

**RAPPORT ANNUEL DE LA CONFERENCE
REGIONALE DE LA SANTE ET DE
L'AUTONOMIE SUR
LE RESPECT DES DROITS DES USAGERS**

2012

INTRODUCTION

Les conférences régionales de la santé et de l'autonomie instituées par la loi HPST du 21 juillet 2009, ont pour mission de procéder chaque année à *"l'évaluation des conditions dans lesquelles sont appliqués et respectés les droits des personnes malades et des usagers du système de santé, de l'égalité d'accès aux services de santé et de la qualité des prises en charge"* (art. L 1432-4 CSP).

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

Conformément aux instructions ministérielles, les rapports 2012 de la CRSA, portant sur les données 2011, doivent être élaborés selon le nouveau cahier des charges publié par arrêté du 5 avril 2012.

Le cahier des charges fixe deux grandes orientations déclinées en 15 objectifs, qui s'appliquent aux secteurs hospitalier, médico-social et ambulatoire :

- promouvoir et faire respecter le droit des usagers
- renforcer et préserver l'accès à la santé pour tous.

En ce qui concerne le respect des droits des usagers dans les établissements de santé, il convient de préciser que les rapports d'activité des commissions des relations avec les usagers et de la qualité de la prise en charge (CRUQPC) 2011, n'ont pas été élaborés selon le nouveau cahier des charges mais à partir du rapport type publié par le ministère de la santé. Cela résulte du fait que l'ARS Guyane a reçu les rapports CRUQPC 2011 avant la publication du cahier des charges.

Le rapport annuel de la CRSA sur le respect des droits des usagers de 2012, sera axé sur :

- ✚ l'évaluation du respect des droits des usagers au sein des établissements et services médico-sociaux ;
- ✚ l'évaluation du respect des droits des usagers au sein des établissements de santé.
- ✚ Bilan des préconisations de la commission spécialisée des droits des usagers du système de santé et perspectives pour la période 2013-2015.

I. Evaluation du respect des droits des usagers au sein des établissements et services médico-sociaux

Préambule

Un Conseil de la Vie Sociale est installé dans les établissements qui assurent un hébergement ou un accueil de jour continu. Dans les établissements Maisons d'Enfant à Caractère Social (MECS), le conseil n'est pas obligatoire si les enfants accueillis ont majoritairement moins de onze ans. Dans les établissements où la mise en place du conseil n'est pas obligatoire (exemple : CMPP, CAMSP, SESSAD ou SSIAD, structures de type ambulatoire sans hébergement), une autre forme de participation est instituée, comme un groupe d'expression, un conseil communautaire ou l'envoi d'enquêtes de satisfaction.

Selon l'arrêté du 5 avril 2012, l'évaluation du respect des droits des usagers est basée sur l'analyse, à minima, du fonctionnement des conseils de la vie sociale dans les établissements médico-sociaux.

Elle s'articule sur :

- ✚ en premier lieu, le recensement des conseils de la vie sociale pour les établissements soumis à cette obligation ;
- ✚ en second lieu, l'analyse des processus de nomination des représentants des usagers ;
- ✚ en dernier lieu, les préconisations 2012.

1. Recensement des conseils de la vie sociale (CVS) dans les établissements et services médico-sociaux

CONSTATS

L'analyse des documents reçu fait ressortir que, si une majorité d'établissements et services médico-sociaux ont installé un conseil de la vie sociale, certains établissements ont plutôt mis en place une autre forme de participation et/ou groupes d'expression.

Sur le champ du handicap et de la prise en charge des personnes en difficulté spécifique, la majorité des structures sont de type ambulatoire, donc non soumis aux CVS. Mais, conformément à l'article D 311-3 du code l'Action Sociale et des Familles, doivent « institué un groupe d'expression ou toute autre forme de participation ».

La plupart des établissements interrogés ont respecté l'obligation faite par la loi.

Pour l'année 2011, l'ensemble des établissements inscrits dans le tableau suivant, ont tenu au moins un voire cinq CVS ou groupes d'expression. Les comptes rendus ou relevés de décisions témoignent de ces moments d'échanges et d'écoutes tant des usagers, que du personnel ou organisme gestionnaire.

