

RAPPORT 2014

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 6
1. Former les professionnels de la santé sur le 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 6
2. Rendre effectif le processus d'évaluation du respect des droits des usagers.....	page 7
Dans le domaine ambulatoire.....	page 7
Dans le domaine hospitalier.....	page 7
Dans le domaine médico-social.....	page 10
3. Droit au respect de la dignité de la personne - Promouvoir la bientraitance.....	page 10
Dans le domaine ambulatoire.....	page 10
Dans le domaine hospitalier.....	page 10
Dans le domaine médico-social.....	page 12
4. Droit au respect de la dignité de la personne - Prendre en charge la douleur.....	page 12
Dans le domaine ambulatoire.....	page 12
Dans le domaine hospitalier.....	page 12
Dans le domaine médico-social.....	page 14
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 14
Dans le domaine ambulatoire.....	page 14
Dans le domaine hospitalier.....	page 14
Dans le domaine médico-social.....	page 16
6. Droit à l'information – Permettre l'accès au dossier médical	page 16
Dans le domaine ambulatoire.....	page 16
Dans le domaine hospitalier.....	page 16
Dans le domaine médico-social.....	page 19
7. Assurer la scolarisation des enfants handicapés en milieu ordinaire ou adapté.....	page 19
8. Droits des personnes détenues – Assurer l'accès aux soins.....	page 19
9. Santé mentale - Veiller au bon fonctionnement des commissions départementales de soins psychiatriques.....	page 20

II - Orientation 2 : renforcer et préserver l'accès à la santé pour tous..... page 21

- 10. Assurer l'accès aux professionnels de santé libéraux..... page 21
- 11. Assurer financièrement l'accès aux soins..... page 21
- 12. Assurer l'accès aux structures de prévention..... page 21
- 13. Réduire des inégalités d'accès à la prévention, aux soins et à la prise en charge médico-sociale sur tous les territoires..... page 23

III - Orientation 3 : conforter la représentation des usagers du système de santé..... Page 24

- 14. Former les représentants des usagers siégeant dans les instances du système de santé..... page 24

IV - Orientation 4 : renforcer la démocratie sanitaire..... page 25

- 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 25

V- Rappel des recommandations émises par la CSA dans son rapport 2013 sur le respect des droits des usagers du système de santé..... page 26

VI – Actions d'amélioration mises en œuvre en 2013 ou en cours..... page 28

Conclusion page 30

Annexes..... page 31

- Annexe 1 : Liste des membres de la commission Droits des usagers..... page 32
- Annexe 2 : Qualité des membres de la commission Droits des usagers Page 34
- Annexe 3 : Participation des représentants des usagers et autres acteurs du système de santé..... page 35
- Annexe 4 : Liste des sigles..... page 41

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 ; Renforcer et préserver l'accès à la santé pour tous ; Conforter la représentation des usagers du système de santé ; Renforcer la démocratie sanitaire.

Cette année, en raison du renouvellement de la Conférence de la Santé et de l'autonomie et de ses commissions spécialisées, le rapport 2014 sur le respect des droits des usagers sera le dernier élaboré par la commission usagers dans sa configuration actuelle.

Depuis 2010, année de la création des Agences Régionales de Santé, la commission usagers, a eu en charge l'élaboration et la transmission au niveau national de cinq rapports. Les axes d'amélioration ciblés par les membres de la commission concernaient principalement l'accueil, la transmission de l'information, le respect de la confidentialité, la coordination des soins ville/hôpital...

Dans son rapport 2011, la commission préconisait déjà d'enrichir systématiquement le rapport sur les droits des usagers d'informations émanant des rapports : de certification, de la commission départementale de soins psychiatriques (CDSP), de la commission réclamations de l'ARS, d'évaluation interne des établissements médico-sociaux (ESMS), des résultats de l'enquête sur la bientraitance de l'ANESM.

