

**Conférence Régionale
de la Santé et de l'Autonomie**

RAPPORT ANNUEL D'ACTIVITE

Année 2011

SOMMAIRE

| | |
|--|---------|
| I - Introduction | Page 3 |
| II - Activités de la CRSA | Page 8 |
| 1 – Programme de travail des instances - les réunions : | |
| • 1-1 -L'Assemblée Plénière | Page 9 |
| • 1-2-La Commission Permanente | Page 12 |
| • 31-3-La Commission spécialisée pour la prise en charge et les accompagnements médico-sociaux | Page 15 |
| • 1-4-La Commission spécialisée de Prévention | Page 17 |
| • 1-5-La Commission spécialisée de l'organisation des soins | Page 18 |
| • 1-6-La Commission spécialisée dans le domaine des droits des usagers du système de santé | Page 20 |
| • 1-7-Le groupe de travail Chlordécone | Page 21 |
| • 1-8 Le groupe de travail Périnatalité | Page 26 |
| 2 – Les avis et les recommandations de la CRSA | Page 27 |
| 3 - Les manifestations dans le domaine de la santé | Page 28 |
| • 3-1 – Le débat public régional sur la Dépendance | Page 28 |
| • 3-2 – Les forums de la CRSA | Page 31 |
| - | |
| III - Rapport spécifique droits des usagers | Page 36 |
| 1- Fonctionnement de la CSDU | Page 36 |
| 2- Synthèse des rapports de CRUQPC | Page 39 |
| | Page 49 |
| IV – Annexes | |
| • Annexe 1 : moyens nécessaires à l'organisation générale et au fonctionnement de la CRSA | |
| • Annexe 2 : indications sur les relations institutionnelles ARS - CRSA | |
| • Annexe 3 : modifications portées à la composition de la CRSA | |

I - Introduction

*Dans notre rapport 2010, nous avons évoqué les perspectives de travail pour l'année 2011: *Étude des premiers éléments constitutifs du Projet Régional de Santé, *Projets de fusion Hospitaliers, *2011 Année des Patients et de leurs Droits.....*

Nous avons alors souligné que" la démocratie sans moyens est un vain mot"...et avons, conformément aux préconisations ministérielles, immédiatement présenté au DGARS le relevé des moyens nécessaires à notre activité, sans en faire néanmoins un préalable.

Pleins d'espoir et convaincus de l'importance de la réforme en cours, dans le rapport 2010 nous avons précisé avoir délibérément acceptés de travailler sans le minimum de moyens, comprenant les contraintes et difficultés de la mise en place d'une nouvelle administration axée sur le concept d'intégration de la prévention, des soins et de l'accompagnement médico-social pour une meilleure prise en charge de la santé des populations, tout particulièrement la notre.

Tout cela a été fait sans états d'âme, en assumant pleinement nos responsabilités.

Cependant, nous devons faire la triste constatation que la situation n'a pas évolué en 2011 et que l'année s'est terminée comme elle avait commencé sans les moyens demandés et avec des membres de la CRSA perplexes face aux conditions de travail de la CRSA et de ses commissions spécialisées très difficiles en 2011.

"L'aventure" de la CRSA s'est en effet poursuivie en 2011 avec ses freins et piétinements...Mais étant résolument optimistes nous y trouvons aussi quelques avancées.

Les constats en 2011....

A la faveur des dossiers qui nous étaient soumis, et de ceux dont nous nous sommes auto saisis comme la loi nous le permet, nous avons pu mesurer pleinement l'importance du rôle de la CRSA par l'intermédiaire de sa CP et de ses commissions spécialisées .

Lieu de débats , de questionnements, de réflexions et suggestions....nous avons découvert dès le début de 2011 que la Santé en Martinique est en très grave crise et qu'une grande partie de ce qui avait été construit avec peine tout au long des années s'effondrait.

De plus, à l'occasion du débat sur la dépendance en présence de Mme BACHELOT, Ministre, nous avons pu faire le constat du vieillissement de notre population, faisant surgir de nouveaux besoins...

Les professionnels de santé eux non plus ne sont pas épargnés par le vieillissement: la pénurie de médecins généralistes nous guette... S'agissant des médecins spécialistes elle a déjà commencé.... les professionnels de santé non médecins manquent dans beaucoup de domaine (Kinésithérapeutes, orthophonistes, Psychologues et Psychomotriciens.....).

*A la faveur d'une auto-saisine, nous avons découvert la crise hospitalière des Établissements Publics de santé MCO de la Martinique, CHU et CH: *déficits abyssaux, brusquement révélés début 2011 sans que nous sachions pourquoi ils n'ont pas été détectés plus tôt, *absence de garantie de la sécurité des soins, *doutes sur l'accès à des soins de qualité, *arrêt dans la modernisation et le suivi de l'évolution des équipements médicaux...*

Ce sont aussi les programmes de prévention, les accompagnements médico sociaux, les hébergements pour personnes âgées, la prise en charge des handicapés qui posent problème....tant au niveau des financements, des orientations, des évaluations.....

Face à ce tableau, la CRSA s'est efforcée, dans une démarche très concrète mais volontariste, d'amener ses membres à une réflexion approfondie, en même temps d'alerter ses partenaires naturels, et d'être un encouragement pour les professionnels de santé en aidant les uns et les autres à dégager des priorités.

Mais avant tout, la CRSA se doit de connaître, de suivre, et de faire ses recommandations à l'ARS et en particulier à son DG, sur les projets, les progrès réalisés, les reculs constatés dans le domaine de la santé....Car, et nous croyons que tous nos membres sont d'accord sur ce point, la CRSA tout en voulant connaître et comprendre les grandes questions de santé et leur impact au niveau de la Martinique, veut par dessus tout pouvoir constater des améliorations sensibles dans l'accès aux soins de la population et aussi dans la sécurité et dans la qualité de ces dits soins, ce qui est loin d'être le cas aujourd'hui....

De la démocratie sanitaire....

Mais il ne suffit pas en effet de décréter que la démocratie sanitaire existera désormais, et qu'une Conférence, aussi importante en termes de nombre de membres soit-elle, l'assurera...

Une telle institution, si on veut qu'elle joue son rôle nouveau de lieu d'exercice de la démocratie sanitaire et de vigilance au bénéfice de la population,...doit disposer de moyens...Nous ne parlons pas de moyens considérables mais du minimum vital en de ça du quel il est inutile d'espérer travailler avec le sérieux exigé par la situation et les problèmes recensés...

Du côté positif, nous avons donc bénéficié d'un cadre de l'ARS, lien indispensable entre la CRSA, l'ARS de la Martinique et les Ministères en charge des questions de la compétence de la CRSA. Ce cadre nous communique notamment textes et informations ministérielles et est la permanence administrative de la CRSA de la MARTINIQUE..

C'est tout un champs d'informations et de connaissances (sur les séminaires, rapports et autres questions fondamentales....) qui en raison de notre éloignement géographique et de notre impossibilité de suivre les événements et rencontres spécifiques, doit nourrir la réflexion et le travail de la CRSA (Présidente, Vice Présidents, membres des commissions....)....

Du côté négatif, s'agissant du secrétariat, nous n'avons constaté aucun progrès cette année : En tout et pour tout, nous avons bénéficié d'une secrétaire, certes de grande qualité, chargée de toute la CRSA, de ses commissions spécialisées et groupes de travail mais partagée avec une Direction de l'ARS et répondant à ses priorités.... Or la CRSA a un travail de secrétariat à temps plein : convocations aux réunions, PV de réunions à rédiger, courriers à faire, suivi des actions, aide à la Présidence (Présidente et Vices-Présidents) etc.... coordination entre la CP et les CS et autres groupes de travail essentielle.. Un élément de son travail est de rappeler aux membres qu'ils sont attendus afin que le quorum indispensable pour délibérer soit atteint.... Il faut également retenir les salles, les organiser, assister aux réunions pour rédiger les PV....Classer les documents..Bref ce travail a été décrit par le ministère chargé de la santé dans un document évaluant les besoins en personnel des nouvelles CRSA et qui s'est révélé avec l'expérience fort bien fait.... Malgré donc la très grande disponibilité de la secrétaire désignée, un certain nombre de retards sont constatés qui rendent le travail de la Présidence de la CRSA tous les jours un peu plus difficile, parce que haché.

Après environ 18 mois de fonctionnement, ce sont des questions qui auraient pu avoir été réglées.

Les équipements, locaux de travail ou de réception inexistantes. La quasi absence de moyens attribués à la CRSA, à la CP et aux CS a eu des répercussions sur nos activités.....Nous avons dû nous limiter en grande partie aux dossiers dont nous étions saisis et avons renoncé à certaines activités... tels les débats publics, pourtant explicitement prévus dans nos missionsNous ne sommes même pas en mesure d'assurer la politique de communication de nos avis qui nécessite suivi, précision, temps.....à plus forte raison nous faire connaître de la population....

La Vie des Commissions spécialisées et groupes de travail a été elle aussi très difficile. Certaines commissions ont fonctionné avec les moyens professionnels de leur président..! Ne pouvant apporter aucun soutien, d'autres commissions se sont tout simplement effondrées d'autant que pour la réalisation des éléments constitutifs du PRS, certaines directions ont beaucoup sollicité leurs membres..

Mais certaines difficultés de fonctionnement constatées en 2011 ont d'autres origines que l'absence de moyens:

**Il nous faut citer les sollicitations des membres de la CRSA par ailleurs experts dans leur spécialité: Les sujets à traiter étaient très importants puisque nous étions en pleine élaboration des éléments du PRS... Cela a conduit à une certaine confusion des rôles tout-à-fait logique dans un exercice nouveau pour tous....Les calendriers imposés par le Ministère étaient très serrés, alors que l'exercice était nouveau.... Les difficultés de la CRSA étaient d'ailleurs à la mesure des difficultés de l'ARS....Tout cela est signalé mais a été surmonté le mieux possible.... Malgré tout nous avons pu émettre des avis argumentés, ainsi que les textes le prévoient.*

**Il faut aussi prendre en compte les états d'âme de membres qui font un grand effort de participation et qui ne trouvent pas dans les décisions prises les raisons d'espérer que permettent les avis donnés. Du découragement à l'absence de participation, le pas est vite franchi....*

**A cela se sont ajoutés des questions de quorum mal maîtrisées...Cela nous a permis de travailler les procédures, car nous sommes amenés à nous prononcer sur des questions pouvant faire l'objet de recours devant la juridiction administrative....*

*. *Enfin et sans vouloir être exhaustifs, notre Conférence ne bénéficie pas des travaux de la Conférence de TERRITOIRE., puisque nous n'en avons pas..... Cette dernière n'est en effet toujours pas mise en place nous privant de la vision spécifique des représentants de nos quatre territoires de proximité, alors que les choix à opérer sont de plus en plus des choix de proximité....*

Ce constat pessimiste ne doit pas nous faire ignorer les progrès réalisés. Reconnaissance de la CRSA dans l'organisation sanitaire:

**Des Rendez Vous réguliers ont eu lieu entre le DG de l'ARS et la Présidente de la CRSA qui permettent d'évoquer les problèmes recensés.... Un cahier des charges visant à formaliser les règles de collaboration entre les services de l'ARS et la CRSA a été proposé au DGARS... S'il n'a pas encore abouti, nous ne doutons pas de son utilité et de sa prochaine finalisation....*

**Des Rendez-vous réguliers ont également lieu entre le cadre de l'ARS en charge de la CRSA et la Présidente de la CRSA, qui permettent d'organiser le mieux possible la vie " encore limitée" de la CRSA.....*

** Le DGARS a sollicité la CRSA sur le projet d'adaptation de la Conférence de Territoire à notre territoire. En effet , les textes sur la Conférence de territoire sont mal adaptés car très lourds , pour les Territoires qui comme le notre sont petits géographiquement, en population, et sont mono départementaux . Si aucune solution n'a été apportée à ce jour, nous avons fait des propositions concrètes sur cette question qui nous l'espérons trouveront des solutions.*

Au sein même de la CRSA , nous avons pu mettre en place une conférence tri annuelle des Présidents (CPP, CS et groupes de travail) afin de planifier nos activités et nous coordonner.