RECENSEMENT DES CONSEILS DE LA VIE SOCIALE OU GROUPES D'EXPRESSION ET/OU AUTRE PARTICIPATION

Etablissements ou services médico-sociaux	Date de création des structures	Conseil de la vie sociale	Groupes d'expression ou autre forme de participation	Comptes rendus (CR) ou Relevé de décisions (RD)
IMED	14 mai 1979	oui		CR
ADPEP (IEM+ Pôle Kayenn+ pôle moteur)	23 octobre 2003	oui		CR
ADAPEI (IME et ESAT)	8 février 2008	oui		CR
APAJH (IME)	22 décembre 2010	oui		CR
SOS I/A (SESSAD)	19 mars 2007	oui		CR
SOS I/A (ITEP)	19 mars 2007	oui		
EBENE (ESAT)	19 mars 1985	oui		CR
EBENE (MAS)	23 mars 1994	oui		CR
CHOG EHPAD « Jean-Serge Gérante »	31 décembre 2001	oui		CR
CHAR EHPAD « Edmard Lama »	2 mai 1988	oui		CR
AGAPA EHPAD « Saint Paul »	24 mai 1972	oui		RD
Maison de retraite devenue EHPAD « Franck Joly » en janvier 2012	2 mai 1988	oui		CR
SOS HS ACT (Kourou et Rémire-Montjoly)	30 janvier 2006		oui	RD
AIDES (ACT)	17 mars 2011	oui		CR
SOS PSA Communauté Thérapeutique de Roura (CT)	13 février 2009		Oui (conseil de vie communautaire)	CR
AKATI'J CSAPA de St-Laurent	08 juin 2004		oui	CR
RDS CAARRUD – Cayenne	18 janvier 2007		oui	RD
INPACT CAARRUD – de SLM	14 septembre 2007		oui	RD

En conclusion, toutes les structures précitées ont mis en place un CVS ou une autre forme de participation.

Les structures ambulatoires, telles que les SESSAD ont privilégié les enquêtes de satisfaction.

Cependant, il faut relever que nombre de structures éprouvent des difficultés à mener des réunions régulières et à assurer un suivi des avis ou propositions qui sont faites dans ce cadre. Certains établissements restructurent leur conseil de la vie sociale, au regard de la loi, en permettant notamment une plus grande représentativité des usagers et de leurs familles. Ce sont des démarches qu'il faut encourager et valoriser autant que possible.

2. Composition et Fonctionnement des CVS en 2011

2.1 Composition des CVS ou groupes d'expression

Le conseil de la vie sociale, instance d'expression des résidents et de leurs familles, est constitué conformément au décret n° 2005-1367 du 2 novembre 2005 et est composé comme suit :

- Deux représentants des personnes accueillies ou prises en charges ;
- S'il y a lieu, un représentant des familles et ou des représentants légaux ;
- Un représentant du personnel ;
- Un représentant de l'organisme gestionnaire ;

Le nombre de représentants des personnes accueillies d'une part, et de leur famille ou de leurs représentants légaux d'autre part, doit être supérieur à la moitié du nombre total des membres du conseil.

Ils sont élus par l'ensemble des membres de leurs collèges pour une durée d'un an au moins et de trois ans au plus, renouvelable. Leurs noms sont portés à la connaissance des résidents par voie d'affichage. Le conseil de la vie sociale se réunit au moins 3 fois par an.

Les membres des collèges de résidents, des familles, du personnel et du conseil d'administration de l'établissement gestionnaire ont des voix délibérantes. Le directeur de l'établissement gestionnaire a une voix consultative.

2.2 Fonctionnement des CVS ou groupes d'expression

Sur les 20 établissements interrogés par l'Agence Régionale de Santé :

- 11 ont répondu en nous adressant leurs relevés de décisions et/ou comptes rendus de réunions, règlement intérieur et composition du CVS par collège ;
- 9 établissements n'ont pas communiqué les CVS ;

Globalement, et eu égard à la composition des conseils de la vie sociale ou groupes d'expression, la représentativité des usagers est effective ainsi que celle des représentants des familles. C'est un signe fort de la part des établissements gestionnaires qui prennent en considération le bien-être de leurs usagers.

La périodicité des réunions diffère selon les structures, mais au moins une réunion s'est tenue au cours de l'année 2011.

La qualité des contenus des comptes rendus ou relevés de décisions n'étant pas égale et valable pour tous, il est recommandé de :

- désigner une personne bien identifiée au sein de la structure, pour mener à bien cette tâche ;
- de mettre en exergue dans ces documents, la participation ou non des usagers et/ou leurs familles lors des échanges ; de faire un bilan des décisions demandant un suivi ou pas. Ils sont inexistantes ou peu valorisés par certains établissements dans leurs comptes rendus et ou relevés de décisions.

A la lecture des comptes rendus ou relevés de décisions, le conseil de la vie sociale est bien un lieu d'échanges, de discussions et d'écoute puisque la parole est donnée aux usagers, à leurs familles.