L'arrêté du 5 avril 2012 portant cahier des charges relatif à l'élaboration du rapport de la CSA sur les droits des usagers du système de santé, est allé dans ce sens en élargissant considérablement les sources de données à utiliser pour l'élaboration du rapport usagers.

Plusieurs axes d'amélioration ont été identifiés par les membres de la commission et des actions concrètes mises en place afin d'améliorer la connaissance et le respect des droits des usagers de notre région.

En effet, les directeurs d'établissement ont été sollicités afin de connaître les actions d'amélioration mises en place pour améliorer la connaissance par les usagers des procédures formalisées (Accueil, Respect de la confidentialité, Accès aux dossiers médicaux) ; les mesures visant à protéger les usagers de toute discrimination, en particulier les personnes vulnérables (personnes âgées, handicapées, hospitalisées sous contrainte). Le bilan des actions mises en œuvre, transmis par les établissements de santé, a fait l'objet d'une présentation à la commission usagers.

Afin d'enrichir le plan d'actions arrêté par la commission, une enquête de satisfaction à destination des usagers a été lancée avec pour objectif de s'assurer que les attentes des usagers, correspondent bien aux axes d'amélioration identifiés dans les rapports annuels des CRUQPC.

La journée d'Information / Formation / Débat public consacrée aux droits des usagers organisée dans le cadre de la stratégie nationale de santé a été l'un des projets phares mené par les membres de la commission en 2013, pour une réalisation début 2014.

Les formations des représentants d'usagers visant à leur donner les moyens d'occuper toute leur place dans les instances, ont connu un ralentissement mais seront relancées par le collectif Inter associatif sur la santé (CISS). Une action de mise à jour des agréments des associations, préalable à l'accès à la formation proposée par le CISS, est en cours de réalisation.

Le rapport 2014 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 relancées par l'agence régionale de santé afin de connaître le dispositif en place et les thèmes de formation proposés.

Seul le conseil départemental de l'ordre des chirurgiens dentistes a transmis quelques informations, mais aucune relative à cet objectif.

Dans le domaine hospitalier :

Quatorze établissements publics et privés sur les 23 sollicités ont transmis le rapport annuel de la CRUQPC de leur établissement pour l'année 2013, soit un taux de 61 % contre 68% en 2012. La grille de recueil informatisée a été transmise aux établissements. Seuls 4 d'entre eux l'ont utilisée, certainement en raison du délai nécessaire à l'intégration de la nouvelle grille ainsi que des procédures de certification en cours dans plusieurs établissements.

Les formations initiales et continues du personnel sur le respect des droits des usagers sont assurées.

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.

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 neuf EI sur les cinquante trois premières attendues ont été réalisées, 17 pour le secteur Personnes âgées (4 EHPAD et 13 SSIAD) et 12 pour le secteur personnes handicapées, soit au taux d'EI réalisées de 54.72%

Depuis 3 ans, 20 personnes sont formées, en moyenne en tant qu'assistant en soins en gérontologie (ASG) pour la prise en charge de la maladie d'Alzheimer. Certains professionnels médicaux bénéficient de cette formation.

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.

Il existe un processus de traitement des réclamations et des plaintes au conseil départemental de l'ordre des chirurgiens dentistes. Une commission de conciliation traite 100% des plaintes reçues.

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 CRUQPC. Sa composition 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 : 35 soit une moyenne de 2 réunions par établissement.
- Taux de participation des Représentants des Usagers : La plupart des établissements indiquent que les représentants des usagers participent aux réunions de 75 à 100%.
- Taux de participation moyen des autres membres de la CRUQPC : 73 %

Règlement intérieur :

Les CRUQPC qui ont rédigé le rapport annuel, ont un règlement intérieur validé ;

Moyens matériel alloués au fonctionnement de la CRUQPC :

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

Moyens de communication sur les activités de la CRUQPC, 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.

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)

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.

Manuel de certification version V2007

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.

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 C ou D, avec réserves ou réserves majeures pour les critères 9a en V2010 et 43a en V2007 est de 10% à fin 2013 contre 14% lors des évaluations précédentes. On note une amélioration par les établissements de la gestion des plaintes et réclamations.