Malgré l'absence d'organisation de débat public, deux forums ont pu être réalisés qui ont reçu un accueil très favorable des participants.

**Le 24 juin 2011 le forum sur les conditions d'application de la loi en date du.... entrée en application le.... sur les droits et la protection des personnes faisant l'objet de soins psychiatriques.... Nous avons pu constater l'implication des professionnels de santé (cadres infirmiers et médecins en particulier) mais aussi de la justice (avocats et magistrats) pour que nos malades bénéficient des nouvelles garanties. Cette manifestation nous a quelque peu rassurés sur une loi particulièrement décriée par les média...*

**Par ailleurs le 24 novembre 2011 dans le cadre de l'année des PATIENTS et au cours de la semaine de la sécurité des patients du 21 au 25 novembre, un séminaire a été organisé sur la prescription de médicaments à l'Hôpital.... nous avons pu , dans ce cas également, constaté les initiatives, les efforts et l'implication des personnels en faveur de la sécurité des patients.....*

Enfin, si la fusion des Hôpitaux de Saint-Pierre, du Carbet et de l'EHPAD du Prêcheur nous a semblé bien préparée, et a pu, pour le 1er janvier 2012, sans grande difficulté recevoir un avis favorable de la CRSA , ceci n'a pas été le cas de la fusion du CHU et des 2 CH..... Nous nous sommes auto saisis de ce projet qui nous a beaucoup retenu, nous conduisant à nous préoccuper de la dégradation des soins dus notamment aux déficits abyssaux précédemment signalés (donc problèmes d'achats de médicaments, d'entretien etc....), aux départs des médecins etc.... A la situation des personnels, particulièrement angoissés par les changements annoncés..... Cette situation est loin d'être rétablie à ce jour..... Ceci nous a conduit à exprimer nos inquiétudes quant à la Qualité des soins à la mission d'IGAS présente en Martinique.

Nous avons s'agissant du PRS et de ses éléments constitutifs la CRSA a approuvé le découpage territorial proposé.

Telle a été de manière synthétique, la vie de la CRSA en 2011.

Une des grandes difficultés non résolue est la tenue à jour de la composition de la CRSA et des Commissions spécialisées...De cette tenue à jour(recensement des départs, des démissions, procéder aux remplacements....)dépend aussi les quorum à garantir quand cela s'impose.... Cette question ne doit pas se poser pour notre CRSA et nous espérons tirer profit et participer aux réflexions et suggestions des autres CRSA.....

Nous sommes conscients que la réforme des ARS constitue un tournant dans l'organisation régionale de la Santé et qu'il faudra du temps pour qu'elle permette les progrès escomptés.

Cependant, au-delà des réformes, nous voulons le mieux pour notre région.

La MARTINIQUE est une île, c'est une évidence, mais on mesure mal les conséquences de l'insularité sur les conditions de prise en charge de nos patients, alors qu'on les voudrait égales à celles dont bénéficient tous les citoyens français, et que permet l'état actuel de la médecine,...

Nous resterons donc très vigilants pour tous ceux qui ne peuvent et/ou ne savent pas faire valoir leurs droits.

Les perspectives de 2012 sont elles aussi toutes tracées car le PRS devra être mené à son terme.

FDF le 28 septembre 2012.

La Présidente de la CRSA

A.RAMIN.

II - ACTIVITÉS DE LA CRSA

1 - Le programme de travail de la CRSA - les réunions

- **L'Assemblée Plénière**
- **La Commission Permanente**
- **La Commission spécialisée pour la prise en charge et les accompagnements médico-sociaux**
- **La Commission spécialisée de Prévention**
- **La Commission spécialisée de l'organisation des soins**
- **La Commission spécialisée dans le domaine des droits des usagers du système de santé**
- **Le groupe de travail Chlordécone**
- **Le groupe de travail Périnatalité**

1-1 – l'Assemblée Plénière

Nombre de réunions : 1

Points clés ordres du jour :

- Avancée des travaux du PRS
- Point sur le fonctionnement des Commissions (commissions spécialisées et Commission Permanente)
- Modalités de l'installation de la Conférence de Territoire ?
- Règlement intérieur de la CRSA

Extraits des conclusions

• Avancée des travaux du PRS :

Les 3 champs de compétences couverts sont :

- Le sanitaire ;
- Le médico-social ;
- La prévention.

Le cadre méthodologique de réflexion et de rédaction du PRS et du PSRS a été arrêté au niveau national pour l'ensemble des régions. Il s'organise autour de 5 domaines stratégiques à savoir :

- Le handicap et vieillissement ;
- Le risque sanitaire ;
- La périnatalité ;
- Les maladies chroniques ;
- La santé mentale.

5 groupes de travail ont été mis en place par l'ARS, également pilotés par des membres de l'ARS, lesquels membres et chefs de projets ont mis en place des groupes de travail au sein desquels se sont inscrits des membres de la CRSA.

L'idée étant de traduire des priorités pour chacun de ces domaines en intégrant un certain nombre d'expressions importantes.

Le groupe handicap et vieillissement a proposé que prendre en compte 3 priorités :

- Améliorer et développer les conditions de prises en charge des personnes âgées ;
- Renforcer l'autonomie de la personne en situation de handicap ;
- Assurer la couverture des besoins médico-sociaux sur les 4 territoires de proximité.

Le groupe Risques Sanitaires a proposé les 3 priorités suivantes :

- Gérer et anticiper les risques infectieux ;
- Diminuer l'impact sanitaire lié aux risques majeurs ;
- Gérer les conséquences des pollutions et créer un cadre de vie favorable à la santé.

Le groupe périnatalité propose les orientations suivantes :

- Agir sur les indicateurs régionaux défavorables de mortalité périnatales de naissance prématurée et d'IVG ;
- Développer une politique de dépistage et de suivi des enfants à risques de handicaps ;
- Piloter, coordonner, évaluer régionalement la politique de périnatalité.

Le groupe maladie chronique propose les priorités suivantes:

- Développer des stratégies de promotions de la santé, de préventions primaires et de dépistages des principales affections à fortes prévalences régionales ;
- Réorganiser un parcours de santé gradué et coordonné pour la prise en charge des maladies chroniques ;
- Améliorer la qualité de vie des personnes atteintes de maladies chroniques.

Le groupe santé mentale a proposé les priorités suivantes :

- Améliorer et développer le dispositif de prise en charge dans le champ de la santé mentale ;
- Inscrire la santé mentale dans les objectifs de promotion de la santé pour faire évoluer les représentations et les pratiques ;
- Renforcer le droit des malades et de leurs familles.

L'ARS a choisi d'encadrer la politique de santé par 2 schémas spécifiques régionaux à savoir :

- 1 schéma Systèmes d'Informations ;
- 1 schéma médico-technique traitant de questions de biologie médicale, d'imagerie médicale ou de pharmacie.

Ces 2 points constituent des volets du SROS.

• Le fonctionnement des Commissions

1 - La Commission Spécialisée de l'organisation des soins

Un rapport d'étape résumant chacune des réunions de la Commission Spécialisée de l'organisation des soins, a été présenté sous forme d'un diaporama.

Concernant le projet médical intégré de territoire (PMIT), il a paru important à la Commission Permanente et la Commission Spécialisée de l'organisation des soins, de modifier les ordres du jour et d'examiner ce projet, la CRSA ayant le pouvoir de s'autosaisir des questions.

A ce jour, aucun avis officiel n'a été émis.

Différentes Directions de l'ARS ont pu présenter leurs projets aux Commissions Spécialisées, afin que les débats soient plus efficaces et effectifs.

La Présidente de la CRSA ajoute que les membres des différentes Commissions Spécialisées sont très impliqués et débattent sur un certains nombres de sujets dans l'intérêt de la population.

2 - La Commission Spécialisée pour la prise en charge et les accompagnements médico-sociaux

La Commission a déterminé 3 orientations majeures :

- Établir la liaison avec les partenaires de l'action médico-sociale, de façon à identifier au plus près les besoins des personnes âgées dépendantes et les personnes handicapées .

Monsieur Barclay, précise que l'approche locale de ces besoins est facilitée, car de nombreux membres de la Commission Spécialisée sont des acteurs de terrains de l'action sociale, qui peuvent faire remonter des préconisations intéressantes, un travail de fond est effectué.

- La nécessité d'optimiser les réponses apportées au besoin du secteur médico-social en croisant celles-ci avec les dispositifs existants dans le secteur sanitaire.
- Rechercher des réponses au secteur médico-social, techniquement et économiquement réalisables à très court terme.

3 - La Commission Spécialisée de Prévention

Tous les membres de la Commission ont contribué activement et participé aux différentes rencontres et travaux.

La Commission Spécialisée de Prévention a eu l'occasion de se réunir à 6 reprises pour échanger sur les différents projets et objectifs qui sont associés aux 5 domaines stratégiques.

S'agissant du volet Handicaps et vieillissement, les objectifs essentiels retenus par la Commission sont :

- l'amélioration de l'intégration des personnes en situation de handicaps en favorisant une dynamique d'insertion en milieu ordinaire ;
- les conditions permettant l'insertion professionnelle des travailleurs handicapés ;
- adapter l'organisation des établissements et des services aux réalités spécifiques des handicaps ;
- assurer la couverture des besoins médico-sociaux sur les quatre territoires de proximité.

4 - La Commission Spécialisée dans le domaine des droits des usagers du système de santé

La Présidente de la Commission Spécialisée a présenté les différents travaux et souligne les nombreuses absences des membres lors des réunions.

Elle a pu se réunir 3 fois, chaque représentant d'usagers étant membre d'une association, il a été difficile d'établir de grands axes de travail.

5 - La Commission Permanente

11 réunions ont eu lieu, pour examiner notamment :

- le règlement intérieur ;
- le fonctionnement des commissions spécialisées ;
- le rapport spécifique sur le droit des usagers ;
- le programme médical intégré de territoire (projet) ;
- le projet de découpage des territoires de santé
- la présentation du PRS ;
- la présentation du PSRS
- la situation financière des hôpitaux...

• Modalités de l'installation de la Conférence de Territoire

S'agissant des modalités de l'installation de la Conférence de territoire : la CRSA ayant participé, à la demande de l'ARS, à la formalisation d'un argumentaire encouragé par la Secrétaire générale des ministères chargés des affaires sociales en vue d'une adaptation à l'installation de cette conférence dont la Martinique est la seule région à ne pas en disposer, prend acte de la situation inchangée.

• Règlement intérieur de la CRSA

A l'unanimité les membres de la CRSA approuvent le projet de Règlement Intérieur proposé par la Commission Permanente.

1-2- la Commission Permanente

Nombre de réunions : 12 – principe d'une réunion mensuelle

Points clés des ordres du jour

- Découpage territorial de santé
- PSRS
- Ouverture de la cité hospitalière Mangot- Vulcin- transfert des activités de soins
- Cahier des charges de la PDSA – mise en œuvre des maisons de garde médicale
- Projet de fusion des 3 établissements publics MCO (CHUM unique)
- Projet de fusion des établissements du Nord-Caraïbes

Extraits des conclusions

Les précisions de l'ARS

- **concernant la fusion des trois établissements MCO (création CHU unique)**

Une triple nécessité a dicté le choix du DGARS :

- 1- la qualité de l'offre de soins existante,
- 2- la sécurité des soins.
- 3- l'efficacité des organisations hospitalières.