Sur l'ensemble des retours, l'une des principales préoccupations des usagers est l'amélioration des conditions de vie au sein de la structure (propreté des locaux, meilleure accessibilité des lieux de vie) et le souhait de garder un lien avec la société en favorisant les moments et lieux de sorties (par exemple pour les personnes âgées), l'insertion des personnes handicapées.

A contrario, il persiste quelques difficultés pour assurer le suivi administratif de ces conseils de la vie sociale. Le turn over et/ou le manque de personnel peut être l'une des causes de cette difficulté. Un effort particulier est à envisager en la matière.

Suivi des conseils de vie sociale

ETABLISSEMENTS ET/OU SERVICES MEDICO-SOCIAUX	2010	2011	OBSERVATIONS
	Nombre de réunions	Nombre de réunions	
IMED	3	1	
IEM-ADPEP	1	NC	Non Communiqué
ADAPEI (ESAT)	2	2	
ADAPEI (IME)	NC	NC	Non Communiqué
APAJH (IME)	NC	NC	Non Communiqué
SESSAD le Colibri	NC	1	
ITEP	1	1	
ESAT-EBENE	1	2	
MAS EBENE	2	NC	Non Communiqué
EHPAD « Jean-Serge Gérante »	2	NC	Non Communiqué
EHPAD "Edmard Lama"	NC	2	
EHPAD Saint Paul	2	1	
EHPAD « Franck Joly »	1	2	
SOS HS ACT (Kourou et Rémire-Montjoly)	4	5	
AIDES (ACT)	Pas en fonction	Pas en fonction	Pas en fonction
SOS PSA Communauté Thérapeutique de Roura (CT)	NC	NC	Non Communiqué
AKATIJ CSAPA St-Laurent	NC	1	
AKATIJ CAARRUD KOUROU	NC	NC	Non Communiqué
CAARRUD – RDS Cayenne	NC	4	
CAARRUD –INPACT de SLM	2	ND	Non Disponible

3. Préconisations pour 2013

- Rappeler aux établissements sous la forme d'une lettre d'information, l'obligation réglementaire de mettre en place un Conseil de la Vie Sociale ou groupes d'expression ;
- Améliorer la formalisation des comptes rendus ou relevés de décisions et leur suivi administratif ;
- Sensibiliser les établissements à la tenue d'au moins 3 réunions dans l'année et à leur diffusion immédiate à l'ARS de Guyane notamment ;
- Programmer une rencontre avec les directeurs des établissements médico-sociaux ;
- Inviter les représentants siégeant dans les CVS à travailler avec la commission spécialisée ;

II L'évaluation du respect des droits des usagers au sein des établissements de santé sanitaires

L'évaluation est faite à partir de l'analyse réalisée par la commission spécialisée des droits des usagers des rapports d'activité 2011 des commissions des relations avec les usagers et de la qualité de la prise en charge. En 2012, 7 établissements sur 8 ont adressé le rapport d'activité 2011 de la CRUQPC.

En s'appuyant sur une grille de lecture les membres de la commission spécialisée ont vérifié si les droits collectifs et individuels des usagers étaient respectés (cf. annexe 1).

1. Respect des droits collectifs des usagers

L'accent est mis sur le fonctionnement des commissions des relations avec les usagers et de la qualité de la prise en charge (CRUQPC), l'organisation mise en place en matière d'information des usagers et des personnels, et de coordination avec les autres instances des établissements.

Il s'agit également d'analyser de manière qualitative et quantitative les sources d'informations issues des usagers ou internes à l'établissement et enfin d'apprécier les pratiques des établissements de santé, les actions préconisées en réponse aux événements, dysfonctionnements recensés dans les différentes sources d'information (plaintes, réclamation, enquête de satisfaction rapport HAS).

Il ressort de l'examen des dossiers que :

- la commission des relations avec les usagers et de la qualité de la prise en charge est mise en place dans l'ensemble des établissements qui ont répondu ;
- que sa composition est conforme à la réglementation en vigueur (décret n° 2005-213 du 2 mars 2005) ;
- que cette instance fonctionne et est réunie en moyenne sur une fréquence de 2 réunions par an.

De manière générale il est constaté que les informations destinées aux usagers, si elles existent dans tous les établissements (livret d'accueil, panneau d'affichage, questionnaire de satisfaction) ne sont pas toujours visibles. Il apparaît que les usagers et les personnels des établissements ne connaissent pas le fonctionnement de la CRUQPC, ni la procédure de dépôt des plaintes et des réclamations.

L'analyse des sources d'information révèle un faible nombre de plaintes, réclamations (orales ou écrites), de retour des enquêtes de satisfaction, de recours aux médiateurs médicaux ou non médicaux, de saisine de la commission de Conciliation et d'Indemnisation des Accidents Médicaux de la Guyane, de recours juridictionnels.