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*

Sur un total de 85 établissements concernés, pour le secteur personnes âgées (PA), 9 EHPAD sur 17 disposent d'un CVS soit 52.94%. Pour le secteur personnes handicapées (PH), 21 structures sur 53 ont mis en place un CVS, soit 39.62%. D'autres formes d'expression existent dans 8 structures PH. La mise en place du CVS est en cours dans 2 structures PH.

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.*

Aucune plainte ou réclamation pour maltraitance n'a été déposée au conseil départemental de l'ordre des chirurgiens dentistes.

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)*

Il existe un dispositif ou procédure de promotion de la bientraitance, dans le projet d'établissement, le projet médical, le projet de soins infirmiers et des actions de sensibilisation sont mises en œuvre pour 73 % des établissements.

En 2013, une réclamation reçue au service ICE relevait du secteur sanitaire. Cette dernière a donné lieu à une instruction interne, portée par la Direction métier concernée, appuyée par le service ICE.

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.

La proportion d'établissements ayant une cotation C ou D, avec réserves ou réserves majeures pour les critères 10a en V2010 et 21C en V2007 est de 20% à fin 2013 contre 14% lors des évaluations précédentes. La prévention de la maltraitance et la promotion de la bientaitance doivent faire l'objet d'actions d'amélioration.

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 en 2013, 2 visites de conformité pour le secteur PA (2 EHPAD) et 4 pour le secteur PH.

En 2013, 4 signalements et 1 réclamation, relevant de la compétence de l'ARS, ont été reçues au service ICE. Ces signalements et réclamations ont donné lieu à une instruction interne, portée par la Direction métier concernée, appuyée par le service ICE.

41 établissements PA et PH disposent d'un projet d'établissement. 29 pour le secteur PH, 12 pour le secteur PA et 1 en cours.

Un contrat pluriannuel d'objectifs et de moyens a été contracté pour le secteur PA et doit faire l'objet d'un avenant. Pour le secteur PH, 2 projets de conventions tripartites nécessitent des modifications.

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). Un CLUD est en place dans 93 % des établissements.

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.

La proportion d'établissements ayant une cotation C ou D, avec réserves ou réserves majeures pour les critères 12a en V2010 et 26b en V2007 est de 15% à fin 2013 contre 27% lors des évaluations précédentes. On note une amélioration par les établissements de la prise en charge de la douleur

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 sera intégré dans les nouvelles conventions tripartites. Huit projets sont en cours.

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

Une organisation d'information sur les directives anticipées relatives à la fin de vie existe dans 53 % des établissements et en réflexion pour les autres. Un dispositif de recueil des directives anticipées relatives à la fin de vie est en place dans 53 % des établissements

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.

La proportion d'établissements ayant une cotation C ou D, avec réserves ou réserves majeures pour les critères 13a en V2010 et 38b en V2007 est de 5% à fin 2013 contre 0% lors des évaluations précédentes. Les efforts doivent être poursuivis afin d'améliorer la prise en charge et droits des patients en fin de vie.

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.

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*

Aucune plainte ou réclamation relative à l'accès au dossier médical n'a été déposée au conseil départemental de l'ordre des chirurgiens dentistes.

En 2013, 3 réclamations relatives à l'accès au dossier médical ont été reçues et traitées par le service ICE dont l'une concernait le champ ambulatoire.

Pour ces 3 demandes, une information et un accompagnement des requérants ont été mis en oeuvre, par ICE, afin que réponse soit donnée aux usagers. Taux de réponse apportée aux réclamations et plaintes, ARS : 100%.

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 625 en 2013 contre 447 en 2012 et 398 en 2011). Le délai moyen de réponse varie de 10 jours à 6 mois.

Tous les établissements ont mis en oeuvre une procédure de gestion des plaintes visant :

- Au traitement des plaintes (jusqu'à la réponse) ;
- A l'analyse de l'origine de la plainte en vue d'adopter les mesures correctrices qui s'imposent.

