

**RAPPORT 2012**

**SUR LE RESPECT DES DROITS**

**DES USAGERS DU SYSTEME DE SANTE**

## SOMMAIRE

<b>Introduction</b> .....	page 4
<b>I – Orientation 1 : promouvoir et faire respecter les droits des usagers</b> .....	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 7
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 12
3. Droit au respect de la dignité de la personne - Promouvoir la bientraitance.....	page 12
Dans le domaine ambulatoire.....	page 12
Dans le domaine hospitalier.....	page 13
Dans le domaine médico-social.....	page 16
4. Droit au respect de la dignité de la personne - Prendre en charge la douleur.....	page 16
Dans le domaine ambulatoire.....	page 16
Dans le domaine hospitalier.....	page 16
Dans le domaine médico-social.....	page 20
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 20
Dans le domaine ambulatoire.....	page 20
Dans le domaine hospitalier.....	page 20
Dans le domaine médico-social.....	page 24
6. Droit à l'information – Permettre l'accès au dossier médical .....	page 24
Dans le domaine ambulatoire.....	page 24
Dans le domaine hospitalier.....	page 24
Dans le domaine médico-social.....	page 28
7. Assurer la scolarisation des enfants handicapés en milieu ordinaire ou adapté.....	page 28
8. Droits des personnes détenues – Assurer l'accès aux soins.....	page 28
9. Santé mentale - Veiller au bon fonctionnement des commissions départementales de soins psychiatriques.....	page 28

<b>II - Orientation 2 : renforcer et préserver l'accès à la santé pour tous.....</b>	<b>page 30</b>
10. Assurer l'accès aux professionnels de santé libéraux.....	page 30
11. Assurer financièrement l'accès aux soins.....	page 30
12. Assurer l'accès aux structures de prévention.....	page 30
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
<b>III - Orientation 3 : conforter la représentation des usagers du système de santé.....</b>	<b>Page 33</b>
14. Former les représentants des usagers siégeant dans les instances du système de santé.....	page 33
<b>IV - Orientation 4 : renforcer la démocratie sanitaire.....</b>	<b>page 34</b>
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 34
<b>V – Analyse des rapports 2011 des CRU des établissements sanitaires.....</b>	<b>page 35</b>
<b>VI - Suivi des recommandations émises par la CSA dans son rapport 2011 sur le respect des droits des usagers du système de santé.....</b>	<b>page 41</b>
<b>VII – Recommandations de la CSA dans son rapport 2012.....</b>	<b>page 43</b>
<b>Conclusion .....</b>	<b>page 46</b>
<b>Annexes.....</b>	<b>page 47</b>
Annexe 1 : Liste des membres de la commission Droits des usagers.....	page 48
Annexe 2 : Qualité des membres de la commission Droits des usagers .....	Page 49
Annexe 3 : Participation des représentants des usagers et autres acteurs du système de santé.....	page 50
Annexe 4 : Suivi par les établissements des recommandations 2011 de la commission spécialisée Droits des usagers.....	page 55
Annexe 5 : Liste des sigles.....	page 62

## Introduction

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

Le décret du 31 mars 2010 relatif à la CRSA, précise que ce rapport 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 CSA sur les droits des usagers précise que le rapport est élaboré en fonction des orientations et objectifs suivants :

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

Les nouvelles exigences de l'arrête du 5 avril 2012 ont fait l'objet d'une présentation et d'un travail d'analyse par les membres de la commission.

Compte tenu des délais de recueil des données et de la diversité des sources d'informations sollicitées, il n'a pas été possible de disposer de toutes les données nécessaires à l'élaboration du rapport.

Le rapport 2012 proposé par la commission se veut un premier état des lieux visant à répondre aux orientations retenues par l'arrête 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 :

Il n'existe pas d'antenne ANFH en Guadeloupe, toutefois, les vingt-deux établissements de santé publics et privés de la région ont été sollicités et invités à informer l'ARS sur leur dispositif de formation et les thèmes proposés.

Quinze réponses nous sont parvenues, soit un taux de 68% :

- 24 personnes ont été formées au cours de deux formations dans l'un établissement public ;
- 40 personnes sensibilisées à l'accueil du patient, dans un autre établissement public ;
- 44 personnes formées au cours de 8 formations organisées dans un établissement privé ;
- La formation médicale continue est assurée dans certains établissements.

A noter que tous les établissements n'ont pas répondu à l'ensemble des critères.

### 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, dont quatre sont réalisées.

Depuis trois ans, vingt personnes sont formées par l'ARS, en moyenne trois par an en qualité d'assistant en soins en gérontologie (ASG) pour la prise en charge de la maladie d'Alzheimer. Certains professionnels médicaux bénéficient de cette formation.

Une aide au financement des formations des structures médico-sociales est assurée par le gestionnaire privé des fonds de la formation professionnelle (AGEFOS PME).

## **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.

### 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*

Sur les vingt-deux établissements :

- 90% disposent d'une commission des relations avec les usagers et de la qualité de la prise en charge (CRU) ;
- 86% des rapports des CRU sont transmis à l'ARS et à la CSA ;
- 2 à 3 réunions sont organisées en moyenne par an.

Concernant la composition et qualité des membres de la CRU, en général deux représentants des usagers titulaires siègent à la commission. La composition minimale est la suivante :

- Directeur de l'établissement ou son représentant,
- 1 médiateur médical,
- 1 médiateur non médical,
- 2 représentants des usagers (2 titulaires et 2 suppléants),
- responsable qualité (avec voix consultative).

Sept établissements sur quinze ont mis en place des formations pour les membres de la CRU, soit 47%.

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.

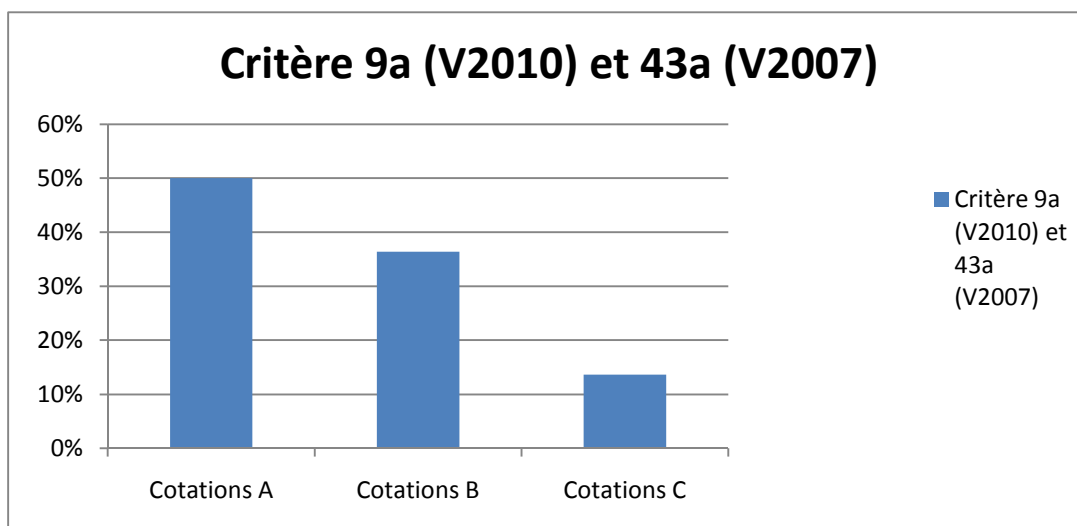
**Référence 43** : L'évaluation de la satisfaction du patient, de son entourage et des correspondants externes.

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

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

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*

#### Fonctionnement effectif des conseils de vie sociale :

- 90% des neuf établissements d'hébergement pour personnes âgées dépendantes (EHPAD) disposent d'un conseil de vie sociale (CVS) ;
- 37% ont transmis un rapport à l'ARS ;
- Le CVS se réunit en moyenne 2 fois par an et est composé comme suit :
  - des représentants des accueillis ;
  - des représentants des familles ou représentants légaux ;
  - des représentants du personnel de direction,
  - des représentants du personnel salarié ;
  - des représentants de l'organisme gestionnaire.

#### Concernant les structures d'accueil de personnes handicapées :

- 56 % des établissements concernés disposent d'un CVS ;
- 60 % ont transmis un rapport à l'ARS.
- Deux réunions en moyenne du CVS ont lieu chaque année ;
- La composition du CVS est conforme à la réglementation.

### **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.*

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)*

Sur les quinze réponses reçues, il existe dans dix établissements un dispositif ou une procédure de promotion de la bientraitance, soit 67%.

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 e maltraitance sont définies et diffusées.