Il est relevé que les résultats des enquêtes de satisfaction sont analysés sur un faible échantillon par les établissements et que le nombre de patients hospitalisés ou passés dans les services de consultations externes n'est pas précisé. Il conviendrait de réaliser des enquêtes sur une période donnée (1 mois) pour obtenir des résultats plus représentatifs de la réalité.

Il est à noter qu'un établissement (le Centre hospitalier A.ROSEMON) a mis en relief les droits des personnes faisant l'objet de soins psychiatriques et les modalités de leur prise en charge ainsi que le problème de l'accès aux droits des patients en situation précaire.

S'agissant de l'analyse des pratiques des établissements, les rapports d'activité précisent si les établissements ont fait l'objet d'une certification avec ou sans réserve ou si la procédure est en cours. Les comptes rendus des instances traitant des questions relatives aux usagers sont également joints.

2. Respect des droits individuels des usagers

Dans cette partie, il s'agit d'examiner comment sont traitées les plaintes, réclamations, éloges, demande de dossiers médicaux, les procédures mises en place, s'il y a une analyse quantitative et qualitative, si les dysfonctionnements à l'origine des plaintes sont pris en compte.

L'examen des rapports d'activité fait apparaître que tous les établissements n'ont pas mis en place une procédure de gestion des plaintes, ni clairement identifié une personne chargée de centraliser et instruire les plaintes. Il en va de même pour la gestion des demandes de dossiers médicaux. Le traitement des enquêtes de satisfaction est analysé par le service qualité.

Compte tenu des résultats de l'analyse des plaintes, réclamations, questionnaires de satisfaction, les établissements ont tous arrêté des préconisations.

Il appartiendra à la commission spécialisée des droits des usagers de mesurer leur mise en œuvre et leur impact.

III - Bilan des préconisations 2012 de la commission spécialisée des droits des usagers du système de santé et perspectives pour la période 2013-2015

1. Bilan des préconisations 2012

De nombreuses préconisations émises en 2012 n'ont pas été réalisées comme prévu. Seule la préconisation concernant « l'utilisation par tous les établissements du guide DHOS pour l'élaboration des rapports CRU » a été mise en place en 2012.

Bilan des recommandations 2012 de la CSDUS par secteur :

Recommandations 2012 de la CRSA	E. S	EMS	BILAN
1. Sensibiliser les établissements à la problématique des droits des usagers en adressant un courrier d'information (directeurs d'établissements et membres de CA)	X		
2. Rappeler l'obligation aux établissements (hôpitaux surtout) le recensement des associations agréées ou pas qui interviennent dans leurs structures	X	X	
3. Proposer une formation des associations et ou membres de la CS DDUSS sur les droits des usagers (cette formation serait faite avec le CISS selon les besoins identifiés par la CSDDUSS)	X	X	
4. Initier des visites sur site pour vérifier ou sensibiliser sur le respect des droits des usagers par la CS DDUSS (déplacement de certains membres volontaires de la CS DDUSS dans les établissements)	X		
5. Valoriser et encourager les établissements qui entreprennent une démarche de respect des droits des usagers.	X	X	
6. Rappeler aux associations sous la forme d'une lettre d'information, les formalités à accomplir pour être agréé.	X	X	
7. L'utilisation par tous les établissements du guide DHOS « élaborer le rapport CRU »	X	X	Objectif atteint
8. Favoriser et veiller à la formation des représentants des usagers en vue d'améliorer le respect des droits de ces derniers dans leurs établissements respectifs	X	X	
9. Inviter les représentants siégeant dans les CRUQCS et dans les CVS à travailler avec la commission spécialisée	X	X	

10 Rencontrer d'ici la fin du 3 ^{ème} trimestre 2012 l'ensemble des représentants des usagers, à l'occasion d'un séminaire portant sur le droit des usagers et le rôle de CVS.	X	X	.
11. Recenser les représentants des usagers devant siéger dans les instances des structures relevant du secteur médico-social		X	
12. Améliorer la formalisation des comptes rendus ou relevés de décisions et leur suivi administratif		X	
13. Sensibiliser les établissements à la tenue d'au moins 3 réunions dans l'année et à leur diffusion à l'ARS de Guyane notamment,		X	
14. Rappeler aux établissements sous la forme d'une lettre d'information, l'obligation réglementaire de mettre en place un Conseil de la Vie Sociale ou groupes d'expression		X	
15. Recenser les représentants des usagers devant siéger dans les instances des structures relevant du secteur médico-social		X	
16. Assurer le suivi de la mise œuvre des objectifs du plan régional stratégique relatifs : - à la réduction des inégalités d'accès à la prévention et aux soins ; -et l'accès aux soins des personnes en situation de handicap	X	X	

2. Les perspectives pour la période 2013-2015

La commission spécialisée des droits des usagers considérant que les précédentes préconisations n'ont pas été mises en œuvre à l'exception de la recommandation visant la présentation des rapports CRUQPC des établissements sanitaires, souhaite désormais échelonner sur 3 ans les actions à mener.