Les principes de constitution de cet établissement ont été débattus en comité de pilotage de la Commission Régionale de Concertation et font l'objet d'un consensus régional. Cette CRC s'appuie sur des groupes de travail thématiques se réunissant toutes les semaines dans les établissements afin de déterminer concrètement les possibilités.

Au niveau de l'ARS, on ne parle plus d'établissements, mais de sites.

Le travail de conception continue dans les 18 groupes de travail techniques.

Les principes de mise en œuvre devant être appliqués sont les suivants :

1- des organisations centrées sur le patient dans le cadre de circuits du patient clairement établis ;

2. la constitution pour la gynécologie obstétrique, la pédiatrie et la chirurgie d'une équipe médicale et paramédicale territoriale unique et intégrée intervenant sur l'ensemble des trois sites en fonction de l'organisation qui aura été mise en place dans le cadre du fonctionnement de ce CHU unique ;

3. le déploiement de consultations avancées au plus proche de la population ;

4. le développement d'activités nouvelles et la réponse à des besoins insuffisamment couverts, concourant notamment à faire baisser les indicateurs très défavorables du taux d'IVG, des accouchements prématurés, de la mortalité périnatale et infantile.

Le projet médical intégré (PMIT) doit inclure le privé et également la prévention et l'accompagnement médico-social.

- **Découpage de territoires de santé**

La loi HPST a institué les territoires de santé pour répondre à la logique de définition et de mise en œuvre de la politique de régulation sanitaire axée sur l'accessibilité, la proximité, l'adaptation de l'offre de soins aux besoins des usagers et le parcours de soins.

Le territoire de santé est nécessairement un levier d'action puissant au service de l'organisation régionale des soins. Celui-ci est juridiquement contraignant puisqu'il est repris dans les différents schémas (Prévention, SROS, Offre médico-sociale qui va intégrer toutes les activités de santé confondues). La procédure de constitution des territoires doit prendre en compte leur caractère infra-régional, régional ou inter-régional.

La démarche de l'ARS de Martinique tient compte de deux logiques :

- Une logique basée sur la spécificité territoriale de la région mono-départementale ;
- Une logique reposant sur le flux des patients (flux vers les établissements MCO et SSR, flux vers les médecins généralistes libéraux) qui devra être affinée dans les travaux sur les bassins de vie.

Un projet médical de territoire est engagé et des communautés hospitalières de territoire sont en cours de constitution pour les activités MCO, SSR et de Psychiatrie ainsi que des services et établissements médico-sociaux.

C'est en ce sens que l'ARS a fait le choix de la Région comme Territoire de Santé Unique.

Ce choix de l'unicité s'explique pour de nombreuses raisons :

- Une notion juridique opposable aux différents acteurs ;
- La population (400000 habitants) ;
- La taille du territoire (1100 km²) ;
- Des déterminants de santé sensiblement les mêmes sur l'ensemble du territoire, avec une population âgée, une prévalence forte des pathologies métaboliques (HTA, diabète, obésité) et des maladies cancéreuses ;
- Un espace suffisant pour disposer d'une masse critique fédérant les compétences, les moyens humains et logistiques disponibles. - De plus, l'efficacité économique, les exigences de qualité, la spécialisation de certains soins, la maîtrise des risques concourent à ce périmètre unique ;
- Offrir un égal accès aux soins et assurer l'homogénéité des prises en charges sur l'ensemble du territoire.

L'ARS propose de découper le territoire de santé unique en quatre territoires de proximité.

Concernant l'analyse des flux hospitaliers analysés, ils correspondent au nombre de séjours PMSI enregistrés en Médecine et Soins de Suite et Réadaptation entre 2006 et 2009. L'objectif de l'analyse était d'identifier les lieux d'hospitalisation des patients en fonction du code géographique saisi dans les Résumés de Sortie Anonymisés (RSA) en Médecine et les Résumés Hebdomadaires Anonymisés (RHA) en SSR.

Les flux de chirurgie et d'obstétrique n'ont pas été pris en compte dans la mesure où le lieu de prise en charge pour ces disciplines spécialisées dépend directement de l'offre de soins qui est actuellement majoritairement concentrée sur la conurbation foyale.

Ce découpage offre la possibilité de :

- Favoriser les parcours de santé et de soins ;
- Encadrer la mise en œuvre du projet médical de territoire ;
- Développer des communautés hospitalières, de services et d'établissements médico- sociaux ;
- Faciliter les coopérations et les mutualisations entre professionnels de santé et entre structure ;
- Adapter l'organisation de la permanence des soins ;
- Harmoniser les actions de l'ARS avec celles des autres acteurs de la région (projets de développement des territoires, politique des villes...);
- Identifier les partenariats et établir des contrats locaux de promotion de la santé ;
- Grader l'intervention de l'ARS ;
- Contribuer à l'animation territoriale, de participer à l'exercice de la démocratie sanitaire locale.

Ces quatre territoires de proximité sont en adéquation avec les quatre circonscriptions administratives (Sud, Centre, Nord atlantique, Nord caraïbe).

Ce schéma de découpage en un territoire de santé unique et quatre territoires de proximité paraît «pertinent» pour l'élaboration, la mise en œuvre, l'évaluation et la révision du projet régional de santé (PRS), selon les principes de la loi HPST.

• **L'installation de la Conférence de territoire :**

A l'unanimité les membres **ont souhaité** la simplification du processus de mise en place de la Conférence de Territoires, afin de la rendre plus adaptable à notre département et **proposé** que la Conférence de Territoires soit fusionnée avec la CRSA, afin que celle-ci ait la double représentation et, selon les modalités de l'argumentaire déjà évoqué.

1-3- la Commission Spécialisée pour la prise en charge et les accompagnements médico-sociaux

Nombre de réunions : 5

Point clé des ordres du jour :

- Les réunions de la Commission "accompagnements médico sociaux ont été consacrées principalement à la préparation du PSRS .Les éléments sont donc repris dans le texte sur la C.P.
- La question de l' Actualisation du PRIAC (juin 2011) a été traitée de façon spécifique et nécessite ici un développement;

Extraits des conclusions

• Les précisions de l'ARS :

Dans le cadre du délai réglementaire prochainement atteint, le Directeur Général de l'ARS devra acter l'actualisation du PRIAC.

L'ARS a donné la définition du PRIAC (Programme Interdépartemental d'Accompagnement des Investissements dans domaine Handicap et Personnes âgées) et précisé que ce projet permet de prévoir les financements et les investissements qui vont être menés dans le domaine médico-social, par rapport aux dispositifs qui ont été validés antérieurement par les Commissions Régionale de l'Offre médico-sociale (CROMS) et dans le cadre des appels à projets.

Le PRIAC est un dispositif qui a été validé pour 5 ans et lancé en 2008. Il doit être actualisé chaque année pour une période de 5 ans.

C'est un outil :

- de programmation pluriannuel, prévisionnel qui a été créé par la loi du 11/02/2005 et adapté par le Préfet. Son objectif est d'identifier les priorités de financements de l'État en région sur 5 ans. Les priorités concernent l'adaptation et l'évolution de l'offre d'accompagnement médico-social.

- qui permet d'avoir une lisibilité des projets en création, en fonction des moyens financiers disponibles aux niveaux National et Régional.

A compter de 2011 :

- les projets validés devront bénéficier obligatoirement d'autorisations d'engagements. Ces projets inscrits au sein du PRIAC ne pourront pas être modifiables. A chaque projet correspondra une autorisation d'engagement particulière. Ce projet bénéficiant d'autorisation d'engagement, bénéficiera au moment opportun des crédits de paiement qui lui permettront d'être mis en œuvre.

- la décision concernant les futurs projets appartient au Directeur Général de l'ARS, après consultation et présentation des dispositifs aux différentes commissions. Cette actualisation pour l'année 2011, se fait à minima. Un Schéma Régional d'Organisation Médico-social (SROS) est actuellement en cours d'élaboration, le PRIAC en sera le volet financier.

Une nouvelle réorganisation des différentes structures aboutira à l'issu du SROS et permettra de connaître les évaluations en terme d'investissement de programmation politique, le PRIAC déterminera les moyens financiers mis en œuvre pour accompagner ce SROS et sera actualisé à partir du second semestre 2011, pour être actif en 2012.

L'ARS a également prévu une rencontre de travail avec les services techniques du Conseil Général qui ont validé les différentes orientations préprogrammées dans le PRIAC.

1-4- la Commission Spécialisée de Prévention

Nombre de réunions : 5

Comme cela a été le cas pour la Commission Spécialisée de l'organisation des soins, la Commission Spécialisée de Prévention a été un véritable partenaire de l'ARS pendant toute la période des travaux du PSRS et de préparation du Schéma Régional de Prévention.

La Commission Spécialisée est donc sortie de son rôle stricte d'examen de la politique de prévention au profit d'une co-animation. Pour autant le travail effectué a été très positif et des propositions pertinentes ont été soumises à la Commission Permanente.

Encore une fois, nous étions dans une phase de découverte du rôle de chacun, et de manière très pragmatique, les orientations retenues à ce stade sont positives pour la population, but final recherché.

1-5- la Commission Spécialisée de l'organisation des soins

Nombre de réunions : 10

Points clés des ordres du jour :

- En 2011, aucun travail de fonds n'avait commencé sur le projet de fusion du CHU et des 2CH(établissements publics MCO de la Martinique): une collaboration étroite s'est instituée entre l'ARS et la CS modifiant quelque peu le rôle de la CS....Les travaux ont donc porté sur le projet de fusion appelé à tort "le Projet Médical de Territoire" (volets : Femme-Mère-Enfant, gynécologie – obstétrique et néonatalogie, chirurgie, urgence...);
- SROS- PRS

Peu d'avis émis et hors forme réglementaire.

La complexité des problèmes, la nouveauté des procédures expliquent la confusion constatée en 2011, personne n'ayant au niveau de la CS la formation juridique qui aurait pu aider à recadrer les procédures.

Extraits des conclusions

Il peut être intéressant de retracer les principales propositions de l'ARS .

Les orientations de l'ARS sur le :

- **le Projet Médical de Territoire** - notamment :

1 – le volet « mère- femme- enfant »

L'organisation à retenir :

- Nécessité d'un dossier médical partagé informatisé pour éviter les doubles consultations lors des transferts d'un site à l'autre,
- Développement de la dimension de santé publique : études épidémiologiques, de santé publique ou d'actions innovantes permettant de prendre en charge les femmes dans leur globalité (dimensions sociale, familiale et psychologique, culturelle).

2 – le volet Gynécologie- Obstétrique et néonatalogie

L'organisation à retenir :

- deux sites publics de médecine pédiatrique par fusion organisationnelle des équipes soignantes de pédiatrie ;
- par cette mutualisation possibilité de créer et/ou développer les sur-spécialités (cardio-pédiatrie ...);
- Un site unique de chirurgie pédiatrique à la MFME ;*
- Un site unique de réanimation pédiatrique à la MFME ;
- Accueil des urgences : MFME avec le seul service d'urgence pédiatrique H24 et un accueil des urgences en liaison avec le service de pédiatrie sur un des sites.

- **Le SROS-PRS**

il s'agit d'améliorer :

- l'accès aux soins et de donner une lisibilité au parcours de soins dans les territoires avec la mise en place de filières de soins organisées les plus directes possibles, avec des accès directs aux plateaux techniques ;
- la recomposition de l'offre de soins hospitalière ;
- la filière gériatrique de l'urgence gériatrique, de l'accompagnement médico-social au retour à domicile ;
- la prise en charge des maladies chroniques ;
- l'articulation entre les systèmes de soins et le système médico-social.

Le volet ambulatoire qui n'est pas opposable sera également restructuré pour relever le déficit de la désertification médicale dans certains territoires de proximité et organisé la permanence médicale.

L'accent sera mis sur l'exercice coordonné des professionnels de santé et leur mobilisation sur les priorités de santé publique.