Un état des lieux permettant d'identifier less ituations, 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 st 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 a maltraitance et la promotion de a bientraitance sont suivies et évaluées.

### *Manuel de certification version V2007 :*

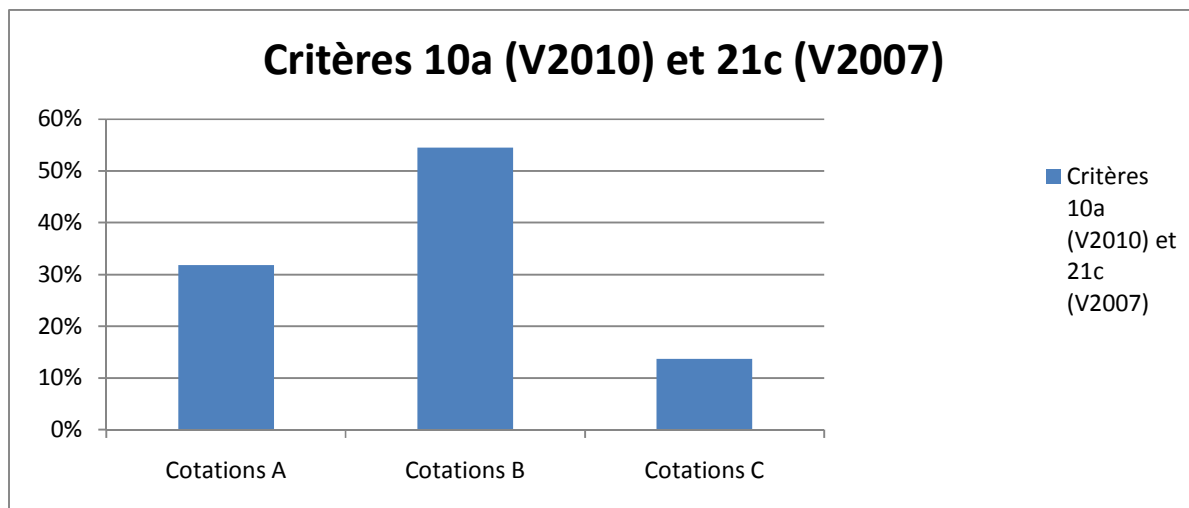
Référence 21 : La dignité du patient et la confidentialité

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

<b>Droit au respect de la dignité de la personne - promouvoir la bientraitance (critère 10a V2010 et 21c V2007)</b>	
<b>Etablissement N°1</b>	<b>Cotation A</b>
<b>Etablissement N°2</b>	<b>Cotation B</b>
<b>Etablissement N°3</b>	<b>Cotation C</b>
<b>Etablissement N°4</b>	<b>Cotation B</b>
<b>Etablissement N°5</b>	<b>Cotation A</b>
<b>Etablissement N°6</b>	<b>Cotation B</b>
<b>Etablissement N°7</b>	<b>Cotation B</b>
<b>Etablissement N°8</b>	<b>Cotation A</b>
<b>Etablissement N°9</b>	<b>Cotation B</b>
<b>Etablissement N°10</b>	<b>Cotation A</b>
<b>Etablissement N°11</b>	<b>Cotation B</b>
<b>Etablissement N°12</b>	<b>Cotation B</b>
<b>Etablissement N°13</b>	<b>Cotation C</b>
<b>Etablissement N°14</b>	<b>Cotation B</b>
<b>Etablissement N°15</b>	<b>Cotation A</b>
<b>Etablissement N°16</b>	<b>Cotation C</b>
<b>Etablissement N°17</b>	<b>Cotation B</b>
<b>Etablissement N°18</b>	<b>Cotation A</b>
<b>Etablissement N°19</b>	<b>Cotation A</b>
<b>Etablissement N°20</b>	<b>Cotation B</b>
<b>Etablissement N°21</b>	<b>Cotation B</b>
<b>Etablissement N°22</b>	<b>Cotation B</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 2011, deux inspections ont été réalisées sur le repérage des risques de maltraitance et la promotion de la bientraitance, l'une dans un Service d'Education Spécialisée et de Soins à Domicile (SESSAD) et l'autre dans un Etablissement d'hébergement pour personnes âgées dépendantes.

Sur les neuf EHPAD, deux conventions tripartites ont été signées en 2011 et intègrent la promotion de la bientraitance, soit un taux de 22%.

Une information est donnée par le médecin de santé publique de l'ARS aux médecins coordonnateurs et aux directeurs d'établissement. Tous sont dotés du kit médical de lutte contre la dénutrition.

L'analyse des dossiers d'évaluation interne est en cours.

#### **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.

Quatorze établissements sur quinze disposent d'un Comité de Lutte contre la Douleur (CLUD), soit un taux de 93%.

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 :

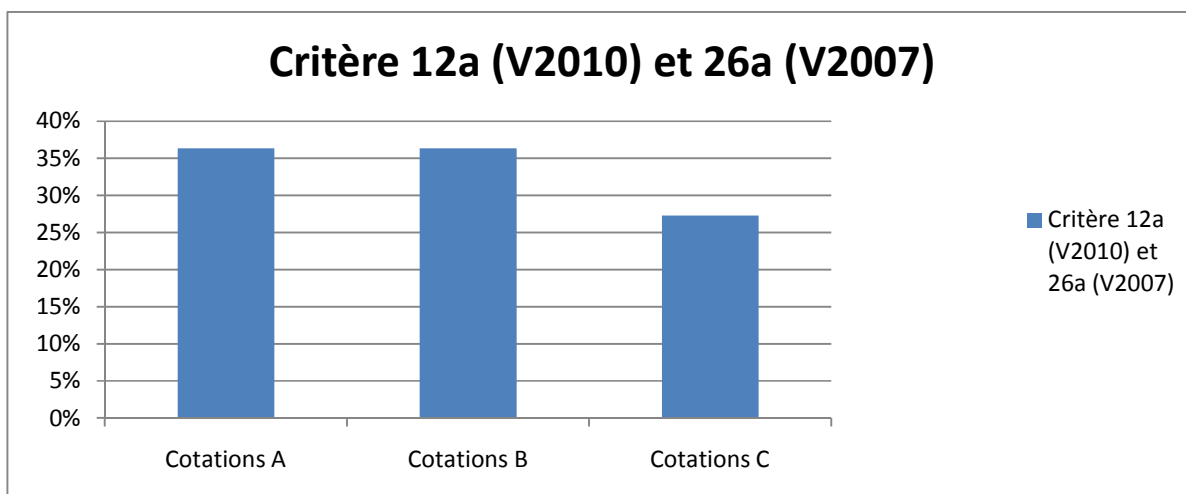
Référence 26 : La prise en charge de la douleur

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

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

En 2011, neuf conventions de collaboration avec les structures sanitaires ont été signées par les établissements d'hébergement pour personnes âgées dépendantes ne disposant pas de conventions tripartites.

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

#### **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 2011 à valoriser leurs projets innovants en matière de promotion des droits des patients.

Il n'y a pas eu de demande de labellisation de projets proposée à la commission spécialisée dans les droits des usagers. 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*

Une information sur les directives anticipées a été organisée dans sept établissements, ce qui représente un taux de 47%

Un dispositif de recueil des directives anticipées existe dans huit établissements, soit un taux de 53%

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 :

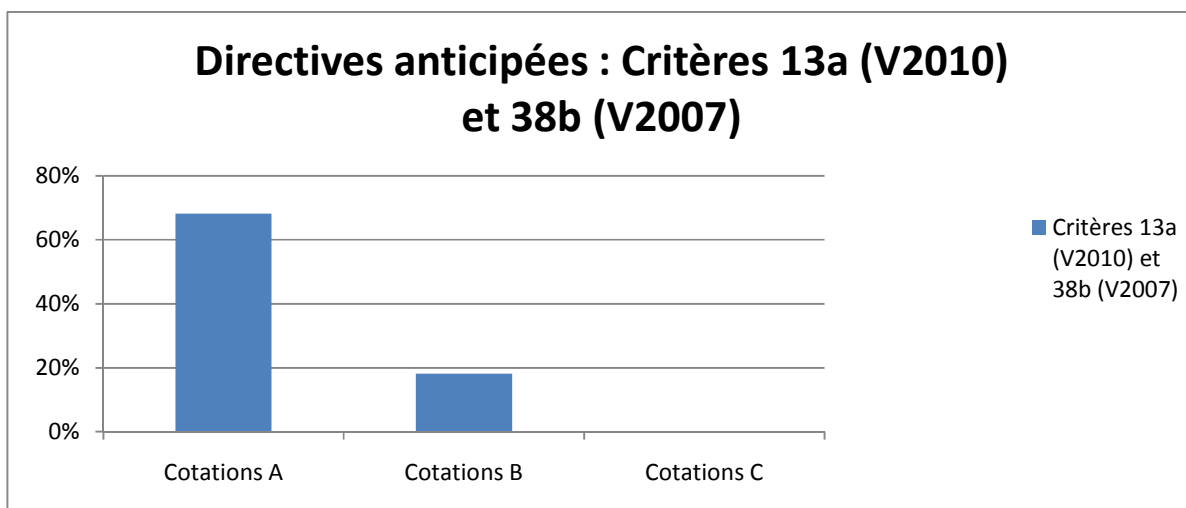
Référence 38 : La prise en charge du patient en soins palliatifs