La commission recommande donc de traiter en priorité les actions suivantes à savoir, les actions provenant des préconisations 2012 définies comme prioritaires (annexe 2) ainsi que certaines des actions découlant du nouveau cahier des charges et des nouvelles orientations transmises par la Commission Nationale de la Santé (annexe 3). Ces recommandations sont valables aussi bien pour les établissements médico-sociaux que sanitaires. Les principales actions se déclinent alors selon l'échéancier suivant :

- Rencontrer les responsables des établissements et des CRUQPC (juin 2013) ;
 - Vérifier l'existence des commissions qualité dans les établissements médico-sociaux (courrier) ;
 - Identifier puis rencontrer les représentants des usagers (ambulatoire, médico-social, sanitaire) (3^e trimestre 2013) ;
- Envoyer un courrier d'information sur les modalités d'agrément des représentants des usagers (2013);
- Organiser une formation des représentants des usagers (2014)
 - Inviter les représentants des CRUQPC et des CVS à travailler au sein de la commission spécialisée (2014) ;
 - Mettre en place la commission départementale des soins psychiatriques ;

ANNEXES

Annexe 1 : synthèse des rapports CRUQPC des établissements sanitaires

ARS GUYANE/CRSA/ Commission spécialisée dans le domaine des droits des usagers du système de santé	
CM St PAUL	HAD GUYANE
CSG CIVERONIQUE	CMCK
CHA. Rosemon	CH F. JOLY
I RESPECT DES DROITS COLLECTIFS DES USAGERS	
Fonctionnement des CRUQPC des Etablissements	
Date de constitution	26/11/2009
Composition (loi n° 2002-303 du 4 mars 2002 et décret n° 2005-213 du 2 mars 2005): le représentant légal ou son représentant; deux médiateurs (un médecin et un non médecin) et leurs suppléants désignés par le représentant légal de l'établissement; deux représentants des usagers et leurs suppléants, désignés par le Directeur de l'ARS, sur proposition d'associations agréées.	12/06/2011
Président(directrice établissement), 1 médiateur médical, 1 usagers dont 2 ADAPE(1 titulaire, 1suppléant) 2 ASGUAL (1 titulaire, 1suppléant), 1 responsable qualité.	Président(directeur établissement)représentant s usagers: 2 UDAF(1 titulaire et1 suppléant)1 médiateur non médical(+1suppléant), 1 médiateur non médical(DDS) +1suppléant(RAQ), Composition revue en 2011
11 en 2011; fréquence 1/trimestre	2 réunions avec participation représentant des usagers
26/11/2009 révisé le 30/11/2011	Mis à jour en 2011
1médical, 1 non médical	1 médical, 1 non médical
OUI	OUI
Organisation	
pas de permanence; existence de la commission indiquée dans le livret d'accueil; il existe 1 registre de réclamation et de satisfaction dans les services	information sur la CRUQPC dans le livret d'accueil;1 permanence médiateur non médical tous les jeudis(14 à 15h)
Informations des usagers sur le fonctionnement	Co sera fait dans le livret d'accueil. Il existe une permanence d'accueil assuré par un professionnel membre de la CRUQPC sur chaque antenne d'HAD Guyane
	OUI dans le livret d'accueil, sur des panneaux d'affichage, information de l'existence d'un chargé des relations avec les usagers, affichage des questionnaires de satisfaction traduits dans plusieurs langues
	information par affichage dans les services, de l'existence de la CRUQPC et des conditions de saisine, de la charte des patients, mise à disposition au bureau des admission d'un registre de plaintes et réclamation et du livret d'accueil. La commission reste mal connue des usagers
	Non mais la charte du patient est affichée dans les services
	commission partiellement constituée, les représentants du CTE et du conseil de surveillance ne sont pas désignés.
	4 réunions, participation des représentants des usagers dans 3/4 réunions
	pas de réunion
	adopté en 2008;
	mis en place en novembre 2011
	médical (1 titulaire et 1 suppléant)
	OUI

Annexe 1 : synthèse des rapports CRUQPC des établissements sanitaires (suite)