La commission s'est constituée en groupe de travail aux côtés de l'ARS portant l'élaboration du projet de SROS.

1-6-la Commission Spécialisée dans le domaine des droits des usagers du système de santé

Nombre de réunions : 5

Point clé des ordres du jour :

Comme signalé, les membres de cette CS ont participé aux réunions des autres Commissions spécialisées et de la CP mais ont peu agi en qualité de CS.... Ces éléments se retrouveront tout au long du rapport.

La question de la labellisation dans le cadre de »2011, année des patients et de leurs droits » a été proposée et explicitée.

Extrait des conclusions

L'année 2011 a été consacrée : « Année des patients et de leurs droits ». Dans ce cadre, l'ARS lance un appel à projets du 04 mars au 31 décembre 2011, afin d'attribuer le label "2011, année des patients et de leurs droits" aux projets exemplaires dans le domaine de la promotion des droits des patients en Martinique.

Cette initiative s'inscrit dans la continuité du Prix « Droits des Patients », lancé en 2010 à l'occasion de la journée européenne des Droits des Patients.

Le label est ouvert à tous les acteurs du système de santé (professionnels de santé, associations, établissements sanitaires et établissements médico-sociaux, organismes d'assurance maladie, mutuelles, agences, institutions, fondations...), ainsi qu'aux collectivités territoriales, et aux institutions et organismes susceptibles de conduire des actions de promotion des droits des patients.

La Présidente précise que la Commission sera chargée, à la demande de l'ARS, de la sélection des projets en vue de la labellisation par l'ARS qui s'attachera à vérifier si ce projet est possible au niveau de l'effectivité des droits des usagers et au niveau des organismes et des structures de santé sur les points suivants :

- prendre en compte la promotion de la bienveillance ;
- vérifier l'information donnée aux usagers ?
- vérifier si tous les représentants des usagers disposent d'informations nécessaires pour permettre de trouver et élaborer une plateforme de travail.

Le Ministère a insisté sur l'expression collective des usagers. Cette expression sera possible si tous les moyens sont donnés aux usagers (moyens de se faire entendre et d'entendre les doléances des usagers).

1-7- le Groupe Chlordécone et autres pesticides

Nombre de réunions : 5

Points clés des ordres du jour :

- Le problème du CHLORDECONE est crucial en Martinique...C'est la raison pour laquelle la CRSA a dès sa mise en place créer un groupe chlordécone.....De manière très positive la tendance au cours des toutes dernières années à été de promouvoir des démarches scientifiques... C'est la raison pour laquelle nous développons les fiches , peu connues , du plan chlordécone.....
- Examen des 36 fiches actions du plan chlordécone de Martinique 2011-2013
 - Préparation de la rencontre de la Mission Interministérielle.

Extrait des conclusions

- **Plan chlordécone 2011-2013 – Fiches-actions soumises à l'appréciation de la CRSA**

Action 1

Élaborer un projet de dispositif de surveillance de la contamination par la chlordécone pour l'ensemble des milieux aquatiques et notamment le milieu marin en s'appuyant sur les réseaux de mesure existants, sur de nouvelles techniques d'analyses comme les échantillonneurs passifs en intégrant l'identification d'une ou plusieurs espèces sentinelles pour le suivi du biote.

Action 2

Élaborer un outil cartographique de connaissance de la contamination des sols et des milieux aquatiques en valorisant les analyses géo référencées et en organisant la saisie des données dans un système d'information adapté à chaque milieu, réunis dans un même portail. (prolongement de l'action 1 du premier plan).

Action 3

Faire effectuer par le laboratoire du ministère de l'Économie, des Finances et de l'Industrie et du ministère du Budget, des Comptes publics, de la Fonction publique et de la Réforme de l'État, les analyses des prélèvements de végétaux réalisés par les autres services et les opérateurs privés. Mettre en place des partenariats accrus entre les laboratoires antillais.

Action 4

Mise en place et fiabilisation des capacités analytiques du laboratoire de la Martinique pour le dosage du chlordécone dans les denrées animales et d'origine animale.

Action 5

Assurer la fiabilité des analyses avec l'appui des laboratoires de référence et notamment d'AQUAREF, le laboratoire national de référence pour la surveillance des milieux aquatiques.

Action 6

Développer et valider des techniques d'analyse rapide sur la matrice sol notamment, et en faire bénéficier l'ensemble des laboratoires locaux.

Action 7

Renforcer la connaissance de l'état de la contamination par la chlordécone de la faune sauvage et celle des milieux aquatiques.

Action 8

Encourager les projets de recherche sur l'impact de la chlordécone sur les écosystèmes, dont les communautés coralliennes.

Action 9

Mise en œuvre d'un réseau concerté de 2 bassins versants d'appui à la connaissance, à l'expérimentation de dispositifs et à la démonstration.

Action 10

Dans l'attente de solutions de remédiation, poursuivre les recherches et expérimentations favorisant le confinement de la pollution et proposer aux acteurs les pratiques adéquates en milieu agricole.

Action 11

Développer des recherches en faveur de la remédiation des pollutions extensives des sols, notamment via la micro biodégradation et la capture par les plantes, en prenant soin de caractériser les molécules dérivées éventuelles et leur toxicité.

Action 12

Procédés de décontamination des sols : amélioration des méthodes d'analyses couplant chromatographie gaz et spectrométrie de masse dans les sols, identification de produits de dégradation, et tests de faisabilité de deux procédés de décontamination.

Action 13

Développer des méthodes permettant de dépolluer ou de confiner des matériaux contaminés de volume restreint, en conditions contrôlées (charbons de traitement, boues, sédiments de retenues, bio films...).

Action 14

Structurer une équipe de recherche en santé-environnement, adossée aux centres et réseaux métropolitains.

Action 15

Proposer une hiérarchisation et une programmation d'actions tenant compte des recommandations du comité scientifique : développer la recherche toxicologique et renforcer la recherche épidémiologique.

Action 16

Renforcer la surveillance épidémiologique aux Antilles par la pérennisation et le développement des registres de cancers et de malformations congénitales, et poursuivre la mise en place du centre antillais de toxicovigilance.

Action 17

Saisir la Haute Autorité de santé sur le dépistage du cancer de la prostate.

Action 18

Estimer l'impact des expositions au chlordécone et à d'autres polluants persistants, par la poursuite de l'étude Karuprostate de Guadeloupe et la réalisation de l'étude Madiprostate en Martinique.

Action 19

Poursuivre le Programme TIMOUN avec un suivi de la cohorte à l'âge de 6 ans.

Action 20

Reconstituer une cohorte de travailleurs ayant été exposés à la chlordécone en Martinique et en Guadeloupe.

Action 21

Mettre en place localement un groupe de réflexion sur la prise en charge médicale individuelle des travailleurs exposés à la chlordécone, et mettre en œuvre ses recommandations.

Action 22

Assurer la surveillance des denrées alimentaires d'origine animale et végétale produites, consommées et mises sur le marché en Martinique et en Guadeloupe.

Action 23

Mener une surveillance spécifique des produits de la mer.

Action 24

Dans le cadre du programme « Jardins familiaux » (JAFA), poursuivre l'accompagnement des personnes exposées au risque et répondre aux demandes individuelles de diagnostic.

Action 25

Identifier les personnes concernées par l'autoconsommation des produits de la mer, les informer sur les risques et émettre des recommandations de consommation des produits issus des zones contaminées.

Action 26

Poursuivre l'élaboration de guides de bonnes pratiques permettant de maîtriser le risque chlordécone dans le domaine de l'agriculture et les adapter à la question de l'élevage.

Action 27

Proposer à chaque agriculteur concerné une aide à la décision (assolement pertinent, orientation vers des cultures non sensibles, nouvelles modalités d'élevage, ...) basée sur un diagnostic technico-économique personnalisé, comprenant un diagnostic à la parcelle avec analyse de sol.

Action 28

Soutenir les producteurs agricoles en favorisant la structuration des filières de production, en établissant des règles et modalités de financement permettant une reconversion.

Action 29

Étudier l'impact socio-économique à long terme des mesures d'interdiction sur les filières halieutiques et accompagner la reconversion des marins-pêcheurs et des aquaculteurs les plus impactés vers de nouvelles pratiques.

Action 30

Encourager les initiatives professionnelles pour la traçabilité des produits et l'information du consommateur.

Action 31

Informer la population sur l'obligation introduite par la loi portant engagement national pour l'environnement d'informer par écrit l'acquéreur ou le locataire lorsque les informations rendues publiques font état d'un risque de pollution des sols par la chlordécone (Art .L. 125-7 de la loi n°2 010-788 du 12 juillet 2 010).

Action 32

Évaluer l'opportunité de mettre en place un plan d'intérêt général (PIG) ou des servitudes sur certaines zones très contaminées par le chlordécone.

Action 33

Mettre en place localement une communication large envers les populations. Informer le public et les médias locaux des étapes de mise en œuvre du plan et des nouvelles mesures prises.

Action 34

Mettre à disposition sur Internet les connaissances scientifiques relatives à la chlordécone ainsi qu'aux résidus de pesticides présents dans l'environnement antillais.

Action 35

Organiser un colloque scientifique aux Antilles en fin de plan pour présenter l'ensemble des résultats scientifiques acquis au cours des plans d'action 1 et 2...

Action 36

Facilitation de l'élaboration d'une stratégie territoriale de développement durable de la qualité de vie dans le contexte de la pollution au chlordécone en Martinique et en Guadeloupe.

• **Plan chlordécone 2011-2013-Fiches- actions-les remarques de la CRSA**

Fiche action 1 – Informations insuffisantes sur les autres élevages.

Fiche action 2 – Rendre économiquement accessible la démarche volontaire pour le grand public et les particuliers dans le processus de contrôle des sols.

Fiche action 13 – Connaître le devenir « des produits servant à confiner les matériaux contaminés (charbons de traitement, boues, sédiments de retenues, biofidus... »).

Fiche action 18 – Impact des interactions des pesticides et de leurs dérivés en termes d'amélioration des effets sur la santé.

Fiche action 19 – Approfondir le programme Ti-Moun avec les pédiatres et médecins généralistes.

Fiche action 22 – Permettre aux travailleurs ayant été exposés lors de leurs parcours professionnel de bénéficier d'un suivi médical.

Fiche action 23 – Le groupe souhaite que l'action soit enrichie et définie sous cette forme « améliorer la surveillance efficace et effective des denrées alimentaires d'origine animale et végétale consommées et mises sur le marché en Martinique et en Guadeloupe.

Fiche action 24 – Poursuite de l'accompagnement des personnes exposées aux risques de répondre aux demandes individuelles de diagnostic – Attention aux coûts. Création d'un programme Jafa MER à l'instar de Jafa « Jardins Familiaux ».

Fiche action 29 – Quelles actions ont été entreprises auprès des pêcheurs amateurs.

Fiche action 30 – La traçabilité doit être organisée et financée par l'État.

Fiche action 32 – L'accumulation des seuils est-elle dangereuse ?
Les seuils ont-ils été correctement fixés ?
L'interaction combinée avec d'autres molécules est-elle dangereuse ?

Fiche action 34 – Précisions complémentaires sur les autres pesticides dans le cadre de « la mise à disposition sur internet des connaissances scientifiques relatives à la chlordécone ».

NB : Toutes les autres fiches étaient « sans objet » dans le questionnaire de la CRSA.

Observations du Président

Observations générales

Les membres du groupe s'interrogent sur :

- La pérennisation du plan de financement du Plan ?
- Le comité Scientifique est international : quels sont les rapports des chercheurs avec les autres pays qui ont accepté de reconnaître leur contamination ?

Quel développement international de la recherche avec les pays contaminés ?