Le nombre de plaintes écrites est de 176 en 2013 et le nombre d'éloges de 44. La médiation a été utilisée dans 26 cas. Le nombre de recours gracieux s'élève à 17 pour 9 recours contentieux

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.

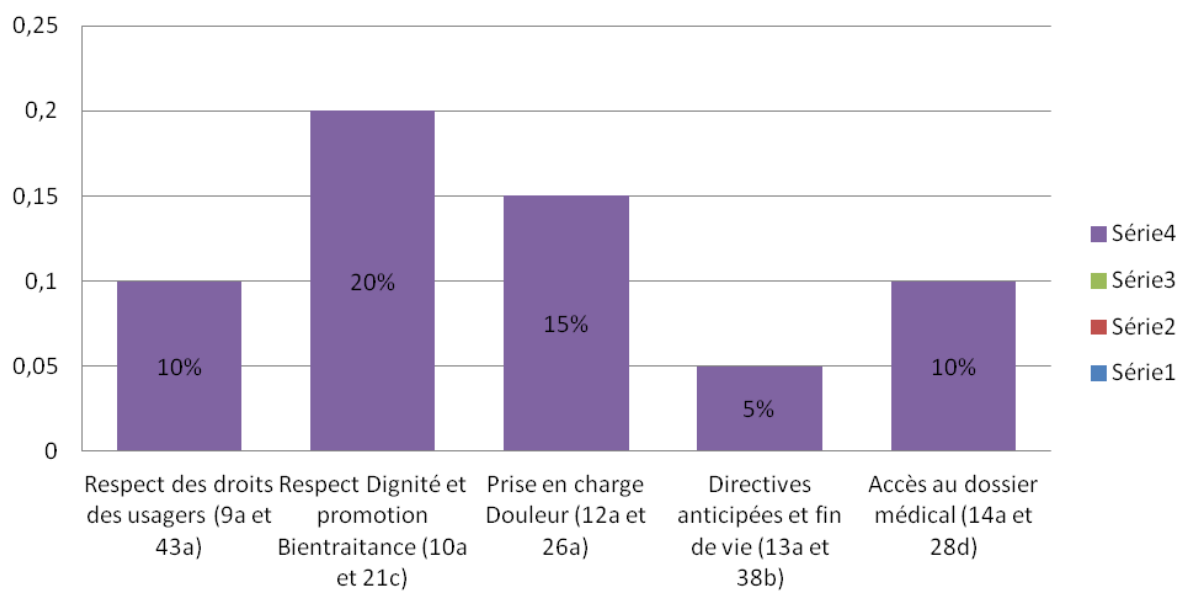
Manuel de certification version V2007 :

Référence : Le dossier du patient

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

La proportion d'établissements ayant une cotation C ou D, avec réserves ou réserves majeures pour les critères 14a en V2010 et 28d en V2007 est de 10% à fin 2013 contre 9% lors des évaluations précédentes. On note une légère augmentation de la proportion d'établissements ciblés par la Haute Autorité de santé comme devant s'améliorer sur la gestion du dossier du patient.

PROPORTION D'ETABLISSEMENTS SANITAIRES COTÉS "C" OU "D" PAR LA HAUTE AUTORITE DE SANTE



Dans le domaine médico-social :

Indicateurs / Données à recueillir :

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

En 2013, pas de réclamation reçue, au service ICE, sur la thématique accès au dossier médical, dans le champ médico-social.

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*

Le rectorat a transmis les données issues de l'enquête annuelle trimestrielle. Parallèlement, une enquête est menée par l'ARS afin de connaître le nombre d'enfants scolarisés ainsi que le nombre d'enseignants mis à disposition par l'éducation nationale.

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 2013.