	CM St PAUL	CSG CI VERONIQUE	HAD GUYANE	CMCK	CHA. Rosemon	CH F. JOLY
I RESPECT DES DROITS COLLECTIFS DES USAGERS (suite)						
Information de l'ensemble des PS et des personnels de l'établissement	via le Blue Medi. système de gestion documentaire informatisé, soumis à 1 droit d'accès	diffusion des comptes rendus, bilan des enquêtes de satisfaction dans tous les services après validation de la CRUQPC	Oui lors des entretiens d'embauche; par le biais des PV de réunions présents dans toutes les antennes	existence d'une note de la direction	réunion d'informations des cadres de santé de la mise en place de la CRUQPC en 2008 , information du personnel par note de service du directeur de la clientèle. La commission reste mal connue des services	Non précisée
Coordination avec les autres instances de l'établissement	représentants des usagers participent régulièrement aux séances du CLIN. Ils ont participé au comité de pilotage et groupes de travail dans le cadre de la procédure de certification V2007	oui, entre les différents comités , par le biais du service qualité Les représentants des usagers sont associés à la mise en œuvre de la procédure de certification.	la participation des usagers est prévue	participation des représentants des usagers à la vie de l'établissement	non précisée dans le rapport	non précisée dans le rapport
Appréciation des pratiques à partir de l'analyse des sources d'information						
Les sources d'information	registres de réclamation et de satisfaction ,compte rendu de réunions(blue medie) livret d'accueil	classier des plaintes situé à la direction; registre de réclamations situé dans le bureau du DSSI. Recours gracieux et juridictionnel.	questionnaires de satisfaction actualisé en 2011; les questionnaires sont d'abord exploités par les cadres des services; élaboration d'une procédure spécifique des plaintes et réclamations.	le livret d'accueil, les registres des plaintes et réclamations, les questionnaires de satisfaction	Les comptes rendus des réunions de la CRUQPC. (Thèmes abordés par la CRUQPC; rapport de la Permanence d'accès aux soins de santé 2010, compte rendu des réunions du comité local de la PASS; rapport HAS 2011 et contre visite 2011; application de la loi du 5 juillet 2011 relative aux soins psychiatriques en psychiatrie. Information de la CRUQPC sur les prélèvements biologiques destinés à la recherche;; les demandes instruites par cette instance et par la Commission de Conciliation et d'Indemnisation des Accidents Médicaux de la Guyane.	livret d'accueil
Issues de l'expression des usagers	Oralement, courriers de réclamation; enquête de satisfaction	plaintes écrites ou orales Recours gracieux et juridictionnel, enquêtes de satisfaction.	questionnaires de satisfaction remis aux patients à leur admission, puis sont transmis au responsable qualité pour analyse puis transmission à la CRUQPC annuellement. Recours gracieux et juridictionnels= sans objet en l'absence de plainte.	plaintes écrites, Recours gracieux, juridictionnel, enquêtes de satisfaction, éloge.	recours, non contentieux non traités par la CRUQPEC, et ceux relevant de cette commission, les éloges, les recours gracieux et juridictionnels dont les dossiers instruits par la Commission de Conciliation et d'Indemnisation des Accidents Médicaux de la Guyane; les demandes de dossiers médicaux, le conseil de vie sociale, les sources d'information sur la qualité de la communication de l'établissement	registre des plaintes et réclamations, intervention radiophonique animée par la médiatrice culturelle, questionnaires de satisfaction.
Issues de l'activité interne	certification, avis des instances	signalement d'événements indésirables, étude annuelle IPAQS vise la qualité de la prise en charge des patients, résultats des enquêtes patients(douleur, questionnaires de sortie)			comptes rendus des séances du Conseil de surveillance portant sur le rapport CRUQPC; comptes rendus, proposition des instances non règlementaires portant sur les usagers, signalements d'événements (dysfonctionnement ou risque), les avis de la CME sur la politique continue de la qualité; les comptes rendus des réunions ou de la direction de la qualité gestion des risques et des événements indésirables; le résultat de la procédure de certification de la HAS; les propositions des instances menant une réflexion sur l'éthique; plan de formation du personnel; actions de communication du CHAR, initiatives des pôles visant la qualité de la prise en charge.	
						ND

Annexe 1 : synthèse des rapports CRUQPC des établissements sanitaires (suite)