En conclusion, le groupe de travail est satisfait que des actions de recherche soient entreprises, la santé de la population étant directement impactée par la contamination au CHLORDECONE ainsi que d'ailleurs par les autres pesticides. La CRSA par son intermédiaire, a souhaité qu'autour de ce sujet douloureux, un vrai pôle scientifique puisse se développer localement.

1-8- le Groupe de travail Périnatalité

Nombre de réunions : 5

Point clé des ordres du jour :

Ce groupe a été créé à la demande de l'ARS, les chiffres de la périnatalité n'étant pas à la mesure des efforts financiers faits dans ce domaine aussi bien par l'ETAT que par le DEPARTEMENT.

- La politique Périnatale en Martinique

Extrait des conclusions

En synthèse et à la demande du groupe de travail, une lettre a été adressée à l'ARS sur les priorités suivantes :

1°- Procéder de manière urgente, à la mise en place des 4 Centres de Références Pluridisciplinaires en Périnatalité de Proximité (CR3P) prévus. Pour en assurer la Pérennité, il est nécessaire d'avoir une définition claire des responsabilités et du rôle de chacun dans cette nouvelle structure, de connaître ses modalités de fonctionnement grâce à un règlement intérieur etc... Le groupe propose donc la création immédiate d'un Comité de Pilotage en charge de cette opération globale et de 4 comités locaux qui en suivront le fonctionnement sur le terrain.

2°- Organiser la prise en charge à l'Hôpital des femmes présentant des difficultés psycho-sociales avec désignation d'un psychiatre dédié et formation spécifique des Sages-femmes.

3°- Mettre en place pour les enfants à risque de handicap, le Centre d'action médico-social précoce(CAMPS).

La Présidente de la CRSA est toujours dans l'attente de la réponse au courrier adressé à l'ARS et des relances effectuées auprès du réseau.

La possibilité d'exploiter les dossiers informatisés(35000?) n'a pas été donnée à l'Observatoire de santé par le Coordonnateur médical du réseau Périnatalité..Aucune étude n'a pu être entreprise.

2- Les avis et recommandations de la CRSA (principales saisines)

| Objets | Avis émis | Observations |
|--|---|--|
| Découpage Territorial de Santé | A l'unanimité Avis favorable en date du 15 février 2011 | -à l'unanimité les membres de la commission permanente ont approuvé le projet de découpage de territoire tel que présenté -à l'unanimité les membres de la Commission permanente ont approuvé le projet de quatre territoires de proximité tel que présenté ; - à l'unanimité les membres de la Commission permanente ont approuvé la proposition d'un territoire de santé et de quatre territoires de proximité |
| Plan Stratégique Régional de Santé (PSRS) | A l'unanimité Avis favorable aux orientations avec les modifications apportées tout au long du débat en date du 5 Mai 2011 | La Présidente insiste, à nouveau, sur l'impératif de mettre en œuvre un plan massif de réduction de l'obésité chez les enfants, les chiffres étant terrifiants. La CRSA a également donné son accord à la poursuite des travaux |
| Fusion des 3 établissements hospitaliers CH Carbet, CH St Pierre et EHPAD du Prêcheur : Les objectifs de cette fusion ont été déclinés comme suit : - Conforter les équipements sanitaires et sociaux du nord-caraïbe ; - Conforter les complémentarités des établissements SSR ; - Créer une dynamique d'attractivité pour les professionnels de santé ; - Favoriser un potentiel d'attraction de nouvelles activités (hôpital de jour, maison médicales de garde). | Avis favorable en date du 22 novembre 2011 | La Commission Permanente sait que ce CH n'est pas destiné à recevoir les malades en urgence. Cependant elle lui recommande de participer aux discussions sur l'organisation des urgences à la Martinique (pour son secteur) afin de contribuer, dans la mesure de ses possibilités techniques et organisationnelles, à l'organisation qui sera proposée. Elle remercie chaleureusement toute l'équipe de cette future nouvelle entité pour le travail accompli et lui souhaite beaucoup de succès dans l'amélioration de l'accès aux soins de la population de ce secteur Nord Caraïbe. |
| Cahier des charges PDSA – Installation des Maisons Médicales de Garde | Avis favorable à la création des Maisons Médicales de garde en date du 13 décembre 2011 | La Commission Permanente regrette que s'agissant de la Maison Médicale de Garde (MMG) de Trinité, celle-ci reste très éloignée des patients de l'extrême Nord de la Martinique, alors qu'ils sont dépourvus de médecins (Grand-Rivière, Macouba...) Elle prend acte cependant de la nécessité que ces MMG soient adossées à un hôpital, dans le cas présent le CHT. Elle insiste pour que des solutions en termes de médicaments et de transfert, soient trouvées, afin que l'accès aux soins notamment d'urgence pour ces populations soit garanti. |

3- Les manifestations dans le domaine de la santé

3-1- Le débat public régional sur la Dépendance

Visite de la Ministre - Madame Roselyne BACHELOT

Intervention de la présidente de la CRSA Sur « Les enjeux du vieillissement » :

Il nous faut d'abord poser la question de notre spécificité et savoir si dans ce domaine nous en avons une.

Quelle est notre spécificité :

Partant du tableau de prévision **d'évolution démographique** de la population de la Martinique, nous nous retrouvons dans la situation spécifique suivante :

*4 /10 habitants auront plus de 60 ans en **2040** contre 2/10 en **2010** (x2)

*52000 habitants auront plus de 80 ans en **2040** contre 13.000 en 2010(x4)

*20,8% des habitants auront moins de 20 ans en **2040** contre 28, 6% en 2010

*39,4% des habitants entre 20et 59 ans contre 52,8% en 2010

* 12,2% des habitants auront plus de 80 ans contre 3, 7% en 2010.

La situation économique des personnes âgées est mauvaise :

*37% des personnes de plus de 60 ans touchent une pension vieillesse inférieure au minimum vieillesse soit 708€ à ce jour contre environ 3, 5% en métropole.

*5% seulement des personnes âgées de plus de 60 ans vivent avec plus de 1.000€.

La CRSA s'inquiète d'un certain nombre de points :

a) Existence de professionnels pouvant prendre en charge les personnes âgées(toutes catégories confondues : soignantes, auxiliaires de vie, rééducateurs, médecins etc...).

La baisse drastique du nombre de personnes en âge de travailler nous amène à demander que des calculs de besoin en professionnels de santé soient fait afin que les formations soient envisagées ; que des lieux de formation soient créés et des volontaires pour exercer ces métiers soient trouvés (même par immigration dite choisie).

D'ailleurs dans son rapport du mercredi 18 mai, l'OCDE prévoyant une multiplication des dépenses destinées à couvrir la DEPENDANCE en 2050 préconise notamment une mise en place de réformes profondes pour attirer la main d'œuvre en particulier le recours à l'emploi des migrants.....

Attention la politique d'aide aux aidants à ses limites car ceux-ci seront très âgés et auront besoin d'être pris eux aussi en charge.

b) Dans la perspective du respect de l'égalité d'accès aux soins et aux services, l'enjeu de la bonne répartition sur le territoire des services divers d'accompagnement aux personnes âgées est aussi majeur: le découpage du territoire de la Martinique en 4 territoires de proximité devrait permettre d'avoir un cadre géographique reconnu de tous pour traiter notamment de cette question, en étroite coordination avec les communes ou communautés de communes.

c) Les places d'accueil dans les établissements spécialisés pour des personnes âgées que ce soit des places en hébergement complet ou en hébergements temporaires (places quasiment inexistantes à ce jour : celles-ci déjà en nombre notoirement insuffisant ne pourront toujours pas être construites en nombre pour répondre à l'explosion de la demande. (*préciser le nombre de lits en attente d'ouverture*) Des questions très bloquantes comme les questions financières, d'existence de porteurs de projets, de terrains, de professionnels... ne pourront être réglées ou recevoir des solutions, à la hauteur des besoins... D'ailleurs est-ce souhaitable de mettre tout le monde en établissement ? La CRSA pense que non.

La CRSA préconise une politique de **maintien de l'autonomie de** la Personne âgée le plus longtemps possible, qui seule permettra de **maintenir à domicile**, dans la meilleure forme le plus de personnes âgées.

Le maintien de l'autonomie nécessite une politique massive et globale de prévention touchant à l'habitat (lutte contre l'habitat insalubre), à l'activité physique, à l'accompagnement et au soutien à domicile car les familles sont dispersées et beaucoup de personnes âgées vivent seules : retenons qu'il a été étudié au niveau national que le report d'entrées en établissement de 6 mois conduit à une économie de 8 milliards d'euros par an. A ce jour les calculs sont inexistantes pour la Martinique. La CRSA recommande d'ailleurs que ces politiques soient systématiquement confortées par des études économiques permettant de corriger le cas échéant des options trop coûteuses ou ne produisant pas de fruits.

e) Parmi les enjeux primordiaux, celui du financement des politiques préconisés et de l'accueil en Établissement est majeur.

La question du financement collectif se pose : *création de la 5^{ème} branche comme certains l'ont appelé, avec naturellement des cotisations à prévoir? *la création d'une assurance privée dépendance obligatoire pour tous ?.... Dans ce dernier cas, qui paierait les cotisations pour les plus démunis : à la Martinique, environ 95% des personnes âgées vivent avec moins de 1.000€ par mois.... Cela ne pourrait être que l'État et/ou les collectivités locales ? Mais comment financeront-elles ces cotisations nouvelles ?

Il est certain que si nous considérons le niveau économique de nos personnes âgées actuellement, la couverture de ces frais ne pourra se faire sans un dispositif de solidarité, autrement, la notion d'égalité d'accès aux différents services vitaux et basiques ne pourrait être assurée. Le choix entre une couverture collective, comme c'est le cas pour la SS (à chacun selon ses besoins) nous paraît être la solution la plus équitable. Toujours dans le **même rapport du 18 mai 2011, l'OCDE** préconise le recours au financement public, l'assurance privée n'étant qu'une niche.....

Néanmoins, si l'État décide que cette couverture doit être privée et que les personnes âgées doivent contracter une assurance privée dépendance (en laissant de côté la question de qui va payer pour les plus démunis) alors des mesures de protection de la personne âgée face aux assurances privées s'imposent. Il est en effet indispensable qu'un organisme indépendant soit chargé de déterminer le niveau de dépendance d'une personne afin que l'assureur ne soit pas juge et partie : cela se passe déjà trop souvent maintenant pour des personnes qui croyaient s'être prémunies et qui ne sont pas couvertes(ou pas à la mesure de ce qui était attendu du contrat), parce que l'assureur ne reconnaît pas le niveau de dépendance. Il s'agit de la protection de la personne âgée vulnérable et souvent désarmée.

Mais il ne faut pas être pessimiste, et nous pouvons déjà agir pour, autant que faire se peut, les personnes âgées restent le plus longtemps possible en bonne forme : la médecine et la qualité de notre environnement le permettent : A nous de mettre en place des politiques qui permettront de tirer profit de ces progrès.

Et puis, nous sommes dans le débat dépendance mais rien ne s'oppose à ce que dans des débats à venir, nous abordions la question de la natalité, de la famille, qui permettrait d'infléchir (en 30 ans c'est quand même possible si on ne tarde pas trop , les courbes catastrophiques qui nous sont annoncées aujourd'hui.

***La Présidente de la Conférence Régionale
de la
Santé et de l'Autonomie (CRSA)***

Annie RAMIN

Palais de Madiana, Schœlcher, 23 mai 2011

3- 2- Les forums à l'initiative de la CRSA

Forum n°1- Thème : «La mise en application de la Loi n°2011-803 du 5 juillet 2011 relative aux droits et à la protection des personnes faisant l'objet de soins Psychiatriques et aux modalités de leur prise en charge»

organisé le : 27 octobre 2011

Les intervenants :

- Un Juriste, ancien Bâtonnier– Représentant de l'Ordre des avocats,
- L'équipe de direction de l'EPDSM,
- La représentation médicale de l'EPDSM,
- Le président de la Commission départementale des soins psychiatriques,
- Le Délégué Fédération Hospitalière de la Martinique,
- La présidente de l'association EQUINOXE représentant les familles des malades,
- La direction générale de l'ARS.
- Le Juge des libertés et de la détention avait été invité.