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 deux fois en 2013 (29 avril et 24 septembre 2013). 3 visites réalisées en 2013

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*

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 : 33%

Cet indicateur n'est pas adapté à notre territoire. Le découpage communal ne rend pas compte de la densité médicale dans la mesure où les communes s'étalent sur des superficies importantes avec des poches de population très variables. Une commune peut paraître convenablement dotée, bien que certains secteurs soient dépourvus de généralistes

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. 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. 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*

En 2013, pas de plainte reçue sur cette thématique, par le service ICE.

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 2013 dépistage cancer colorectal :

Le taux de dépistage du cancer colorectal (Ind 2.3) en 2013 est de 33.1% contre 27.5% en 2012. On note une augmentation. Le taux national s'élève à 31%.

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 2013 dépistage cancer du sein :

Le taux de participation 2013 au dépistage cancer du sein (Ind 2.4) est de 50.9% en 2013 contre 49,7% en 2012. On note une légère augmentation. Le taux national : s'élève à 51.6%.

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 2013 :

Le taux de couverture vaccinale (Ind 2.5) : Pas de donnée nationale disponible en 2013.

Pour rappel, 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.

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 2013 :

Prévalence de l'obésité et du surpoids (Ind 2.1 et 2.2) : Pas de donnée nationale disponible en 2013.

Pour rappel 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 2 en 2013 : 25 juillet CLS ARS/Commune du Moule (territoire Centre) ; 06 novembre CLS ARS/Commune de Morne-à-l'Eau (Territoire Centre).

Ecarts intrarégionaux :

Les 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) : 28 logements en 2013 contre 22 logements en 2012 soit une augmentation de 27%.

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 2013 :

- Le taux de participation globale des membres de la CSA : Pas de CSA en 2013. Pas de Commission Permanente en 2013. Le taux de participation globale des membres de la CSA en 2012 était de 73% ;
- Le taux de participation globale des membres de la CSA à la conférence de territoire sud Basse-Terre est de 57% en 2013. Pas de CT Sud Basse-Terre en 2012 ;
- Le taux de participation globale des membres de la CSA à la conférence de territoire Centre est de 57% contre 65% en 2012 ;
- Le taux de participation globale des membres de la CSA à la conférence de territoire des Iles du Nord est de 71% contre 68% en 2012.
- Le taux de participation à la Commission Spécialisée Organisation des Soins est de 59% contre 56% en 2012 ;
- Le taux de participation à la Commission Spécialisée Prévention est de 58% contre 51% en 2012 ;
- Le taux de participation à la Commission Spécialisée Droits des usagers est de 66% contre 50% en 2012 ;

Le taux de participation des représentants des usagers dans les CRSA et les conférences de territoire en 2013 :

- Le taux de participation des représentants des usagers dans la CSA : Pas de CSA en 2013 ;
- Le taux de participation des représentants des usagers à la conférence de territoire sud Basse-Terre est de 66%. Pas de commission en 2012 ;
- Le taux de participation des représentants des usagers à la conférence de territoire Centre est de 83% contre 100% en 2012 ;
- Le taux de participation des représentants des usagers à la conférence de territoire des Iles du Nord est de 25% contre 25% en 2012 ;
- Le taux de participation des représentants des usagers à la Commission Spécialisée Organisation des Soins est de 66% contre 67% en 2012 ;
- Le taux de participation des représentants des usagers à la Commission Spécialisée Prévention est de 50% contre 50% en 2012 ;
- Le taux de participation des représentants des usagers à la Commission Spécialisée Droits des usagers est de 71% contre 54% en 2012.

V - Rappel des recommandations pluriannuelles émises par la CSA dans son rapport 2013 sur le respect des droits des usagers du système de santé

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.

VI - Actions d'amélioration mise en œuvre en 2013 ou en cours

L'organisation du débat public « Droits des usagers » :

Dans le cadre de la Stratégie Nationale de Santé (SNS), en 2013 plusieurs réunions de la commission usagers ont été consacrées à l'organisation de la journée d'Information / Formation / Débat public du 25 janvier 2014 consacrée aux droits des usagers.