	CIM St PAUL	CSG CI VERONIQUE	HAD GUYANE	CMCK	CHA. Rosemon	CH F.JOLY
Analyse des sources d'information:						
Analyse quantitative						
Nb de réclamation ou plaintes	13 plaintes écrites dont 1 sur le registre et 5 par courrier	8 écrites 4 orales; délai moyen de traitement= 25J	0	13	20 réclamations non traitées par la CRUQPC dont 9 = prises en charges médicales et 7 non médicales. Réclamation traitée par la CRUQPC= 1. par la CRCI=1, plaintes 2011 au contentieux=4. Les anciens dossiers contentieux en cours en 2011 =30 dont 1 référé, 14 indemnitaire devant le juge administratif, 10 en pénal et 5 devant le TGI	7 réclamations dont 2 orales; 11 demandes de dossiers médicaux
Nb de questionnaire de satisfaction	51			222 retours sur 6472 hospitalisations soit 3% des patients hospitalisés	14 enquêtes de satisfaction sur: la précarité, la personne de confiance, la satisfaction des patients en radiologie, en pharmacie, en chirurgie, au pôle tête et cou , en chirurgie ambulatoire, cardiologie, dans l'UMIT, dans les unités gynécologie, grossesse, pôle Femme-enfant, dans les centres de santé de St Georges et Maripasoula. Résultats de l'enquête interne sur l'information des patients en 2007 et 2010). Etude sur la précarité des patients (hospitalisés, en consultation ou de passage aux urgences) du 10 au 11 mai 2011 dans tous les services de l'hôpital de Cayenne excepté la néonatalogie et la réanimation, réalisée par (FSI de Cayenne) et le CIC-EC (INSERM) aucun questionnaire concernant le séjour des usagers, les consultations externes ou aux urgences. Engagement pris pour une mise en place en 2012 enquêtes sur les droits des patients et leur satisfaction	
Analyse quantitative de la médiation	0	3 propositions de médiation, 1 médiation non médicale réalisée.	0	0	1	
Nb de saisine des médiateur	0	1	0	2 fois le médiateur médical	1	
Analyse quantitative des demandes afférentes aux dossiers médicaux	1	1	0	68 dont 36 pour la chirurgie	123 en services MCO: délai de traitement supérieur au délai réglementaire; 81 dossiers transmis; 10 n'ont pas été trouvés et 32 n'ont pas été récupérés ou payés par le demandeur.	11 demandes de dossiers médicaux ; dont la majorité des motifs sont des demandes faites par des ayants droits et des demandes des patients ou des représentants légaux

Annexe 1 : synthèse des rapports CRUQPC des établissements sanitaires (suite)

	CM St PAUL	CSG CI VERONIQUE	HAD GUYANE	CMCK	CHA Rosemon	CH F. JOLY
droits et à la protection des personnes faisant l'objet de soins psychiatriques et aux modalités de leur prise en charge					196 patients hospitalisés en SDT et 2 patients hospitalisés depuis plus d'un an, 32 patients suivis en programme de soins et 15 patients de Saint-Laurent. 77 patients hospitalisés sur demande représentant l'état (SDE) : dt 5 patients hospitalisés plus d'un an, 54 patients suivis en programme de soins, dt 12 patients de Saint-Laurent, 10 du Centre Pénitentiaire : 10	non précisé
hospitalisation des mineurs en psychiatrie générale					30 mineurs dont 7 < 16 ans et 23 > 16 ans constat: augmentation des usagers pris en charges par les PASS des Urgences (1 639 personnes en 2011 contre 1076 en 2010) et de Balata (941 en 2011)	non précisé
Accès aux droits des patients en situation précaire						
Analyse qualitative:						
Analyse qualitative des sources d'information	oui, réalisée par le service qualité	Oui, réalisée par le service qualité	Oui, réalisée par le service qualité	oui mise en place d'un groupe de travail satisfaction patients	CRUQPC: peu de demandes non contentieuses suivies par la CRUQPC les usagers ignorant les règles de fonctionnement de cette instance. Dossiers instruits par la Commission Régionale de Conciliation et d'indemnisation des Accidents médicaux/ la CRCI de la Guyane est celle qui reçoit le moins de demandes d'indemnisation, tous établissements confondus, car le dispositif d'indemnisation est mal connu.	les réclamations visent en majorité des prises en charge médicale Actes médicaux, diagnostics et/ou thérapeutique, Accueil, Prise en charge médicale, soignante; Locaux / Bâtiments / Equipements.
à partir des sources issues de l'expression des usagers	16% Aspects médicaux, 15% paramédicaux, 69 % vie quotidienne et environnement de la clinique	motifs d'insatisfaction: vétusté des équipements médicaux (soins et information), accueil	Analyse des questionnaires porte sur les conditions d'admission, la prise en charge, les informations données aux usagers	à partir des plaintes: aspects médicaux, paramédicaux, infections nosocomiales, problème de facturation, d'accueil, vie quotidienne, perte. -à partir du bilan du questionnaire de sortie: 99% des personnes conseillent rétablissement à un proche	constat peu de réclamation et recours non contentieux: Faits délictueux des réclamations non contentieuses : 9 = prises en charges médicales et 7 non médicales c'est-à-dire, soins, communication avec les patients, accueil, hygiène, destruction de biens ; suite des réclamations=8 enquêtes en interne, 12 demandés sans suite.	analyse en pourcentage des résultats des différentes enquêtes de satisfaction: questionnaire de sortie des patients hospitalisés en MCO (1860): enquêtes de satisfaction des repas en MCO et en EHPAD; l'évaluation de la satisfaction des repas à textures modifiées. Le nombre d'enquêtes de personnes hospitalisées ne sont pas précisées
à partir des sources issues de l'activité interne de l'établissement		analyse des fiches événements indésirables	intégration du traitement des plaintes et réclamation liés aux soins, dans les événements indésirables			
Analyse qualitative des demandes et réclamations afférentes aux dossiers médicaux	oui	oui	est prévue	OUI	Oui par l'établissement et la CRUQPC	Oui par l'établissement et la CRUQPC