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

<b>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)</b>	
<b>Etablissement N°1</b>	<b>Cotation A</b>
<b>Etablissement N°2</b>	<b>Cotation B</b>
<b>Etablissement N°3</b>	<b>Cotation NA</b>
<b>Etablissement N°4</b>	<b>Cotation A</b>
<b>Etablissement N°5</b>	<b>Cotation A</b>
<b>Etablissement N°6</b>	<b>Cotation B</b>
<b>Etablissement N°7</b>	<b>Cotation A</b>
<b>Etablissement N°8</b>	<b>Cotation A</b>
<b>Etablissement N°9</b>	<b>Cotation B</b>
<b>Etablissement N°10</b>	<b>Cotation B</b>
<b>Etablissement N°11</b>	<b>Cotation A</b>
<b>Etablissement N°12</b>	<b>Cotation A</b>
<b>Etablissement N°13</b>	<b>Cotation NA</b>
<b>Etablissement N°14</b>	<b>Cotation A</b>
<b>Etablissement N°15</b>	<b>Cotation A</b>
<b>Etablissement N°16</b>	<b>Cotation A</b>
<b>Etablissement N°17</b>	<b>Cotation NA</b>
<b>Etablissement N°18</b>	<b>Cotation A</b>
<b>Etablissement N°19</b>	<b>Cotation A</b>
<b>Etablissement N°20</b>	<b>Cotation A</b>
<b>Etablissement N°21</b>	<b>Cotation A</b>
<b>Etablissement N°22</b>	<b>Cotation A</b>

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*

L'ARS est en attente du résultat de l'enquête quadriennale a été réalisée par la direction régionale d'études économiques et statistiques (DREES).

## **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*

Pas de processus particulier permettant d'identifier le nombre de plaintes et réclamations du conseil de l'ordre des médecins.

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 plaintes et réclamations relatives à l'accès au dossier médical figurant dans les rapports des CRU s'élève à 398 en 2011.

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 :

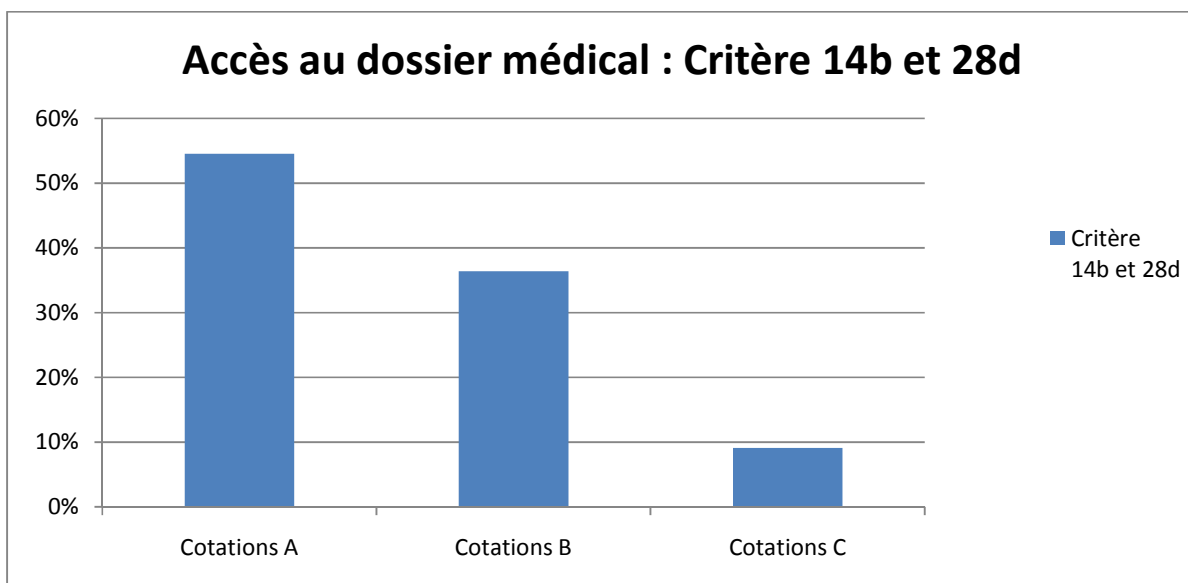
Référence : Le dossier du patient

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

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

Pas de plainte et réclamation relative à l'accès au dossier médical reçue par l'ARS.

### **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*

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.

Pour les patients admis en chambre carcérale, les dossiers sont conservés 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 départementale de soins psychiatriques existantes ;*
- *Proportion de rapports transmis à l'ARS*

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).

La CDSP s'est réuni à deux reprises en 2011, le 19 mai et le 21 décembre. Il n'y a pas eu de transmission de rapports à l'ARS, ni de visite d'établissement réalisée en 2011.

## **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 2011, 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 est de 0%, le taux national étant de 5,8%.

Le taux 2011 est 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*

Réponse du conseil de l'ordre en attente.

### **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 2011 dépistage cancer colorectal :

Le taux de participation au dépistage organisé du cancer colorectal chez les 50 à 74 ans en 2011 est de 25,1%. (Taux national : 32,1%).

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 2011 dépistage cancer du sein :

Le taux de participation au dépistage organisé du cancer du sein pour les femmes de 50 à 74 ans est de 48,5%. (Taux national : 52,3%). Le taux 2011 est supérieur à celui de 2010 qui était de 47%.

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 2011 :

Il n'y a pas de données relatives au taux de couverture vaccinale des enfants de 24 mois contre la rougeole, les oreillons et la rubéole, disponibles pour l'année 2011.

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 2011:

Pas de données disponibles relatives à la prévalence de l'obésité et du surpoids parmi les enfants en grande section de maternelle pour l'année 2011.

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 2011. Un CLS est en cours d'élaboration avec une des principales villes de la région.

#### Ecart 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.

En 2011, quinze logements ont fait l'objet d'une évaluation.



### **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.*

Il n'y a pas eu de formation organisée par l'ARS pour es représentants des usagers en 2011. Le projet est en cours.

## 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 :

- Le taux de participation globale des membres de la CSA est de 57% ;
- Le taux de participation globale des membres de la CSA à la conférence de territoire sud Basse-Terre est de 72% ;
- Le taux de participation globale des membres de la CSA à la conférence de territoire Centre est 64% ;
- Le taux de participation globale des membres de la CSA à la conférence de territoire des Iles du Nord est de 72%.

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

- Le taux de participation des représentants des usagers dans la CSA est de 50% ;
- Le taux de participation des représentants des usagers à la conférence de territoire sud Basse-Terre est de 67% ;
- Le taux de participation des représentants des usagers à la conférence de territoire Centre est de 55% ;
- Le taux de participation des représentants des usagers à la conférence de territoire des Iles du Nord : 45%

## V – Analyse des rapports 2011 des CRU des établissements sanitaires

L'analyse des rapports faits apparaître les éléments suivants :

Dix neuf établissements publics et privés sur les vingt-deux sollicités ont transmis le rapport annuel de la commission des relations avec les usagers et de la qualité de la prise en charge (CRU) de leur établissement pour l'année 2011 (soit un taux de 86 % contre 64 % en 2010 et 54% en 2009)

Dix établissements ont respectés le calendrier de retour des rapports. Malgré des courriers adressés aux établissements les 17 janvier 2011, 19 avril 2011, 21 juin 2011 auxquels s'ajoutent plusieurs appels téléphoniques.