Cette journée s'est déroulée autour des quatre thèmes retenus par les membres de la commission :

- L'accès aux soins ;
- La continuité, la permanence et la coordination des soins ;
- Le parcours de soins de la personne âgée dépendante ou en situation de handicap ;
- Le volet psychiatrie.

Les problématiques identifiées par les membres de la commission étaient les suivantes :

L'accès réel aux soins, en particulier pour les personnes les plus fragiles :

- des difficultés engendrées par la démographie médicale et la désertification qui en découle ;
- la multiplication des dispositifs telles les franchises ;
- les participations forfaitaires (prix de journée...) notamment pour les personnes atteintes de pathologies de longue durée ;
- la pratique non contenue de dépassements d'honoraires par certains professionnels ;
- l'accès aux soins ordinaires des personnes en situation de handicap ;
- le reste à charge calculé à 700€ en moyenne pour les personnes en affection de longue durée...

La continuité, la permanence et la coordination des soins (concerne surtout la relation ville / Hôpital lors de la sortie du patient d'un centre de soins :

Les professionnels libéraux sont confrontés à :

- des difficultés d'accès aux informations sur la pathologie du patient, nécessaire pour assurer la continuité de soins (absence de compte rendu d'hospitalisation, défaut d'information utiles à la prise en charge du patient, retard dans la réception des informations...)
- des difficultés pour contacter le médecin hospitalier ou vice versa ;
- l'absence de dossier médical partagé ;
- des problèmes de transmission entre professionnels libéraux.

Quelques pistes de réflexion :

- Une coordination est à construire ;
- Une harmonisation des pratiques ;
- Le passage de l'acte au parcours de soins.

Des réponses existent :

Des réseaux opérationnels ; La télémédecine ; les prestations médico-techniques avec l'utilisation des nouvelles technologies pour l'échange d'informations en temps réel (NTIC).

Le parcours de soins de la personne âgée dépendante ou en situation de handicap :

Face au défi que représente le vieillissement de la population de + 60ans à l'horizon 2040, comment agir :

La Guadeloupe fera partie des trois régions de France comptant le plus grand nombre de personnes âgées.

Le vieillissement de la population guadeloupéenne entraîne une augmentation du nombre de pathologies et de poly pathologies.

La question majeure sera celle de la nécessaire création d'une filière gérontologique (accompagnement de la personne âgée dans son parcours de santé jusqu'à la dépendance).

Le volet psychiatrie :

La Guadeloupe est l'un des départements où l'hospitalisation sans consentement est la plus importante (source PMSI psychiatrie).

- Comment limiter l'hospitalisation sans consentement et quelles sont les recours (juridiques, médicaux...) ?
- Quelle place peuvent tenir les associations ?
- Comment tisser les liens entre les différents intervenants et promouvoir le travail en partenariat afin d'arriver à un parcours coordonné de la personne atteinte d'une pathologie psychiatrique, en lien avec le territoire ?

Autres actions réalisées ou en cours :

- L'enquête de satisfaction réalisée auprès d'un échantillon représentatif d'usagers des établissements sanitaires est en cours ;
- Les formations sur les droits des patients et des actions de sensibilisation des professionnels à la prévention de la maltraitance se poursuivent ;
- La formation à destination des représentants des usagers (RU) proposée par le Collectif Inter associatif Sur la Santé (CISS) a été interrompue en 2013, les associations d'usagers devant au préalable se faire agréer. Le CISS a prévu de relancer ces formations en 2014 – 2015 ;
- Le nombre d'évaluations internes (EI) réalisées par les établissements médico-sociaux est en augmentation. En 2013, vingt neuf EI sur les cinquante trois premières attendues ont été réalisées, 17 pour le secteur Personnes âgées (4 EHPAD et 13 SSIAD) et 12 pour le secteur personnes handicapées, soit au taux d'EI réalisées de 54.72%

Conclusion

Le rapport usagers 2014 se veut un bilan des actions d'amélioration concrètes et transversales mises en place. Sa déclinaison par secteur d'activité, ambulatoire, sanitaire, et médico-social dans le respect de l'arrêté du 5 avril 2012 s'inscrit dans une démarche parcours.