Il s'agissait de faire le point sur la mise en œuvre de la loi et notamment sur la prise en charge des malades selon les nouvelles dispositions

Participation importante des acteurs concernés et nombreux échanges souvent passionnés sur :

- le cadre de mise en œuvre des nouvelles dispositions (difficultés, changement des pratiques, les améliorations utiles ,en cours, au plan juridique, administratif, logistique, médical et soignant...);
- les mauvaises conditions des hospitalisation actuelles ;
- la qualité dégradée des soins ;
- les droits des patients...

La conclusion de ce séminaire a été de constater une grande implication, avec succès, des professionnels de santé mais aussi des professionnels de la justice afin que les patients puissent bénéficier du nouveau dispositif concernant les hospitalisations sous contrainte.

Forum n2 - Thème : « Le bon usage du médicament à l'hôpital »

Organisé le : 24 novembre 2011 – Dans le cadre de la 1^{ère} édition de «la Semaine de la Sécurité des patients »

Intervention du coordonnateur de l'OMEDIT- MARTINIQUE

« La semaine de la sécurité des patients est une opération sans précédent en France, avec un objectif fort, celui de créer une dynamique associant patients, usagers et professionnels de santé, pour une meilleure communication autour des soins et de leur sécurité.

La sécurité des soins est un enjeu majeur pour l'ensemble des acteurs du système de santé. C'est la raison pour laquelle le ministère chargé de la santé agit pour que chacun, professionnel, patient et usager, prenne mieux conscience de son rôle dans le domaine de la sécurité des soins.

Le rapport de l'étude nationale sur les Événements Indésirables Graves (EIG), rendu public le 24 novembre 2010, a confirmé la nécessité de renforcer la communication sur ce sujet.

C'est dans cette optique que la Direction Générale de l'Offre de Soins (DGOS) a souhaité lancer la 1^{ère} édition de la semaine de la sécurité des patients, à l'instar d'autres pays comme la Grande-Bretagne, le Canada ou les États-Unis.

La semaine de la sécurité des patients s'inscrit dans le droit fil des manifestations et des messages de l'opération « 2011, année des patients et de leurs droits ».

L'objectif de l'opération est sensibiliser à la sécurité des soins, en incitant professionnels de santé, patients et usagers à s'informer, à communiquer sur ces sujets et en privilégiant le retour d'expérience.

L'opération, qui se déroule durant la semaine du 21 au 25 novembre, s'adresse à un large public : établissements de santé, établissements médico-sociaux (accueillant des personnes dépendantes, âgées ou handicapées), agences régionales de santé (ARS), professionnels, hospitaliers et libéraux, médicaux et paramédicaux, centres de formation, officines de pharmacie...

Les thématiques retenues :

L'opération 2011 se centre autour de 3 thèmes clés de la qualité et de la sécurité des soins.

A travers des messages clairs et volontairement accessibles, chacun des 3 thèmes est relayé sur 2 plaquettes d'information distinctes : l'une pour le patient, l'autre pour le professionnel de santé.

Bien utiliser les médicaments :

- Rendre le patient acteur de sa prise en charge et le sensibiliser à la pharmacovigilance (c'est-à-dire à la surveillance du risque d'effet indésirable résultant de l'utilisation de médicaments).
- Permettre au professionnel de santé d'améliorer la qualité de la prise en charge médicamenteuse via un aide-mémoire sur les étapes clés.

- Comprendre les indicateurs qualité.
- Faciliter le dialogue du patient avec les professionnels de santé en présentant les différents indicateurs de qualité et de sécurité des soins disponibles.*
- Inciter le professionnel à utiliser les indicateurs de qualité dans sa pratique quotidienne .
- Agir sur les situations à risques.
- Inciter le patient à être acteur de sa propre sécurité en lui présentant les différents points de vigilance : identité, hygiène, effets inattendus.
- Sensibiliser le professionnel de santé à la notion de « récupération » d'un événement qui aurait pu se transformer en accident sans sa vigilance.

Le déroulement de la campagne :

L'opération de sensibilisation et de communication, impulsée par le ministère chargé de la santé, repose sur les initiatives des professionnels engagés dans la démarche. Ces derniers sont invités à mener des actions d'information et de sensibilisation sur le terrain.

Pour les mener à bien, le ministère met à leur disposition un kit de communication, composé d'une affiche et de 6 plaquettes d'information sur les 3 thèmes dédiés.

A ce jour, un peu plus de 1 500 professionnels et structures se sont engagés dans l'opération 2011 : établissements de santé et médico-sociaux, professionnels hospitaliers et libéraux, ARS, réseaux de santé, officines de pharmacie.... Voir lycées et même les collectivités locales.

Ainsi, des actions de sensibilisation seront menées dans toute la France et tout au long de la semaine, auprès des patients et des professionnels de santé.

Les outils de communication :

A travers les thèmes qu'elle propose, la semaine de la sécurité des patients a pour objectif de développer le dialogue dans la relation de soins. C'est dans cet esprit que les supports de communication ont été conçus.

L'information du patient est un point de départ à ce dialogue, l'ambition étant de faire de chacun un acteur éclairé et responsable de sa santé.

La communication qui s'adresse au professionnel permet, quant à elle, d'aborder les thèmes de façon plus pédagogique.

Un kit d'outils de communication est disponible au sein du dossier internet dédié et téléchargeable depuis le site du ministère chargé de la santé. Il permet aux professionnels et aux structures engagés dans l'opération 2011 de mener à bien leurs actions sur le terrain.

Il s'agit d'un véritable engagement des ministres, des équipes du ministère chargé de la santé, des ARS et de l'ensemble de leurs partenaires. Engagement tout aussi solide que celui des professionnels inscrits à cette 1ère édition de la Semaine de la sécurité des patients.

Tous ensemble, professionnels de santé, patients et usagers, pouvoirs publics, progressons vers toujours plus de transparence, de qualité et de sécurité dans la délivrance des soins et la prise en charge.

Après la projection du diaporama les échanges ont eu lieu :

Un agent d'un CH indique que des stands ont été installés dans l'établissement, des brochures ont été mises à la disposition du public. D'autres ateliers ont pu avoir lieu : sécurité anesthésie, transfusion sanguine, élimination des déchets. Une invitation a également été faite à l'attention des groupes scolaires pour participation à cette manifestation.

Un autre professionnel précise son rôle de référent qualité dans son CH. Plusieurs informations ont été données : Présentation de mesures d'hygiène, les événements indésirables en pharmacie, un pictogramme a été élaboré en ce qui concerne les risques.

Une référente d'un autre établissement indique qu'une ½ journée porte ouverte a été proposée le mardi 22 novembre dans son CH du sud et que de nombreux visiteurs ont honoré cette manifestation et particulièrement les soignants.

Des personnels d'un établissement privé font remarquer que de nombreux échanges ont eu lieu avec les patients. Le dossier de présentation du Ministère de la Santé a pu être remis au public.

Un autre professionnel précise que des fiches-conseils ont été transmises aux patients d'un établissement du nord-atlantique.

Un Directeur de l'EPS Spécialisé indique que le circuit a été balisé et centralisé. L'information sur le nouvel outil a été transmise aux agents.

Le Directeur d'un EPS du nord-caraïbe informe que les éléments concernant cette campagne ont été affichés, l'information a été donnée sur l'utilisation des médicaments. Des fiches ont été mises à la disposition des patients. Un diaporama a également été diffusé.

La présidente de la CSDU, fait remarquer qu'il est préférable de privilégier le dialogue plutôt que l'affichage et ajoute que cette opération vise à sensibiliser à la sécurité des soins, en incitant professionnels de santé, patients et usagers à s'informer et à communiquer sur ces sujets et en privilégiant le retour d'expérience. Le patient devra être sensibilisé à cette démarche.

Un représentant d'un autre établissement privé dit qu'une campagne d'information a eu lieu, avec des affichages, panneaux d'information sur les médicaments génériques.

Sur une question relative au DMP, la présidente de la CRSA, précise que le dossier médical personnel est un dossier médical informatisé, confié à des hébergeurs agréés, qui accompagne le patient tout au long de sa vie. Il est censé favoriser la coordination des soins sous le contrôle du patient, le tout dans le respect du secret médical et de la vie privée. Le Dossier patient informatisé répond à la commande obligatoire, régie par la loi 30 mars 1992 [3] et renforcée par la loi du 4 mars 2002, d'un regroupement des informations « administratives », médicales et paramédicales.

De plus les risques d'erreurs et d'insécurité des informations ont considérablement diminués. Cette mémoire peut aussi être utilisée à des fins collectives comme participer à l'évaluation de la qualité des soins ou à la gestion des dépenses de santé. Le patient est protégé d'un point de vue légal.

Le coordonnateur de l'OMEDIT poursuit sa présentation avec les résultats de l'enquête nationale sur les événements indésirables associés aux soins en milieu hospitalier réalisée en 2009 (enquête ENEIS 2009).

Il insiste sur le fait qu'un événement indésirable grave sur deux a été associé à un produit de santé, et la moitié d'entre eux était considérée comme évitable.

Après une brève présentation de l'évolution des textes réglementaires relatifs à la sécurisation des soins dans les établissements de santé, il présente les possibilités (et les modalités) qu'ont les patients, et les associations de patients, pour signaler directement aux autorités :

- un effet indésirable susceptible d'être lié aux médicaments ;
- un défaut de qualité sur un médicament ;
- une erreur ou un risque d'erreur médicamenteuse.

Forte participation des membres de la CRSA, et des établissements hospitaliers.

II - RAPPORT SPÉCIFIQUE

Sur

L'évaluation des conditions dans lesquelles sont appliqués et respectés les droits des usagers du système de santé, de l'égalité d'accès au services de santé, et de la qualité des prises en charge dans le domaine sanitaire et médico-social

1 - Fonctionnement de la Commission Droits des Usagers

Selon les dispositions du décret n°2010-348 du 31 mars 2010 relatif à la CRSA, la CSDU doit établir un rapport annuel sur les objets sus mentionnés conformément au cahier des charges fixé par l'arrêté du 05 avril 2012.

La CSDU a été installée le 26 octobre 2010. Elle est composée de 12 membres

Depuis son installation, elle s'est réunie en séance de travail spécifique 5 fois. Elle a pu disposer du quorum une seule fois.

La CSDU n'a pas trouvé le dynamisme nécessaire à l'exercice de ses attributions malgré l'aide constante du département démocratie sanitaire et de la présidence de la CRSA.

La présidente et certains des membres de la CSDU ont malgré tout régulièrement participé aux travaux des autres commissions spécialisées et de la commission permanente, sans engager les actions proposées.

Comme en 2010, la CSDU n'est pas en capacité d'établir son rapport annuel.

La représentation de l'expression des usagers qui lui est dévolue est compliquée. Les institutions de santé sont tout particulièrement depuis 2011, en grande difficulté de fonctionnement, financières et sociales, ce qui conduit à une baisse inquiétante mais évidente de l'intérêt et de la vigilance sur les questions de qualité des soins et de respect des droits des usagers. La représentation de l'expression des droits des usagers inquiète ceux qui doivent l'objectiver et l'animer sur un territoire et dans des structures où la proximité et les rapports personnels exercent une très forte pression sur les individus.