Ont transmis les rapports de la CRU pour l'année 2011, les établissements suivants :

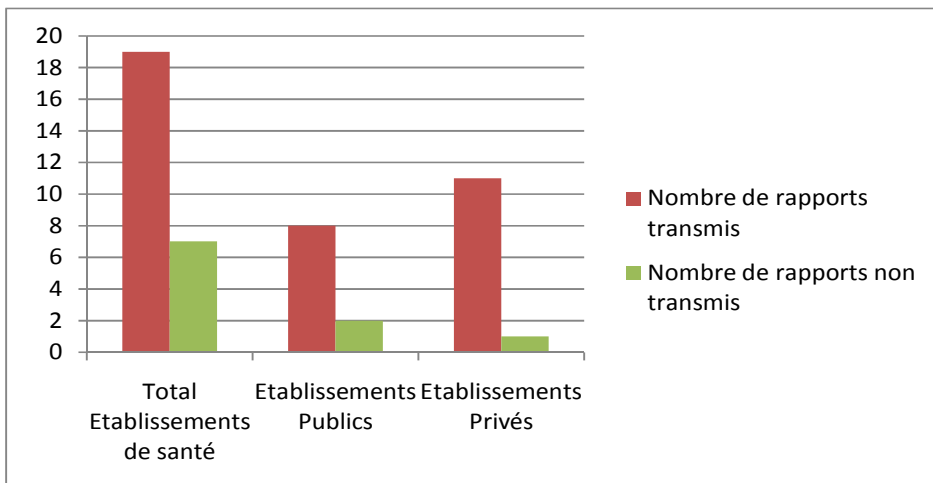
Etablissements publics		Etablissements privés
- Centre hospitalier de Basse-Terre	CHBT	- Etablissements Manioukany (2)
- Centre hospitalier de Montéran	CHM	- Clinique Les Eaux Claires
- Centre hospitalier de Beuperthuy	CHLDB	- Clinique La Violette
- Centre hospitalier Maurice Selbonne	CHMS	- Clinique l'Espérance
- Centre Gérontologique du Raizet	CHGR	- Centre Médico – social
- Centre hospitalier de Marie-Galante	CHMG	- Clinique Choisy
- Centre hospitalier de Capesterre Belle –Eau	CHCBE	- Centre médical Lacrosse
- Centre hospitalier Universitaire	CHU	- Polyclinique Saint-Christophe
		- Polyclinique de la Guadeloupe
		- Clinique Les nouvelles Eaux Marines

N'ont pas transmis le rapport :

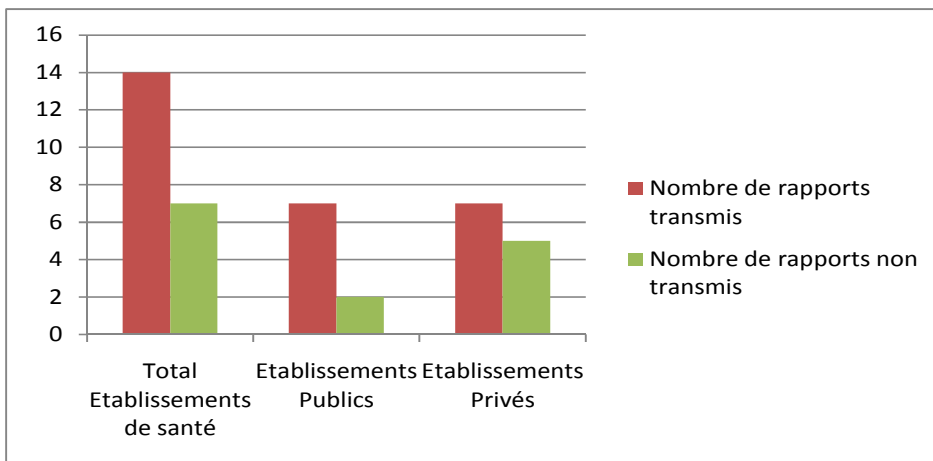
Etablissements publics	Etablissements privés
- Centre hospitalier de Saint-Martin (pas de réunion de la CRU)	- Clinique les Eaux vives (pas de réunion de la CRU)
- Centre hospitalier de Saint-Barthélemy (pas de réunion de la CRU)	

Les établissements ont été invités à produire un rapport respectant la structuration du modèle proposée dans le guide relatif au rapport annuel de la CRU. Force est de constater que la plupart n'ont pas adopté cette présentation et le contenu des rapports ne comporte pas toutes les informations souhaitées.

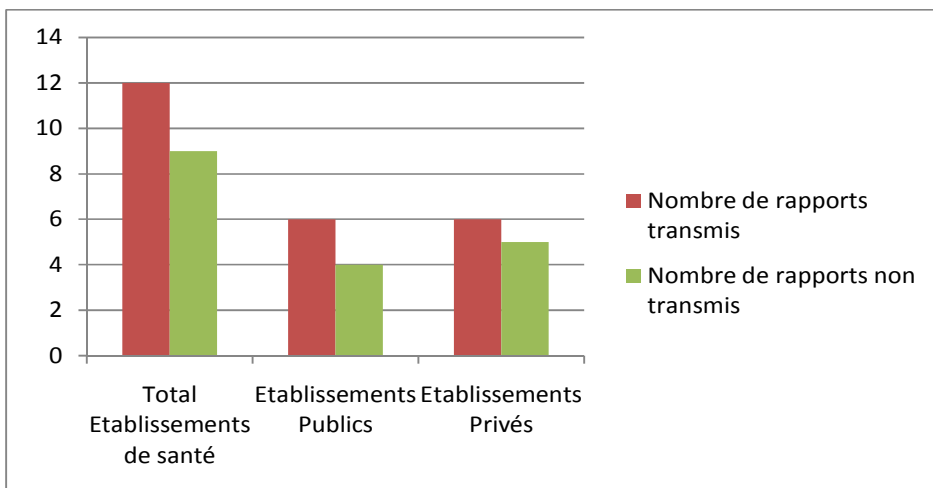
**Répartition des retours de rapport CRU par type d'établissement  
(public – privé) Année 2012**



**Rappel de la répartition des retours de rapport CRU par type d'établissement  
(public – privé) Année 2011**



**Rappel de la répartition des retours de rapport CRU par type d'établissement  
(public – privé) Année 2010**



## **A) Le respect des droits collectifs des usagers**

### **1 - À partir de l'analyse du fonctionnement des CRU dans les établissements, synthèse des éléments recueillis :**

#### *Composition des CRU :*

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) :*

Le nombre de réunions varie de zéro à quatre par établissement. Le nombre total de réunions pour l'ensemble des établissements est de quarante-cinq (55).

Le rythme moyen de rencontre est de deux à trois réunions tenues dans l'année pour l'examen des plaintes et réclamations, la qualité de la prise en charge et la rédaction du rapport annuel.

Le taux de participation des membres de la CRU (notamment des représentants des usagers) est relativement élevé. Le nombre de saisines du médiateur est de huit.

#### *Règlement intérieur :*

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

#### *Organisation de la CRU :*

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

#### *Information sur la CRU :*

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

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

### *Coordination avec les autres instances de l'établissement :*

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)

## **2 - Analyse globale du fonctionnement des CRU et préconisations :**

### *Les points forts :*

Les représentants des usagers participent activement aux groupes de travail et à la mise en place des questionnaires.

### *Les points faibles les plus souvent rencontrés :*

Le nombre de retour du questionnaire de sortie par rapport à l'activité globale reste très faible pour la plupart des établissements et le livret d'accueil n'est pas toujours remis aux patients.

### *Prise en compte des préconisations de l'année précédente encore d'actualité :*

- La fréquence des réunions (seuls quatre établissements ont réuni leurs CRU quatre fois dans l'année).
- Le taux de plaintes reste relativement faible dans les petits établissements ;
- Le taux de retour des outils d'évaluation du niveau de satisfaction des patients reste très faible. Douze établissements ne précisent pas le nombre de questionnaires de sortie reçus. Le nombre total de questionnaires reçus pour sept établissements est de mille cinq cent vingt-deux (1522) ;
- Le protocole de remise du livret d'accueil pas toujours adapté au type d'hospitalisation.

### *Evaluation et nouvelles préconisations éventuelles :*

Mettre en place de :

- 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 ;
- 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.

*Les dysfonctionnements majeurs récurrents :*

- La qualité de l'accueil aux urgences ;
- Le respect de l'intimité et du repos de l'ensemble des patients ;
- L'amélioration des prestations alimentaires ;
- La poursuite des actions visant à l'amélioration de l'hébergement ;
- La qualité de l'accueil pour les consultations externes.

*Les bonnes pratiques à modéliser :*

- Dans certains établissements, poursuite d'enquêtes de satisfaction réalisées au niveau de différents services ;
- Organisation de permanences mensuelles dédiées aux usagers existant dans certain établissement.

*Les suggestions éventuelles pour de nouvelles recommandations :*

- Amélioration des procédures de plaintes et réclamations

## **B) Le respect des droits individuels des usagers**

### **1- À partir de l'analyse des plaintes, réclamations et éloges**

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.