L'organisation de la journée d'Information / Formation / Débat public consacrée aux droits des usagers a représenté un temps fort. Le lancement de l'enquête de satisfaction usagers sur un échantillon représentatif d'usagers pris en charge dans les 22 établissements sanitaires de la région est effectif.

Le recueil d'informations et la concertation autour des activités de 2013 amènent de plus en plus d'adhésion au respect des droits des usagers de la part des établissements.

Les établissements sanitaires et médico-sociaux s'inscrivent de plus en plus dans une démarche d'amélioration continue de la qualité et de la sécurité, malgré l'augmentation des niveaux d'exigences.

Le projet consacré aux « Directives anticipées », labellisé par l'Agence Régionale de Santé en concertation avec la commission spécialisée dans le domaine des droits des usagers, a été récompensé au niveau national en 2013.

Un projet d'organisation d'une journée sur le thème de la coordination et du maintien à domicile est en cours de réflexion.

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.

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 collectivités 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	Vice-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 AGPIHM
		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 CRUQPC (2013) (21 établissements sur 23 ayant fourni la composition de leur CRUPQC)

	ETABLISSEMENTS PUBLICS (9)	ETABLISSEMENTS PRIVES (12)	Total	Total %
COMPOSITION MINIMALE				
Directeur ou son représentant	9	12	21	100%
Médiateur médical Titulaire	9	12	21	100%
suppléant	7	7	14	67 %
Médiateur non médical				
Titulaire	9	12	21	100 %
Suppléant	6	10	16	75 %
Représentant usagers				
2 Titulaires	18	17	35	83 %
2 suppléants	10	22	32	76 %
Responsable qualité *	5	9	14	
Total/	73	101	174	
COMPOSITION ELARGIE				
Président CME	2	4	6	
Médecin membre CME				
Représentant soins infirmiers				
Titulaire	5	8	13	
suppléant	3	4	7	
Représentant CTE				
Titulaire	2	1	3	
Suppléant	1	0	1	
Représentant Conseil Surv. ou d'Administration		1	1	
Autre	3	10	13	
Total	89	129	218	

* Membre à voix consultative

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

**Commission Spécialisée Organisation des Soins
Participation - 2013**

Collèges	Nbre de membres	Représentation par collège 29 avril 2013		Représentation par collège 15 juillet 2013		Représentation par collège 6 décembre 2013		% global de participation pour 2013
		Présences	%	Présences	%	Présences	%	
1 - "Collectivités"	6	1	16%	2	33%	2	33%	27%
2 - "Assoc agréées Usagers"	4	3	75%	3	75%	2	50%	66%
3 - "Conf Territoires"	3	3	100%	2	66%	2	66%	77%
4 - "Syndicats"	6	4	66%	4	66%	5	83%	72%
5 - "Protection Sociale"	2	1	50%	1	50%	1	50%	50%
6 - "Prévention"	2	0	0%	1	50%	2	100%	50%
7 - "Service Santé"	22	15	68%	13	59%	14	63%	63%
Représentants CS Médico-Soc	1	1	100%	1	100%	1	100%	100%
TOTAL	47	28	59%	27	57%	29	61%	59%

Commission Spécialisée Prévention Participation - 2013

Collèges	Nbre de membres	Représentation par collège 18 décembre 2013		% global de participation pour 2013
		Présences	%	
1 - "Collectivités"	6	1	16%	16%
2 - "Assoc agréées Usagers"	4	2	50%	50%
3 - "Conf Territoires"	3	2	66%	66%
4 - "Syndicats"	4	3	75%	75%
5 - "Protection Sociale"	4	2	50%	50%
6 - "Prévention"	6	5	83%	83%
7 - "Service Santé"	4	3	75%	75%
TOTAL	31	18	58%	58%