La CSDU étant le pivot de la CRSA, il faut lui trouver les voies et moyens de son redémarrage et de son efficience. Pour ce faire, il convient de la réorganiser, sans délai, et lui délivrer une « feuille de route » dont la trame serait le cahier des charges national proposé à toutes les CRSA. Il faut aussi lui donner les moyens de fonctionner or ils sont actuellement inexistantes.

Dans le même temps, il est important d'avoir également :

- 1- l'énoncé d'une stratégie régionale en faveur du respect des droits des usagers dans le PRS en cours d'élaboration ;
- 2- mobiliser des membres nouveaux pour occuper la fonction de représentant des usagers et aller au delà du seul bénévole en prenant en compte les éléments matériels qui peuvent être un frein à l'exécution de cette mission comme les frais réels des déplacements, les moyens matériels effectifs pour la préparation des différents travaux ;
- 3- des axes de formation pluridisciplinaire ciblés en vue d'une évolution des connaissances culturelles et réglementaires en matière de démocratie sanitaire et notamment sur la place du droit des usagers dans le système de santé ;
- 4- une mobilisation contractualisée avec les établissements de santé pour s'assurer de l'existence des travaux des CRUQPC et en obtenir un meilleur rendu ; En particulier s'interroger sur l'évaluation de la qualité des soins, travailler avec la HAS et être plus attentif aux suites données aux observations et recommandations.

Conclusions:

Une fois de plus la petitesse de l'île et de sa population, qui peuvent être un facteur facilitateur dans la réalisation de certains projets, peuvent se révéler des freins redoutables ne permettant pas malgré la bonne volonté des uns et des autres, d'aborder sereinement certaines questions et de réaliser toutes les actions prévues...

Même si les membres de la CDSU et de la CRSA en général se sont beaucoup préoccupés des droits des malades et de la qualité des soins individuellement ou au sein des autres commissions, la CDSU n'a pas été en mesure de remplir sa mission. C'est une faiblesse dont nous avons été conscients et que nous nous attachons à surmonter.

C'est donc une préoccupation majeure de notre CRSA aujourd'hui.

2 - La synthèse des rapports des CRUQPC par l'ARS

Il semblerait que les problèmes organisationnels et financiers aient impacté la raison d'être des CRUQPC car malgré un processus de relance bien rôdé, l'ARS n'a réceptionné que 6 rapports sur les 15 établissements de santé concernés (12 EPS et 3 établissements privés). Ceci veut dire que les principaux EPS ne se sont pas mobilisés et n'ont pas respecté la réglementation dans ce domaine.

Les 3 établissements hospitaliers privés ainsi que l'association pour le traitement de l'insuffisance rénale ont adressé leur rapport.

Pour l'ensemble de ces établissements, la qualité du contenu est très inégale. Ce qui conforte la nécessité de contractualiser cette obligation d'établir le rapport annuel sur des critères partagés avec chacun des établissements de santé. Le lien avec les réserves et les recommandations de la HAS, suite à la procédure de certification, est indispensable à une approche qualitative des prises en charge et, pour disposer des indicateurs permettant l'évaluation des conditions du respect des droits des usagers. Pour ce faire, la CRSA devra également formaliser le suivi ciblé de ses recommandations.

Le tableau ci-après donne quelques indications sur la situation des établissements sus mentionnés, en ce domaine.

Rapports des CRUQPC

Analyse des données transmises par les établissements

| OBJECTIFS | SECTEUR* | INDICATEURS-DONNÉES RECUEILLIES |
|--|------------------|--|
| I – Promouvoir et faire respecter les droits des usagers ⁽¹⁾ | | |
| <p>1 - Rendre effectif le processus d'évaluation du respect de droits des usagers</p> | <p>Sanitaire</p> | <ul style="list-style-type: none"> • Fonctionnement effectif des CRUQPC : <ul style="list-style-type: none"> - <i>taux d'établissements disposant d'une CRUQPC :</i> <p>EPS : 100% disposent d'un CRUQ-PC</p> <p>Ets privés : 100% disposent d'un CRUQ-PC</p> - <i>taux de rapports des CRUQPC transmis à l'ARS et à la CRSA :</i> <p>EPS : 25%</p> <p>Ets privés : 100%</p> - <i>nombre de réunions par an :</i> <p>EPS :</p> <ul style="list-style-type: none"> - 1 EPS : 4 réunions - 1 EPS : 1 réunion en 2 ans - 1 EPS : 0 réunions depuis 2009 <p>Ets privés :</p> <ul style="list-style-type: none"> - 1 établissement : 3 réunions - 1 établissement : 1 réunion |

| OBJECTIFS | SECTEUR* | INDICATEURS-DONNÉES RECUEILLIES |
|--|-----------|---|
| I – Promouvoir et faire respecter les droits des usagers ⁽¹⁾ | | |
| <p>1 - Rendre effectif le processus d'évaluation du respect de droits des usagers (suite)</p> | | <p style="text-align: center;"><i>composition et qualité des membres :</i></p> <p>EPS : - 11 à 16 membres, dont 2 représentants usagers</p> <p>Ets privés : - 9 membres, dont 2 représentants usagers</p> <p>- <i>existence ou non de formations pour les membres :</i></p> <p>EPS : - non existence de formation – 1 EPS fait mention de problèmes budgétaires justifiant la non-formation</p> <p>Ets privés : - non existence de formation</p> |
| <p>2 - Droit au respect de la dignité de la personne – promouvoir la bientraitance</p> | Sanitaire | <ul style="list-style-type: none"> • Taux d'établissements où un dispositif ou des procédures de promotion de la bientraitance existent. <p>EPS : - 0% de dispositifs formalisés, mais des préconisations et des rappels de bonne pratiques. - 1 EPS fait mention de sa participation à la « journée mondiale contre la maltraitance ».</p> <p>Ets privés : 1 établissement a déployé un dispositif de formation de 2008 à 2010 et désigné un référent « bientraitance » formé ; 1 établissement dispose d'un comité d'éthique. Il a élaboré un questionnaire à destination des professionnels pour « lui permettre de mieux se positionner face à la bientraitance dans leurs actes de soins et leurs autres comportements au quotidien ».</p> |

| OBJECTIFS | SECTEUR* | INDICATEURS-DONNÉES RECUEILLIES |
|--|------------------|--|
| I – Promouvoir et faire respecter les droits des usagers ⁽¹⁾ | | |
| <p>3 – Droit au respect de la dignité de la personne – prendre en charge la douleur</p> | <p>Sanitaire</p> | <ul style="list-style-type: none"> • Taux d'établissements où une structure d'étude et de traitement de la douleur chronique (SDC) existe <p>EPS</p> <p>1 EPS :</p> <ul style="list-style-type: none"> - le CLUD installé en 2007 a été réactivé en 2011 ; - EVA, EVS, EVN et ECPA sont inégalement utilisés dans les services de soins ; <p>- actions de formation pour les personnels soignants et médecins ;</p> <p>- une journée sur le thème PEC de la douleur a été organisé.</p> <p>1 EPS :</p> <p>L'information est faite en direction des patients hospitalisés :</p> <ul style="list-style-type: none"> - par le livret d'accueil du patient, qui inclut une rubrique sur la douleur dans le chapitre « votre séjour-informations santé ». - la prise en charge douleur est incluse dans la charte de la personne hospitalisée du CHU - par l'équipe médicale et/ou paramédicale dans les services en général. <p>- le CLUD / soins support optimise le travail des services cliniques et des structures transversales (service mobile de traitement de la douleur et équipe mobile de soins continus) ;</p> <ul style="list-style-type: none"> - journée douleur ; - protocole et procédure de soins pour la douleur aigues et pour la douleur chronique ; - outils d'EPP en chirurgie, odonto-ORL, stomato, gériatrie, oncologie, pédiatrie et réa-néonatale, MPR ; - évaluation annuelle de la traçabilité de la feuille douleur en orthopédie... - la satisfaction du patient sur la douleur se retrouve dans le questionnaire de sortie ; - dispose de 40 pompes d'analgésie contrôlées par les patients. <p>Ets privés :</p> <p>1 établissement :</p> <ul style="list-style-type: none"> - actions éducatives institutionnalisées pour des groupes de patients ciblés, notamment en cancérologie et stomatothérapie ; - un EPP pour la traçabilité de la PEC douleur ; - CLUD et procédures pour la prise en charge de la douleur ; - Existence d'une fiche d'enregistrement de la douleur pour le suivi de la PEC. <ul style="list-style-type: none"> • <i>Taux de satisfaction des usagers (questionnaire SAPHORA).</i> <p>EPS</p> <p>1 EPS :</p> <ul style="list-style-type: none"> - participation à l'enquête nationale SAPHORA ; |

| OBJECTIFS | SECTEUR* | INDICATEURS-DONNÉES RECUEILLIES |
|--|-----------|--|
| I – Promouvoir et faire respecter les droits des usagers ⁽¹⁾ | | |
| <p>4 – Droit au respect de la dignité de la personne – proposer des directives anticipées pour les personnes en fin de vie.</p> | Sanitaire | <ul style="list-style-type: none"> • Taux d'établissements ayant organisé une information sur les directives anticipées, <p>EPS 1 EPS : - dispositif de formation (52 professionnels formés (cadres de santé , IDE, AS, auxiliaires de puéricultures, secrétaires...)) ;</p> <p>- coordination CLUD, équipe mobile de traitement de la douleur et équipe mobile de soins palliatifs.</p> <p>1 EPS : - sessions de formation des personnels l'année précédente,</p> <p>- information dans le livret d'accueil,</p> <p>- pas de dispositif spécifique,</p> <p>1 EPS : - les volontés exprimées par les patients sont tracées dans le dossier médical ;</p> <p>- des informations sont inscrites dans le livret d'accueil.</p> <p>Ets privés 1 établissement : - <i>formulation de réserve, en ce domaine, par la HAS (visite de certification)</i></p> <p>1 établissement : - les directives sont inscrites au livret d'accueil du patient remis systématiquement en amont de l'admission.</p> <p>1 établissement : - fait mention d'un dispositif coordonné par 3 référents soins palliatifs.</p> |

| OBJECTIFS | SECTEUR* | INDICATEURS-DONNÉES RECUEILLIES |
|---|-----------|--|
| I – Promouvoir et faire respecter les droits des usagers ⁽¹⁾ | | |
| 5 – Droit à l'information – Accéder au dossier médical. | Sanitaire | <ul style="list-style-type: none"> • Nombre de plaintes et réclamations relatives à l'accès au dossier médical. <p>EPS 1 EPS : - aucune demande d'accès enregistrée ; 1 EPS : - modalités d'accès au dossier médical mentionnées dans le livret d'accueil du patient ;</p> <p>- procédure d'accès au dossier médical (traçabilité envoi ou remise au patient) ;</p> <p>Ets privés 1 établissement : - procédure d'accès patient à son dossier médical ;</p> <p>1 établissement : - 28 demandes de consultation du dossier médical</p> <p>1 établissement : - 3 demandes de consultation du dossier dont 1 concernait hôpital de jour.</p> |
| 6 – Droits des personnes détenues – Confidentialité et accès aux dossiers médicaux | Sanitaire | <ul style="list-style-type: none"> • Taux de dossiers médicaux à la seule disposition des personnels soignants (dans les armoires fermées à clef). <p>EPS 1 EPS : - une procédure de la transmission sous pli confidentiel des dossiers des patients au cours de leur transfert ;</p> <p>- la confidentialité des dossiers médicaux à l'UCSA est respectée (archivage dans des armoires fermées à clé, protocole en cas d'urgence).</p> <p>1 EPS : - les principes de confidentialité et d'accès au dossier médical des personnes détenues sont les mêmes que pour tout autre patient ;</p> <p>- les modalités pratiques se font dans le respect des dispositions spécifiques définies par le code de procédures pénales.</p> <p>Ets privés Sans objet</p> |

| OBJECTIFS | SECTEUR* | INDICATEURS-DONNÉES RECUEILLIES |
|---|-----------|---|
| I – Promouvoir et faire respecter les droits des usagers ⁽¹⁾ | | |
| <p>7 - Former les professionnels de la santé en faveur des droits des usagers :</p> <ul style="list-style-type: none"> • personnels, • médicaux, • paramédicaux, • sociaux, • administratifs. | Sanitaire | <ul style="list-style-type: none"> • Thèmes de formations suivis par les professionnels : EPS : non renseignés • Nombre de formations proposées réalisées. EPS : non renseigné • Nombre de personnes formées EPS : non renseigné <p>Ets privés</p> <p>1 établissement :</p> <ul style="list-style-type: none"> - formation du médiateur médical à la gestion des réclamations et plaintes des patients ; - 1 personnel administratif de l'accueil « référent de la bientraitance » est également formé sur les problématiques des droits des usagers ; - tout nouvel embauché est sensibilisé au droit des usagers dans le « colloque singulier » de l'entretien d'embauche. |
| <p>8 – Santé mentale – Assurer le bon fonctionnement des Commission Départementales de Soins Psychiatriques (CDSP)</p> | Sanitaire | <ul style="list-style-type: none"> • Taux de CDSP existantes 1 CDSP en Martinique • Taux de rapports transmis à l'ARS Non renseigné sur transmission rapport |