Les motifs de plaintes ou réclamations à traiter, les plus fréquents et les plus graves (à l'exclusion de celles relatives à l'accès au dossier médical) sont :

- Les conditions d'hébergement de restauration et de soins ;
- La perte ou vol d'objet ;
- Le non respect de l'intimité des patients, des croyances et convictions ;
- Les agressions verbales et physiques entre patients et entre patients et soignants ;
- Les dommages suite aux soins ;
- La durée d'attente (accueil téléphonique, urgence, unité de soins).

## **2 - À partir de l'analyse de l'accessibilité au dossier médical**

*Nombre de demandes de dossiers médicaux : 398*

*Nombre de plaintes : 134*

*Motifs des plaintes afférents aux dossiers médicaux :*

- Décès des patients hospitalisés ;
- séquelles de soins ;
- Erreurs de diagnostic ;
- Manque de communication avec les médecins ;
- Demande des ayants droits.

*Les dysfonctionnements à l'origine de ces plaintes et réclamations :*

- Le mécontentement sur la qualité de la prise en charge médicale ;
- Les délais d'attente et d'accueil aux urgences ;
- Le manque de communication des médecins.

*Évaluations et préconisations éventuelles :*

- L'élaboration de questionnaire spécial pour les urgences.



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

### a) Rappel des recommandations de la CSA dans son rapport 2011 :

- Mettre en place des mesures visant à protéger les usagers, en particulier les personnes vulnérables (personnes âgées, handicapées, hospitalisées sous contrainte) de toute discrimination ;
- S'assurer de la transmission de l'information aux usagers ;
- Améliorer les procédures d'accueil du patient ;
- Respecter la confidentialité des informations ;
- Mettre en place d'une enquête auprès des usagers ;
- Enrichir systématiquement le rapport sur les droits des usagers du système de santé, d'informations émanant des sources existantes.

### b) Etat d'avancement du suivi des recommandations de la CSA émises dans son rapport 2011

Un courrier élaboré par le président de la commission spécialisée dans les droits des usagers a été adressé aux chefs d'établissement le 17 juillet 2012, leur demandant de faire connaître aux membres de la commission, les actions d'amélioration mises en place par leur établissement sur les points suivants :

- la connaissance par les usagers des procédures formalisées par l'établissement (Accueil, Respect de la confidentialité, Accès aux dossiers médicaux...) ;
- les mesures visant à protéger les usagers, en particulier les personnes vulnérables (personnes âgées, handicapées, hospitalisées sous contrainte) de toute discrimination ;
- les modalités de transmission de l'information aux usagers.

Treize établissements sanitaires sur les vingt-deux sollicités ont transmis les informations réclamées, soit un taux de réponse de 59.09%.

Les mesures visant à faire connaître les procédures formalisées sont essentiellement :

- L'intégration des procédures dans le livret d'accueil ;
- L'utilisation de l'affichage ;
- La mise à disposition des chartes ;
- L'élaboration de brochures spécifiques.

Les mesures visant à protéger les personnes vulnérables :

- L'information des personnes vulnérables via les différentes chartes ;
- La formalisation de procédures formalisées,
- La mise à disposition d'équipements spécifiques ;
- La formation des professionnels ;
- La mise en place d'actions de sensibilisation.

Les modalités de transmission des informations :

- La diffusion du livret d'accueil ;
- l'affichage des chartes ;
- la diffusion des résultats des indicateurs qualité opposables.

Concernant la préconisation de la commission d'enrichir systématiquement le rapport d'informations émanant d'autres sources existantes, 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, élargi considérablement les sources de données à utiliser pour l'élaboration du rapport.

Les données collectées et consolidées par l'ARS, recueillies par secteur d'activité : Ambulatoire, Sanitaire et médico-social, doivent désormais répondre aux 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.

## **VII – Recommandations 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.

## Conclusion

La place des usagers dans le système de santé a été réaffirmée à plusieurs reprises, notamment dans le cadre de la loi du 4 mars 2002, relative aux droits des malades et à la qualité du système de santé, de la loi n°2002-2 du 2 janvier 2002 rénovant l'action sociale et médico-sociale et de la loi Hôpital patients, santé, territoires du 21 juillet 2009.

Les agences régionales de santé se doivent de contribuer à une gestion transversale de l'ensemble du système de santé et de promouvoir le décroisement entre l'ambulatoire, l'hospitalier et le médico-social. L'arrêté du 5 avril 2012 portant cahier des charges relatif à l'élaboration du rapport de la CSA sur les droits des usagers, est un outil qui permet d'évoluer dans ce sens.

La commission spécialisée dans le domaine des droits des usagers, note l'implication des établissements dans la recherche de l'amélioration du respect des droits des usagers du système de santé.

Elle constate une augmentation du nombre de rapports transmis à l'ARS pour analyse. Le rapport 2010 a été élaboré à partir de 54% des rapports des CRU de la région, le rapport 2011 de 64%, le rapport 2012 de 86%.

Par ailleurs, en réponse à la demande de la commission, près de soixante pour cent des établissements sollicités ont transmis la liste des actions mises en place au sein de leur structure pour améliorer les axes ciblés dans le rapport 2011.

La commission encourage l'ensemble des acteurs à poursuivre cet investissement et contribuer à faire progresser les droits des usagers sur l'ensemble de la région.

Il serait souhaitable que soit proposé aux établissements de santé et aux ESMS, de compléter les rapports des CRU et des CVS transmis annuellement à l'ARS, des données et indicateurs à recueillir mentionnées à l'arrêté du 5 avril 2012.

Les domaines et des champs ciblés étant très étendus, les recommandations émises par la commission pourront être mises en oeuvre à un rythme annuel ou pluriannuel.

Des objectifs prioritaires adaptés aux spécificités de la région pourront aussi être arrêtés par les membres de la commission.

# ANNEXES

## Annexe 1 : Membres de la commission spécialisée Droits des usagers

COLLEGE	REPRESENTATIF	Tit/Suppl	Civilité	NOM	PRENOM	ORGANISME - FONCTION
<b>PRESIDENT</b>			<b>M.</b>	<b>HENRY</b>	<b>Jacques</b>	
<b>VICE PRESIDENT</b>			<b>M.</b>			
<b>1 - Représentations collectivités territoriales</b>	Groupement de Communes	Titulaire	M.	YACOU	Richard	1er Vice Président de la Communauté des Communes Nord Basse Terre
		Suppléant	M.	LUCE	Nestor	Conseiller Communautaire de la Communauté des Communes Nord Basse Terre
<b>2 - Représentants des usagers de service de santé ou médico-sociaux</b>	Associations agréées santé	Titulaire	Mme	POTTIER	Angéline	Association AIDES - Délégation Saint-Martin
		Suppléant	M.	GERARD	Frédéric	Association AIDES - Délégation Saint-Martin
		Titulaire	M.	HENRY	Jacques	Président de la Ligue contre le Cancer Comité Guadeloupe
	Associations de retraités et personnes âgées	Suppléant	M.	CHINGAN	Dominique	Ligue contre le Cancer Comité Guadeloupe
		Titulaire	M.	BIDELOGNE	Christian	Vice-Président du CODERPAG
		Suppléant	Mme	TOUVIN	Marie-George	FAIGH
		Titulaire	M.	DINART	Bertin	Président Association l'Ancre d'Or
Associations de personnes handicapées dont une intervenant dans le champ de l'enfance handicapée	Suppléant	Mme	EDOUARD-DURIZOT	Elvire	Présidente Association Amis de la maison des aînés	
	Titulaire	Mme	LE BLANC	Solange	FAIGH	
	Suppléant	Mme	PIERRE-JUSTIN	Claire	Trésorière de l'Association Guadeloupéenne pour l'Intégration des Handicapés Moteur (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 l'Adolescence (AAEA)
<b>3 - Représentants des conférences de territoire</b>	Centre		Mme	LIN	Odile	Association Accueil Le Bel Age
<b>4 - Partenaires sociaux</b>		Titulaire	Mme	HUC	Yolaine	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
<b>5 - Représentants des acteurs de la cohésion sociale et de la protection sociale</b>	Caisse d'allocation familiales	Titulaire	Mme	GALOU	Nicole	CAF de la GUADELOUPE
		Suppléant	Mme	LEBOUIN	Sylviane	CAF de la GUADELOUPE
<b>6 - Représentants des acteurs de la prévention et de l'éducation pour la santé</b>		Titulaire	M.	GALANTINE	Louis	Conseiller Général
		Suppléant	M.	ANSELME	Jacques	Conseiller Général
<b>7 - Représentants des offreurs des services de santé</b>		Titulaire	Dr	BOULANGER	Jean-Marc	Centre hospitalier universitaire de Pointe à Pitre - Abymes
		Suppléant	Dr	EYNAUD	Michel	Confédération des Praticiens hospitaliers



