Santé et de l'Action Sociale
5 - Représentants des acteurs de la cohésion sociale et de la protection sociale	Caisse d'allocations familiales	Titulaire	Mme	GALOU	Nicole	CAF de la GUADELOUPE
		Suppléant	Mme	LEBOUIN	Sylviane	CAF de la GUADELOUPE
6 - Représentants des acteurs de la prévention et de l'éducation pour la		Titulaire	M.	GALANTINE	Louis	Conseiller Général

santé		Suppléant	M.	ANSELME	Jacques	Conseiller Général
7 - Représentants des offreurs des services de santé		Titulaire	Dr	BOULANGER	Jean-Marc	Centre hospitalier universitaire de Pointe à Pitre - Abymes
		Suppléant	Dr	EYNAUD	Michel	Confédération des Praticiens hospitaliers

Annexe 2 : Qualité des membres de la CRU

COMPOSITION ET QUALITE DES MEMBRES DE LA CRU ANNEE 2012 (19 établissements sur 22 ayant fourni la composition de leur CRU)

	ETABLISSEMENTS	ETABLISSEMENTS	Total	Total
	PUBLICS (8)	PRIVES (11)		%
COMPOSITION MINIMALE	92 %	89 %	90.50%	
Directeur ou son représentant	8	11	19	100%
Médiateur médical Titulaire	8	11	19	100%
suppléant	7	5	12	
Médiateur non médical Titulaire	8	10	18	94%
Suppléant	6	8	14	
Représentant usagers				
2 Titulaires	16	15	31	82%
2 suppléants	10	20	30	79%
Responsable qualité *	4	8	12	
Total/	67	88	155	
COMPOSITION ELARGIE				
Président CME	1	3	4	
Médecin membre CME				
Représentant soins infirmiers				
Titulaire	4	7	11	
suppléant	3	4	7	
Représentant CTE				
Titulaire	2	1	3	
Suppléant	1	0	1	
Représentant Conseil Surv. ou d'Administration		1	1	
Autre	3	5	8	
Total	81	109	190	

* Membre à voix consultative

Annexe 3 : Participation des représentants des usagers et des autres acteurs du système de santé

**Commission Permanente de la CSA
Participation - 2012**

Collèges	Nbre de membres	Représentation par collège 12 juillet 2012		% global de participation pour 2012
		Présences	%	
1 - "Collectivités"	2	2	100%	100%
2 - "Assoc agréées Usagers"	2	2	100%	100%
3 - "Conf Territoires"	2	1	50%	50%
4 - "Syndicats"	1	1	100%	100%
5 - "Protection Sociale"	1	0	0%	0%
6 - "Prévention"	2	1	50%	50%
7 - "Service Santé"	5	4	80%	80%
TOTAL	15	11	73%	73%

Commission Spécialisée Prévention Participation - 2012

Collèges	Nbre de membres	Représentation par collège 19 décembre 2012		% global de participation pour 2012
		Présences	%	
1 - "Collectivités"	6	0	0%	0%
2 - "Assoc agréées Usagers"	4	2	50%	50%
3 - "Conf Territoires"	3	2	66%	66%
4 - "Syndicats"	4	1	25%	25%
5 - "Protection Sociale"	4	3	75%	75%
6 - "Prévention"	6	4	66%	66%
7 - "Service Santé"	4	4	100%	100%
TOTAL	31	16	51%	51%

Commission Spécialisée Organisation des Soins Participation - 2012

Collèges	Nbre de membres	Représentation par collège 19 janvier 2012		Représentation par collège 29 mai 2012		Représentation par collège 12 juillet 2012		% global de participation pour 2012
		Présences	%	Présences	%	Présences	%	
1 - "Collectivités"	6	1	16%	2	33%	0	0%	16%
2 - "Assoc agréées Usagers"	4	2	50%	2	50%	4	100%	67%
3 - "Conf Territoires"	3	2	66%	2	66%	1	33%	55%
4 - "Syndicats"	6	3	50%	3	50%	5	83%	61%
5 - "Protection Sociale"	2	1	50%	1	50%	2	100%	67%
6 - "Prévention"	2	1	50%	1	50%	1	50%	50%
7 - "Service Santé"	23	15	65%	13	56%	16	70%	64%
Représentants CS Médico-Soc	2	1	50%	0	0%	1	50%	33%
TOTAL	48	26	54%	24	50%	30	63%	56%