II – Renforcer et préserver l'accès à la santé pour tous ⁽¹⁾

| | | |
|--|------------------|--|
| <p>9 – Accéder aux professionnels de santé libéraux</p> | <p>Sanitaire</p> | <ul style="list-style-type: none"> • 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. <p>La Martinique est un seul territoire de santé, quatre territoires de proximité ont été arrêtés par l'ARS. Toutefois, à l'intérieur de ces territoires de proximité, huit bassins de vie ont été mis en évidence par l'INSEE.</p> <p>Deux bassins ont une densité médicale de 30% inférieur à la moyenne nationale.</p> <p>Il s'agit des deux bassins du nord atlantique :</p> <ul style="list-style-type: none"> - le premier 18933 habitants avec une densité médicale de -48,5 par rapport à la moyenne nationale ; - le deuxième de 67630 habitants avec une densité de -34,3 par rapport à la moyenne nationale. <p>A noter cependant qu'un des bassins du sud (sud-caraïbe) avec une population de 54000 habitants, a une densité médicale de -29% par rapport à la moyenne nationale⁽²⁾.</p> <p>(2).Source ARS</p> |
| <p>10 – Accéder financièrement aux soins</p> | <p>Sanitaire</p> | <ul style="list-style-type: none"> • Nombre de plaintes et de réclamations pour refus de soins pour les personnes en CMU et AME. <p>EPS</p> <p>1 EPS :</p> <ul style="list-style-type: none"> - aucun refus de soins signalé pour les personnes bénéficiant de la CMU ou l'AME <p>Ets</p> <p>1 établissement :</p> <ul style="list-style-type: none"> - prend en charge tous les patients adressés par des praticiens pour les soins relevant de l'offre de soins proposée par l'établissement et dans le cadre des autorisations accordées, ce, sans distinction des patients bénéficiant de la CMU ou de l'AME ; - 19% des patients accueillis sont bénéficiaires de la CMU. <p>-</p> |

III – Conforter la représentation des usagers ⁽¹⁾

| | | |
|---|--|--|
| <p>11 – Former les représentants des usagers siégeant dans les instances du système de santé</p> | | <ul style="list-style-type: none"> • Typologies de formations organisées pour les représentants des usagers (par rapport au cahier des charges proposé en janvier 2011). <p><i>Le bureau des présidents de la CRSA a établi un recensement des besoins en formation qui ne s'est pas encore traduit en demandes de formation des membres.</i></p> <p><i>Le programme de travail des instances n'a pas facilité la concrétisation d'un programme de formation.</i></p> <ul style="list-style-type: none"> • Nombre de formations réalisées. • Nombre de personnes formées / nombre de représentants issus d'associations agréées en santé (art. L.1114-1 CSP). • Dispositif d'information sur ces formations. |
|---|--|--|

IV - Renforcer la démocratie sanitaire

| | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
|--|--------------|---|---|-------|-----------------------|-------|--|--|-----------------------------------|-------|---|-------|---|-------|---|------|--|--------|---------------------------|--------------|
| <p>12 – Faire participer les représentants des usagers et les autres acteurs du système de santé dans les CRSA et les CT.</p> | | <ul style="list-style-type: none"> • Taux de participation globale par collège de la CRSA : <table style="margin-left: 20px; border: none;"> <tr> <td>- collège n°1 collectivités territoriales</td> <td style="text-align: right;">: 30%</td> </tr> <tr> <td>- collège n°2 usagers</td> <td style="text-align: right;">: 50%</td> </tr> <tr> <td>- collège n°3 conférence de territoire non installée</td> <td></td> </tr> <tr> <td>- collège n°4 partenaires sociaux</td> <td style="text-align: right;">: 20%</td> </tr> <tr> <td>- collège n°5 acteurs de la cohésion et de la protection sociales</td> <td style="text-align: right;">: 10%</td> </tr> <tr> <td>- collège n°6 acteurs de la prévention de la prévention</td> <td style="text-align: right;">: 20%</td> </tr> <tr> <td>- collège n°7 offreurs de services de santé</td> <td style="text-align: right;">: 5%</td> </tr> <tr> <td>- collège n°8 personnalités qualifiées</td> <td style="text-align: right;">: 100%</td> </tr> <tr> <td style="padding-left: 20px;">Taux participation global</td> <td style="text-align: right;">: 50%</td> </tr> </table> • Taux de participation des représentants des usagers à la CRSA : 20% | - collège n°1 collectivités territoriales | : 30% | - collège n°2 usagers | : 50% | - collège n°3 conférence de territoire non installée | | - collège n°4 partenaires sociaux | : 20% | - collège n°5 acteurs de la cohésion et de la protection sociales | : 10% | - collège n°6 acteurs de la prévention de la prévention | : 20% | - collège n°7 offreurs de services de santé | : 5% | - collège n°8 personnalités qualifiées | : 100% | Taux participation global | : 50% |
| - collège n°1 collectivités territoriales | : 30% | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| - collège n°2 usagers | : 50% | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| - collège n°3 conférence de territoire non installée | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| - collège n°4 partenaires sociaux | : 20% | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| - collège n°5 acteurs de la cohésion et de la protection sociales | : 10% | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| - collège n°6 acteurs de la prévention de la prévention | : 20% | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| - collège n°7 offreurs de services de santé | : 5% | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| - collège n°8 personnalités qualifiées | : 100% | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Taux participation global | : 50% | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |

En conclusion de ce rapport, la CRSA confirme le quasi abandon de la préoccupation du respect des droits des usagers par les Etablissements de Santé.

Cet abandon a très probablement des causes multiples, bonnes ou moins bonnes.

Mais à ce jour, notre population n'a plus de garantie même de la mise en œuvre des procédures prévues par la loi pour le respect de leur droits.

C'est dire que l'accès à des soins, pour tous, à des soins de qualité, dans des conditions égales à celles de nos concitoyens se pose de manière très concrète.

...

(1) Indicateurs extraits du cahier des charges national

MOYENS NECESSAIRES À L'ORGANISATION GENERALE ET AU FONCTIONNEMENT DE LA CRSA*

Les moyens demandés au Directeur Général de l'Agence Régionale de la Santé

▪ Ressources humaines

- 1 ETP - Secrétaire (1)
- 1 ETP - Cadre coordonnateur (1)
- Assistance Conseil – Ingénierie pour conduire les débats publics ; études ; enquêtes ; rapports pour examen des saisines (à évaluer au vu du programme prévisionnel annuel de travail).

▪ Locaux et équipements bureautiques

- 1 espace bureau modulable pour permanence CRSA et autres instances de la démocratie sanitaire.
- des salles pour les réunions (Assemblée Plénière – Commission Permanente – Commissions Spécialisées et groupes de travail).

▪ Financement

- frais de déplacements des membres de la CRSA.
- transport et hébergement éventuels pour les missions des membres de la CRSA.
- participation à des manifestations à l'initiative de la CRSA ou en invitation des autres institutions.

▪ Formation des membres de la CRSA

- Plan ou/et programme à déterminer et à actualiser selon les préconisations du cahier des charges national.

La CRSA a des difficultés à établir une valorisation financière des ressources minimales utiles à son fonctionnement. Elle ne dispose pas d'aides techniques en ces domaines.

*L'article D.1432-53 du décret n°2010-348 du 31 mars 2010 prévoit :

« L'ARS assure le secrétariat de la Conférence Régionale de la santé et de l'autonomie et contribue au fonctionnement de la conférence. Les moyens alloués, dont le montant est établi sur proposition de la conférence, font l'objet d'une inscription dans le budget de l'Agence Régionale de Santé ».

INDICATIONS SUR LES RELATIONS INSTITUTIONNELLES ARS* - CRSA

La loi HPST a prévu un certain nombre d'échanges entre le DGARS et la CRSA. Ces échanges sont rappelés pour information. En 2011, il n'y a eu aucun changement par rapport aux constats de 2010, année de démarrage de la CRSA.

***Recensement des informations et des documents à transmettre à la CRSA et ou à ses instances.**

| Références réglementaires décret n°2010-348 du 31/03/2010 | OBJET | DESTINATAIRES | DELAIS |
|--|---|---|--------------------------|
| Art-L1432-2 | Le DGARS rend compte à la Conférence Régionale de la santé et de l'Autonomie de la mise en œuvre de la politique régionale de santé et l'informe des suites qui ont été données à ses avis. Cette communication est rendue publique. | Conférence Régionale de la santé et de l'Autonomie | Au moins une fois par an |
| Art-D1432-14 Art-D1432-36 | Le DGARS établit le bilan d'activité de chaque commission de coordination (Commission de Coordination des politiques publiques dans le domaine de la prévention et Commission de Coordination dans le champ du médico-social). Accord du DGARS pour la participation à titre consultatif des Présidents de Commission Spécialisée Prévention et Commission Spécialisée médico-sociale aux Commissions de Coordination respectives. Le DGARS établit le bilan, accompagné le cas échéant des observations des différents membres de la commission est transmis au Président de la Conférence Régionale de Santé et de l'Autonomie. Il est porté à la connaissance de l'Assemblée Plénière de la conférence ainsi qu'à sa formation spécialisée en charge des questions relevant du champ de compétence de la commission | Conférence Régionale de la santé et de l'Autonomie | Chaque année |
| Art-D1432-38 | La Commission Spécialisée de l'organisation des soins est informée par l'ARS sur : - Les renouvellements d'autorisation intervenus dans les conditions définies au dernier alinéa de l'article L.6122-10. - Les contrats pluriannuels d'objectifs et de moyens signés entre l'Agence Régionale de Santé et les titulaires d'autorisation, les centres de santé, les maisons de santé et réseaux de santé. - L'évolution du nombre de professionnels de santé libéraux installés sur les territoires. - Les résultats des évaluations et certifications menées au cours de l'année écoulée. | La Commission Spécialisée de l'organisation des soins | Au moins une fois par an |

MODIFICATIONS PORTÉES À LA COMPOSITION DE LA CRSA

- **Arrêté modificatif n°ARS/2010/102 du 21/06/2011**
Portant modification de l'arrêté n°ARS/2010/110 du 08 septembre 2010
 - **collège n°2** : désignation des représentants des usagers des services de santé ou médico-sociaux
 - **collège n°4** : désignations des partenaires sociaux
 - **collège n°6** : désignation des acteurs de la prévention et de l'éducation pour la santé
 - **collège 7** : désignation des représentants des établissements assurant des activités de soins à domicile
 - **désignation de participants avec voix consultative** aux travaux de la CRSA et au sein de des ses différentes formations