## Annexe 2 : Composition et qualité des membres de la CRU

### **COMPOSITION ET QUALITE DES MEMRES DE LA CRU (2011)**

( 17 établissements sur 19 ayant fourni le rapport CRU)

	<b>ETABLISSEMENTS PUBLICS (8)</b>	<b>ETABLISSEMENTS PRIVES (9)</b>	<b>Total</b>	<b>Total %</b>
<b>COMPOSITION MINIMALE</b>	71,25%	63%	<b>67,29%</b>	
Directeur ou son représentant	8	9	17	100%
Médiateur médical	11	10	21	62%
Médiateur non médical				
Titulaire	7	8	15	88,24%
Suppléant	3	6	9	52,94%
Représentant usagers				
2 Titulaires	14	15	29	85,29%
2 suppléants	11	4	15	44,12%
<b>Responsable qualité *</b>	3	5	8	47%
Total/	<b>57</b>	<b>57</b>	<b>114</b>	
<b>COMPOSITION ELARGIE</b>				
Président CME	1	3	4	
Médecin membre CME				
Représentant soins infirmiers				
Titulaire	4	4	8	
suppléant	3	3	6	
Représentant CTE				
Titulaire	2	5	7	
Suppléant	1	0	1	
Représentant Conseil Surv				
Autre	3	3	6	
Total	<b>71</b>	<b>75</b>	<b>141</b>	

\* Membre à voix consultative

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

**Conférence Santé Autonomie  
9 décembre 2011 - participation**

Collèges	Nombre de membres	Représentation totale par collège	%
1 - "Collectivités"	12	6	50%
2 - "Assoc agréées Usagers"	10	5	50%
3 - "Conf Territoires"	3	1	33%
4 - "Syndicats"	10	6	60%
5 - "Protection Sociale"	4	3	75%
6 - "Prévention"	9	6	66%
7 - "Service Santé"	33	19	58%
8 - "Personnes Qualifiées"	1	1	100%
<b>TOTAL</b>	<b>84</b>	<b>48</b>	<b>57%</b>

Collège représentants des usagers

## Conférence Territoire Centre Participation - 2011

Collèges	Nbre de membres	Représentation par collège 11 février 2011		Représentation totale par collège 1er juillet 2011		Représentation totale par collège 29 novembre 2011		% global de participation pour 2011
		Présences	%	Présences	%	Présences	%	
1- "Etablissements de santé"	6	4	66%	4	66%	2	33%	55%
2- "Etablissements sociaux et médico-sociaux"	5	5	100%	5	100%	5	100%	100%
3- "Promotion santé, prévention, environnement, précarité"	3	3	100%	1	33%	1	33%	55%
4- "URPS"	4	2	50%	3	75%	4	100%	75%
5- "centres, maison, pôles et réseaux de santé"	2	2	100%	1	50%	2	100%	83%
6- "soins à domicile"	1	1	100%	1	100%	0	0	67%
7- "santé au travail"	1	0	0%	0	0%	1	100%	33%
8- "usagers"	6	4	66%	3	50%	3	50%	55%
9- "collectivités territoriales"	7	5	71%	3	43%	3	43%	52%
10- "ordre des médecins"	1	1	100%	1	100%	1	100%	100%
11- "personnes qualifiées"	2	1	50%	1	50%	0	0	33%
<b>TOTAL</b>	<b>38</b>	<b>28</b>	<b>74%</b>	<b>23</b>	<b>61%</b>	<b>22</b>	<b>58%</b>	<b>64%</b>

Collège représentants des usagers

## Conférence Territoire Sud Basse-Terre Participation - 2011

Collèges	Nbre de membres	Représentation par collège 15 février 2011		Représentation par collège 18 mars 2011		Représentation totale par collège 28 novembre 2011		% global de participation pour 2011
		Total	%	Total	%	Total	%	
1- "Etablissements de santé"	7	6	86%	5	71%	6	86%	81%
2- "Etablissements sociaux et médico-sociaux"	6	6	100%	6	100%	3	50%	83%
3- "Promotion santé, prévention, environnement, précarité"	3	3	100%	3	100%	2	67%	89%
4- "URPS"	5	4	80%	4	80%	3	60%	73%
5- "centres, maison, pôles et réseaux de santé"	1	1	100%	1	100%	1	100%	100%
6- "soins à domicile"	1	1	100%	1	100%	0	0%	67%
7- "santé au travail"	1	0	100%	0	0%	1	100%	67%
8- "usagers"	6	3	50%	5	83%	4	67%	67%
9- "collectivités territoriales"	7	6	86%	5	71%	2	28%	62%
10- "ordre des médecins"	1	1	100%	1	100%	0	0%	67%
11- "personnes qualifiées"	2 (3 à c mars)	2	100%	1	33%	1	33%	55%
<b>TOTAL</b>	<b>41</b>	<b>34</b>	<b>83%</b>	<b>32</b>	<b>78%</b>	<b>23</b>	<b>56%</b>	<b>72%</b>

Collège représentants des usagers

## Conférence Territoire Des Iles du Nord Participation - 2011

Collèges	Nbre de membres	Représentation par collège 10 Février 2011		Représentation par collège 17 Mars 2011		Représentation totale par collège 19 Mai 2011		Représentation totale par collège 29 Septembre 2011		Représentation totale par collège 24 novembre 2011		% global de participation pour 2011
		Total	%	Total	%	Total	%	Total	%	Total	%	
1- "Etablissements de santé"	4	3	75%	4	100%	2	50%	4	100%	3	75%	80%
2- "Etablissements sociaux et médico-sociaux"	3	3	100%	3	100%	3	100%	2	67%	1	33%	80%
3- "Promotion santé, prévention, environnement, précarité"	3	2	67%	3	100%	3	100%	2	67%	3	100%	87%
4- "URPS"	2	2	100%	2	100%	2	100%	1	50%	0	0%	70%
5- "centres, maison, pôles et réseaux de santé"	1	1	100%	1	100%	1	100%	0	0%	1	100%	80%
6- "soins à domicile"	1	0	0%	0	0%	1	100%	1	100%	0	0%	40%
7- "santé au travail"	1	1	100%	1	100%	1	100%	1	100%	0	0%	80%

8- "usagers"	4	2	50%	3	75%	1	25%	2	50%	1	25%	45%
9- "collectivités territoriales"	6	6	100%	5	83%	4	67%	5	83%	5	83%	83%
10- "ordre des médecins"	1	1	100%	1	100%	1	100%	1	100%	1	100%	100%
11- "personnes qualifiées"	2	1	50%	1	50%	2	100%	2	100%	1	50%	70%
<b>TOTAL</b>	<b>28</b>	<b>23</b>	<b>61%</b>	<b>24</b>	<b>83%</b>	<b>21</b>	<b>86%</b>	<b>21</b>	<b>74%</b>	<b>16</b>	<b>51%</b>	<b>72%</b>