Commission Spécialisée Accompagnements Médico-Sociaux Participation - 2012

Collèges	Nbre de membres	Représentation par collège 30 novembre 2012		% global de participation pour 2012
		Présences	%	
1 - "Collectivités"	6	1	17%	17%
2 - "Assoc agréées Usagers"	5	4	80%	80%
3 - "Conf Territoires"	3	2	66%	66%
4 - "Syndicats"	4	3	75%	75%
5 - "Protection Sociale"	2	1	50%	50%
6 - "Prévention"	0			
7 - "Service Santé"	10	8	80%	80%
Représentants CS Organisation Soins	2	0	0%	0%
TOTAL	32	19	59%	59%

Conférence Territoire Centre Participation - 2012

Collèges	Nbre de membres	Représentation totale par collège 1er juillet 2011		% global de participation pour 2012
		Présences	%	
1- "Etablissements de santé"	6	3	50%	50%
2- "Etablissements sociaux et médico-sociaux"	5	4	80%	80%
3- "Promotion santé, prévention, environnement, précarité"	3	2	66%	66%
4- "URPS"	5	1	20%	20%
5- "centres, maison, pôles et réseaux de santé"	2	2	100%	100%
6- "soins à domicile"	1	0	0%	0%
7- "santé au travail"	1	1	100%	100%
8- "usagers"	6	6	100%	100%
9- "collectivités territoriales"	7	3	43%	43%
10- "ordre des médecins"	1	1	100%	100%
11- "personnes qualifiées"	3	3	100%	100%
TOTAL	40	26	65%	65%

Conférence Territoire des Iles du Nord Participation - 2012

Collèges	Nbre de membres	Représentation par collège 18 Octobre 2012		% global de participation pour 2012
		Total	%	
1- "Etablissements de santé"	4	3	75%	75%
2- "Etablissements sociaux et médico-sociaux"	3	3	100%	100%
3- "Promotion santé, prévention, environnement, précarité"	3	3	100%	100%
4- "URPS"	2	1	50%	50%
5- "centres, maison, pôles et réseaux de santé"	1	0	0%	0%
6- "soins à domicile"	1	1	100%	100%
7- "santé au travail"	1	0	0%	0%
8- "usagers"	4	1	25%	25%
9- "collectivités territoriales"	6	6	100%	100%
10- "ordre des médecins"	1	0	0%	0%
11- "personnes qualifiées"	2	1	50%	50%
TOTAL	28	19	68%	68%

Commission Spécialisée Droits des Usagers Participation - 2012

Collèges	Nbre de membres	Représentation par collège 2 février 2012		Représentation par collège 29 mars 2012		Représentation par collège 7 juin 2012		Représentation par collège 18 décembre 2012		% global de participation pour 2012
		Présences	%	Présences	%	Présences	%	Présences	%	
1 - "Collectivités"	1	1	100%	0	0%	1	100%	0	0%	50%
2 - "Assoc agréées Usagers"	6	4	66%	2	33%	4	66%	3	50%	54%
3 - "Conf Territoires"	1	0	0%	0	0%	1	100%	1	100%	50%
4 - "Syndicats"	1	1	100%	0	0%	1	100%	1	100%	75%
5 - "Protection Sociale"	1	0	0%	0	0%	1	100%	1	100%	50%
6 - "Prévention"	1	0	0%	0	0%	0	0%	0	0%	0%
7 - "Service Santé"	1	0	0%	1	100%	1	100%	0	0%	50%
TOTAL	12	6	50%	3	25%	9	75%	6	50%	50%

Annexe 4 : Liste des sigles

- ANFH : Association Nationale pour la Formation permanente du personnel Hospitalier ;
- ANSEM : Agence nationale de l'évaluation et de la qualité des établissements et services sociaux et médico-sociaux.
- ARS : Agence Régionale de santé ;
- CISS : Collectif Inter associatif sur la santé ;
- CLS : Contrat Local de Santé ;
- CLUD : Comité de Lutte contre la Douleur ;
- CPOM : Contrat Pluriannuel d'Objectifs et de Moyens.
- CRU : Commission des Relations avec les Usagers et de la qualité de la prise en charge ;
- CSA : Conférences de la santé et de l'autonomie ;
- CUCS : Contrat urbain de Cohésion Sociale ;
- CVS : Conseil de Vie Sociale ;
- DPC : Développement Personnel Continu ;
- DREES : Direction régionale d'études économiques et statistiques ;
- EHPAD : Etablissement d'hébergement pour personnes âgées dépendantes ;
- ESMS : Etablissements et services médico-sociaux ;
- HAS : Haute Autorité de Santé ;
- HPST : Hôpital, Patients, Santé et Territoires ;
- MDPH : Maison Départementale des Personnes Handicapées ;
- URPS : Union régionale des professionnels de santé ;
- ZEP : Zone d'Education Prioritaire ;