Conférence Territoire Centre Participation - 2013

Collèges	Nbre de membres	Représentation totale par collège 18 juillet 2013		% global de participation pour 2013
		Présences	%	
1- "Etablissements de santé"	6	2	33%	33%
2- "Etablissements sociaux et médico-sociaux"	5	4	80%	80%
3- "Promotion santé, prévention, environnement, précarité"	3	2	66%	66%
4- "URPS"	5	2	40%	40%
5- "centres, maison, pôles et réseaux de santé"	2	2	100%	100%
6- "soins à domicile"	1	1	100%	100%
7- "santé au travail"	1	1	100%	100%
8- "usagers"	6	5	83%	83%
9- "collectivités territoriales"	7	2	28%	28%
10- "ordre des médecins"	1	1	100%	100%
11- "personnes qualifiées"	3	1	33%	33%
TOTAL	40	23	57%	57%

Conférence Territoire Sud Basse-Terre Participation - 2013

Collèges	Nbre de membres	Représentation par collège 3 juillet 2013		% global de participation pour 2013
		Total	%	
1- "Etablissements de santé"	7	4	57%	57%
2- "Etablissements sociaux et médico-sociaux"	6	3	50%	50%
3- "Promotion santé, prévention, environnement, précarité"	3	3	100%	100%
4- "URPS"	5	2	40%	40%
5- "centres, maison, pôles et réseaux de santé"	1	1	100%	100%
6- "soins à domicile"	1	1	100%	100%
7- "santé au travail"	1	1	100%	100%
8- "usagers"	6	4	66%	66%
9- "collectivités territoriales"	7	4	57%	57%
10- "ordre des médecins"	1	1	100%	100%
11- "personnes qualifiées"	4	0	0%	0%
TOTAL	42	24	57%	57%

Conférence Territoire des Iles du Nord Participation - 2013

Collèges	Nbre de membres	Représentation par collège 16 Mai 2013		% global de participation pour 2013
		Total	%	
1- "Etablissements de santé"	4	4	100%	100%
2- "Etablissements sociaux et médico-sociaux"	3	3	100%	100%
3- "Promotion santé, prévention, environnement, précarité"	3	2	66%	66%
4- "URPS"	2	2	100%	100%
5- "centres, maison, pôles et réseaux de santé"	1	1	100%	100%
6- "soins à domicile"	1	0	0%	0%
7- "santé au travail"	1	0	0%	0%
8- "usagers"	4	1	25%	25%
9- "collectivités territoriales"	6	4	66%	66%
10- "ordre des médecins"	1	1	100%	100%
11- "personnes qualifiées"	2	2	100%	100%
TOTAL	28	20	71%	71%

Commission Spécialisée Droits des Usagers Participation - 2013

Collèges	Nbre de membres	Représentation par collège 31 janvier 2013		Représentation par collège 28 février 2013		Représentation par collège 2 mai 2013		Représentation par collège 12 septembre 2013		Représentation par collège 12 novembre 2013		Représentation par collège 10 décembre 2013		% global de participation pour 2013
		Présences	%	Présences	%	Présences	%	Présences	%	Présences	%	Présences	%	
1 - "Collectivités"	1	0	0%	0	0%	0	0%	0	0%	0	0%	0	0%	0%
2 - "Assoc agréées Usagers"	6	5	83%	5	83%	4	66%	3	50%	5	83%	4	66%	71%
3 - "Conf Territoires"	1	1	100%	1	100%	1	100%	1	100%	1	100%	1	100%	100%
4 - "Syndicats"	1	1	100%	1	100%	0	0%	1	100%	1	100%	1	100%	83%
5 - "Protection Sociale"	1	1	100%	1	100%	1	100%	1	100%	0	0%	1	100%	83%
6 - "Prévention"	1	0	0%	1	100%	1	100%	1	100%	0	0%	0	0%	50%
7 - "Service Santé"	1	1	100%	0	0%	1	100%	1	100%	0	0%	1	100%	66%
TOTAL	12	9	75%	9	75%	8	66%	8	66%	7	58%	7	58%	66%

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 ;