Collège représentants des usagers

## Annexe 4 : Suivi par les établissements des recommandations 2011 de la commission usagers

Etablissements	Mesures visant à faire connaître les procédures formalisées (Procédure d'accueil du patient, du respect de la confidentialité, de l'accès au dossier médical...)	Mesures visant à protéger les personnes vulnérables (Personnes âgées, handicapées, hospitalisées sous contrainte...)	Modalités de transmissions des informations (De la procédure d'accès au dossier médical, des chartes, des résultats des indicateurs opposables, du livret d'accueil, des questionnaires de sortie...)	Observations
ETABLISSEMENT 1	<p><u>Accueil du patient</u> :</p> <p>En admission programmée l'utilisateur est informé par les agents de bureau des modalités et conditions du séjour. Remise du livret d'accueil qui comporte les informations réglementaires et/ou utiles sur le séjour et sur le post-séjour. Divers supports, dont un écran lumineux dans la salle d'attente des admissions. Informations données lors de la prise en charge de populations ciblées : parturientes, parents en périnatalité, patients en soins sans consentement, personnes hospitalisées à domicile. Brochures spécifiques dans certains services.</p> <p><u>Respect de la confidentialité</u> :</p> <p>La charte de la personne hospitalisée affichée, disponible dans le livret d'accueil, mentionne expressément la garantie du respect de la vie privée et de la confidentialité des informations. Principe rappelé par le personnel ou les RU.</p> <p><u>Accès au dossier médical</u> :</p> <p>Procédure formalisée, diffusée et disponible sur l'intranet du CHU et communiquée aux personnes souhaitant consulter leur dossier. Présentation synthétique dans le livret d'accueil et précisé oralement par le personnel et les RU.</p>	<p>La charte de la personne hospitalisée rappelle les règles applicables au service public hospitalier dont le principe de non discrimination.</p> <p>Le respect du principe d'égalité permet de réserver un traitement différencié favorable aux populations spécifiques et/ou vulnérables (enfants, personnes âgées).</p> <p>Mise à disposition d'équipements pour faciliter les déplacements des personnes à mobilité réduite (personnes âgées, handicapées).</p> <p>Recours à des interprètes pour les patients d'expressions autres que créole ou française.</p>	<p><u>Procédure d'accès au dossier médical</u> :</p> <p>Elle est disponible dans le livret d'accueil et est explicitée par les personnels des services de soins, du bureau des admissions.</p> <p><u>Chartes (du patient hospitalisé, de l'enfant hospitalisé)</u> :</p> <p>Affichées dans les chambres et lieux de passage. Les versions abrégées sont disponibles dans le livret d'accueil. Des documents spécifiques à l'HAD sont remis aux patients concernés.</p> <p><u>Résultats des indicateurs qualité opposables</u> :</p> <p>Affichés dans les points stratégiques dans les différentes zones géographiques</p> <p><u>Livret d'accueil, questionnaires de sortie et enquêtes de satisfaction</u> :</p> <p>Livret d'accueil contenant le questionnaire de sortie distribué aux patients à leur entrée en service d'hospitalisation. Actions lancées afin d'inciter à la consultation du livret et au remplissage du questionnaire. Action en cours consistant en l'entreposage d'urnes destinées à récolter les questionnaires en plus de la remise en services de soins ou par courrier à la direction des relations avec les usagers.</p>	

<p><b>ETABLISSEMENT 2</b></p>	<p>Livret d'accueil remis lors de chaque hospitalisation, une procédure est en place. Questionnaire de séjour à renseigner et à remettre dans les urnes prévues à cet effet au sein de chaque service. Synthèse réalisée chaque trimestre adressée aux cadres pour affichage dans le service. <u>Aux urgences</u> : propre questionnaire, évaluant le délai d'attente. Une information relative à l'importance du remplissage est affichée sur un écran vidéo. <u>Chirurgie ambulatoire et URCV</u> : propre questionnaire et livret. Enquête évaluant le respect des droits des usagers réalisée en octobre 2011. Un circuit spécial usager empruntant les galeries extérieures pour une plus grande discrétion est disponible. L'information relative à l'accès aux dossiers médicaux est inscrite dans le livret d'accueil. Une procédure est en place.</p>	<p>Un certain nombre de procédures et protocoles sont en cours de formalisation et figurent dans le plan d'action général de l'établissement : handicapés (dont l'accès est facilité au sein du nouveau bâtiment des médecines, en dehors des handicapés visuels), personnes démunies, âgées, détenus.</p>	<p>La charte est affichée dans tous les services cliniques et administratifs recevant des usagers. Afin d'améliorer l'accueil au niveau des services administratifs tout en facilitant les déplacements au sein de l'établissement, une amélioration de la signalétique est en cours d'étude ainsi que la remise par le bureau des admissions d'un plan papier.</p>	
-------------------------------	--	--	---	--



ETABLISSEMENT 3	Il est prévu dans le cadre du programme d'amélioration de la qualité et de la sécurité des soins de l'établissement, en lien avec la commission des relations avec les usagers et de la qualité de la prise en charge, d'évaluer ces différents sujets. Les modalités restent à préciser.	<u>Concernant les usagers sous tutelle</u> : toute autorisation (droit à l'image, opération...) est soumise à la signature du tuteur afin de garantir les droits. <u>Concernant les personnes âgées</u> : les prises en charge sont individualisées (dépressions des sujets âgés). Le dépistage de la dénutrition est régulier. Possibilité de faire appel à un médecin somaticien exerçant dans l'établissement et disposant entre autres, d'une spécialité en gériatrie. <u>Concernant les personnes démunies</u> : Il existe une équipe mobile précarité exclusion. <u>Concernant les hospitalisations sous contrainte</u> : Application des lois du 04/03/2002 et du 11/07/2011.	Livret d'accueil remis à tout patient hospitalisé dès que son état le permet. Procédure d'accès au dossier médical disponible dans le livret d'accueil et sur le site internet du CHM. Chartes de l'usager en santé mentale et du patient hospitalisé disponibles dans le livret d'accueil et affichées dans les services de soins. Résultats des indicateurs qualité disponibles dans le livret d'accueil et sur le site internet de CHM, affichés au bureau des entrées. Questionnaire de sortie (QS) disponible dans le livret d'accueil et à la demande, en services de soins (à venir sur internet). Affiches relatives au QS dans les halls des services de soins au dessus des boîtes de recueil. Enquêtes de satisfaction.	
ETABLISSEMENT 4	<u>L'accueil du patient</u> : Existence d'un livret d'accueil en cours de refonte <u>Le respect de la confidentialité</u> : Livret d'accueil + formation du personnel <u>L'accès aux dossiers médicaux</u> : Livret d'accueil + procédure interne	Désignation d'une personne de confiance lors de l'hospitalisation	Charte du patient affichée dans tous les services. Questionnaire de sortie remis aux patients S'agissant de la CRU, celle-ci existe mais n'a pas remis de rapport en 2011.	
ETABLISSEMENT 5	<u>L'accueil du patient</u> : Existence d'un livret d'accueil en cours de refonte <u>Le respect de la confidentialité</u> : Livret d'accueil + formation du personnel <u>L'accès aux dossiers médicaux</u> : Livret d'accueil + procédure interne	Désignation d'une personne de confiance lors de l'hospitalisation	Charte du patient affichée dans tous les services. Questionnaire de sortie remis aux patients S'agissant de la CRU, celle-ci existe mais n'a pas remis de rapport en 2011.	

ETABLISSEMENT 6	<p>Livret d'accueil et annexes (règlement intérieur, charte de la personne hospitalisée, charte de la personne âgée hospitalisée, charte de la personne handicapée, questionnaire de sortie).</p> <p>Des procédures d'accueil ont été formalisées : Accueil en consultations externes ; Accueil au bureau des entrées ; Accueil du patient en service de soins.</p> <p>Il existe une procédure d'accès au dossier patient unique.</p>	<p>Les chartes sont intégrées au livret d'accueil du personnel : Charte bienveillance, charte bientraitance, charte maltraitance, charte de la personne handicapée, charte des droits et libertés de la personne âgée dépendante.</p>	<p>Les chartes sont diffusées via le livret d'accueil ainsi que les modalités d'accès au dossier médical.</p> <p>Il existe un livret d'accueil hygiène.</p> <p>Les tableaux de bord de suivi des infections nosocomiales sont intégrés au livret d'accueil. Des enquêtes de satisfaction sont réalisées.</p>	
ETABLISSEMENT 7	<p>Un entretien préalable est organisé par le service social des malades avec les personnes qui sollicitent une admission, au cours de cet entretien, la vie et l'organisation de l'établissement sont présentés.</p> <p>Une procédure d'accueil des résidents, formalisée, est en vigueur dans l'établissement.</p> <p>Lors de son accueil, les éléments relatifs aux droits du patient sont abordés avec le nouvel arrivant et son entourage.</p> <p>Ces éléments d'information figurent dans le kit d'accueil remis pour toute admission. Le Kit comporte un livret d'accueil, le règlement de fonctionnement, des informations relatives à la CRU.</p>	<p>La formation et la sensibilisation des professionnels de santé ;</p> <p>La mise en place de groupes de travail pour la promotion de la bientraitance ;</p> <p>La diffusion de chartes de bienveillance et d'un livret de bientraitance ;</p> <p>Mise en place depuis 2010 d'un comité local de réflexion éthique.</p>	<p>Une procédure d'accès au dossier médical est insérée au guide du dossier du patient.</p> <p>L'information relative au droit d'accès à son dossier médical figure dans le livret d'accueil du résident.</p> <p>Les résultats des indicateurs qualité sont affichés dans l'établissement ainsi que la charte de la personne âgée dépendante.</p> <p>Hormis leur participation au conseil de vie sociale et à la CRU, les usagers sont représentés aux séances du CLIN et du Conseil de surveillance.</p> <p>Un représentant des familles participe aux réunions du comité local de réflexion éthique.</p>	

ETABLISSEMENT 8	<p>Dans le livret d'accueil remis au patient et à sa famille. On retrouve : Procédure d'accueil ; Mesures prises pour le respect de la confidentialité ; Procédure à suivre pour obtenir le dossier médical.</p>	<p>Formation dispensées régulièrement aux professionnels : droits des malades et bientraitance ; douleur soins palliatifs et éthique ; isolement septique ; contention. Le choix de la chambre se fait en fonction du degré d'autonomie. Respect des normes en vigueur en matière d'accessibilité handicapés et acquisition de fauteuils roulants permettant l'accès aux personnes âgées à tous les lieux du site et à toutes les activités. Existence d'une signalétique adaptée</p>	<p>Dès l'entrée, le livret d'accueil est remis au patient ainsi qu'à sa famille. On y retrouve aussi : Résultats des indicateurs ; Chartes : de la personne hospitalisée, des droits et libertés de la personne âgée en situation de handicap ou de dépendance, de lutte contre la douleur ; Questionnaire de sortie (QS). Le QS permet aussi de s'assurer de la clarté des informations fournies. Le protocole "Entrée-Sortie" est accessible à tous les professionnels. Les représentants des usagers sont informés via la CRU.</p>
ETABLISSEMENT 9	<p><u>Connaissances des usagers</u> : o Le livret d'accueil remis au patient contient toutes les informations réglementaires sur les actions mises en place concernant le respect de la confidentialité, la demande de consultation de dossier médical o Les usagers sont consultés lors de la réalisation des fiches d'information du patient sur les actes à risque, le livret d'information du patient dialysé o Les usagers sont consultés sur le règlement de fonctionnement de l'établissement et son évolution o Les usagers sont informés chaque trimestre des demandes de dossier patient en cours</p>	<p><u>Mesures visant à protéger les personnes vulnérables</u> : o Les personnes vulnérables sont suivies par les assistantes sociales de l'établissement. Une réunion initiale, entre la famille et l'équipe soignante définit l'organisation de la prise en charge o Si les patients nécessitent des mesures de protection les assistantes sociales interviennent auprès du procureur de la République. o Une procédure d'identitévigilance définit les modalités d'identification des personnes qui ne sont pas en mesure de décliner leur identité o Le personnel reçoit une formation sur la gestion des situations difficiles pour mieux aborder ces patients</p>	<p><u>Modalités de transmissions des informations</u> : o Les usagers sont invités au bilan annuel des commissions (CLIN, CLUD, CLAN) et reçoivent en réunion de CRU les informations relatives aux résultats des questionnaires de satisfaction o Le public reçoit les informations réglementaires dans le livret d'accueil et par affichage en différents points de l'établissement et les représentants des usagers informent le public sur la CRUQCP, lors d'actions ponctuelles o Les représentants des usagers sont informés lors des réunions trimestrielles sur l'évolution de la clinique o Les représentants des usagers travaillent sur des propositions à soumettre à la CME concernant : * L'annonce d'un dommage associé aux soins * La délivrance de l'information au patient quand à son état de santé</p>

<p><b>ETABLISSEMENT 10</b></p>	<p>Le livret d'accueil qui tient lieu à la fois de support d'information et de règlement intérieur est remis au patient dès son admission. Il contient tous les renseignements qui lui sont nécessaires pour le bon fonctionnement de son séjour et notamment les modalités de transmission du dossier médical.</p>	<p>Des démarches de sensibilisation sont mises en place pour la prise en charge des patients présentant des pathologies particulières telles que l'obésité (journées portes ouvertes) et des formations à la démarche palliative sont réalisées en interne.</p>	<p>Des actions formatives et des rappels réguliers des droits des patients sont réalisés en réunion de service. La charte du patient hospitalisé générale et plus particulièrement celle de la personne âgée dépendante sont affichées dans les chambres ainsi que dans tous les lieux de passage des usagers. Les résultats ICALIN et IPAQSS sont affichés et accessibles. Des enquêtes de satisfaction sont réalisées et des actions d'amélioration identifiées.</p>	
<p><b>ETABLISSEMENT 11</b></p>	<p><u>Connaissances des usagers</u> : o Le livret d'accueil remis au patient contient toutes les informations réglementaires sur les actions mises en place concernant le respect de la confidentialité, la demande de consultation de dossier médical o Les usagers sont consultés lors de la réalisation des fiches d'information du patient sur les actes à risque, le livret d'information du patient dialysé o Les usagers sont consultés sur le règlement de fonctionnement de l'établissement et son évolution o Les usagers sont informés chaque trimestre des demandes de dossier patient en cours</p>	<p><u>Mesures visant à protéger les personnes vulnérables</u> : o Les personnes vulnérables sont suivies par les assistantes sociales de l'établissement. Une réunion initiale, entre la famille et l'équipe soignante définit l'organisation de la prise en charge o Si les patients nécessitent des mesures de protection les assistantes sociales interviennent auprès du procureur de la République o Une procédure d'identitévigilance définit les modalités d'identification des personnes qui ne sont pas en mesure de décliner leur identité o Le personnel reçoit une formation sur la gestion des situations difficiles pour mieux aborder ces patients</p>	<p><u>Modalités de transmissions des informations</u> : o Les usagers sont invités au bilan annuel des commissions (CLIN, CLUD, CLAN) et reçoivent en réunion de CRU les informations relatives aux résultats des questionnaires de satisfaction o Le public reçoit les informations réglementaires dans le livret d'accueil et par affichage en différents points de l'établissement et les représentants des usagers informent le public sur la CRUQCP, lors d'actions ponctuelles o Les représentants des usagers sont informés lors des réunions trimestrielles sur l'évolution de la clinique o Les représentants des usagers travaillent sur des propositions à soumettre à la CME concernant : * L'annonce d'un dommage associé aux soins * La délivrance de l'information au patient quand à son état de santé</p>	

<p>ETABLISSEMENT 12</p>	<p>Dans le livret d'accueil remis au patient et à sa famille. On retrouve : Procédure d'accueil ; Mesures prises pour le respect de la confidentialité ; Procédure à suivre pour obtenir le dossier médical.</p>	<p>Formation dispensées régulièrement aux professionnels : droits des malades et bientraitance ; douleur soins palliatifs et éthique ; isolement septique ; contention. Le choix de la chambre se fait en fonction du degré d'autonomie. Respect des normes en vigueur en matière d'accessibilité handicapés et acquisition de fauteuils roulants permettant l'accès aux personnes âgées à tous les lieux du site et à toutes les activités. Existence d'une signalétique adaptée</p>	<p>Dès l'entrée, le livret d'accueil est remis au patient ainsi qu'à sa famille. On y retrouve aussi : Résultats des indicateurs ; Chartes : de la personne hospitalisée, des droits et libertés de la personne âgée en situation de handicap ou de dépendance, de lutte contre la douleur ; Questionnaire de sortie (QS). Le QS permet aussi de s'assurer de la clarté des informations fournies. Le protocole "Entrée-Sortie" est accessible à tous les professionnels. Les représentants des usagers sont informés via la CRU.</p>	
<p>ETABLISSEMENT 13</p>	<p>La CRU est en place. La représentante des usagers (RU) intervient dans l'établissement dans le cadre de la CRU. Le rapport de la CRU est présenté au président de la CME et à la Direction avec les recommandations des RU qui tiennent compte des résultats des enquêtes de satisfaction et de la synthèse des expressions des usagers, consignés dans les registres de réclamations / satisfaction mi en place dans les services. Certains supports remis aux usagers présentent les procédures relatives : - A l'accueil du patient ; - Au respect de la confidentialité ; - Aux modalités d'accès aux dossiers médicaux.</p>	<p>Les entrées principales de l'établissement disposent d'un accueil spécifique pour les personnes à mobilité réduite. Des rampes de marche aux abords de tous les escaliers ont été installées. Plusieurs places de parking sont réservées aux personnes handicapées. Le personnel est sensibilisé afin qu'ils réservent un accueil spécifique aux personnes vulnérables.</p>	<p>Plusieurs livrets sont remis aux usagers : - Un livret d'accueil spécifique pour les patients en hospitalisation complète ; - Un livret d'accueil destiné aux patients hospitalisés en ambulatoire. Certains supports présentent les procédures relatives : - A l'accueil du patient ; - Au respect de la confidentialité ; - Aux modalités d'accès aux dossiers médicaux. L'établissement participe aux évaluations annuelles dans le cadre des indicateurs pour l'amélioration de la qualité et de la sécurité des soins (IPAQSS) : Evaluation de la tenue du dossier patient ; Respect du délai d'envoi du courrier de fin d'hospitalisation ; Traçabilité de l'évaluation de la douleur ; Traçabilité des troubles nutritionnels ; Evaluation de la tenue du dossier anesthésique.</p>	

## **Annexe 5** : Liste des sigles

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