Annexe 1 : synthèse des rapports CRUQPC des établissements sanitaires (suite)

	CM St PAUL	CSG CI VERONIQUE	HAD GUYANE	CMCK	CHA ROSEMON	CH F. JOLY	
Appréciation des pratiques de l'établissement :	visite de certification V2-2007 du 28 juin au 1er juillet 2011; CRU	(établissement a analysé les plaintes et réclamations, s'est fixé des objectifs visant l'amélioration continue de la qualité du service rendu aux usagers, et le respect de leurs droits.	Même si l'établissement n'a pas enregistré de plaintes il a prévu des dispositifs pour traiter les informations, accueillir les usagers, mettre en place des médiations, gérer les événements indésirables, analyser la qualité de la communication,	dossiers médicaux: délai de traitement < 5ans=8 ; > 5 ans =2 mois; Plaintes: délai moyen de traitement=81 2 plaintes ont fait l'objet d'une CRUQPC procédure d'accès au dossier médical(gestion par le service des archives sous couvert du responsable, le DM).	Sur les 123 dossiers, 6 concernent la formation des membres des CRUQPC sur les différentes voies de recours secrétaire de la commission assurée par la secrétaire de direction		
Propositions	Améliorations à apporter: distribution des questionnaires de satisfaction; amélioration de la qualité des repas et du service, diversité des chaînes télévisées; révision des questionnaires de sortie pour tenir compte des différents publics accueillis en plusieurs langues; audit sur le nettoyage des chambres.	Parmi les 8 dispositifs couvrant divers champs(accueil, information, hôtellerie, soins, la représentation des usagers) prévus pour 2011 certains sont toujours en cours, 12 propositions sont arrêtées pour 2012 dont: améliorer l'information des usagers, réaliser une réunion par trimestre de la CRUQPC, améliorer la représentation des usagers dans la CRUQPC, revoir la procédure de traitement des réclamations, sensibiliser le personnel, poursuivre la procédure de l'information du dossier patient.	elles sont articulées autour de 5 axes: la permanence de l'accueil; la traduction des documents devant permettre une meilleure prise en charge des populations non francophones de Guyane. Le fonctionnement effectif de la CRUQPC; le questionnaire de satisfaction et le recueil des plaintes.	faire une réunion trimestrielle de la CRUQPC suite à 2 dossiers médicaux; Gestion des recours médicamenteux; atteindre un taux de satisfaction de 300 pour les questionnaires de satisfaction; améliorer la prestation restauration.	Livret d'accueil, questionnaires de sortie et enquêtes de satisfaction (Restructuration du dispositif de distribution des questionnaires, mise à jour du livret d'accueil et diffusion), amélioration de la procédure de demande des dossiers médicaux et mise en œuvre d'un dossier patient unique; Gestion des recours gracieux; information des usagers et services de soins; Informer et former les personnels de soins à l'application de la loi du 5 juillet 2011 sur les hospitalisations sous contraintes; renforcer le dispositif d'accueil des plus démunis dans le cadre de la PASS; élaborer une charte de bien être traitées pour les personnels soignants; Organisation d'une journée d'information sur les droits des patients;	sensibilisation concernant la réglementation et les difficultés rencontrées au sein de l'établissement sur la procédure d'accès au dossier patient; réunion d'information sur le consentement éclairé du patient en 2012. Améliorer le délai d'envoi du courrier de sortie au médecin traitant; Réalisation d'une réunion de présentation et d'information sur la procédure de communication du dossier auprès des médecins et sur la distribution des questionnaires dans toutes les unités de soins y compris le SSR; Sensibilisation de l'encadrement et des professionnels sur les enquêtes de satisfaction et dans les réunions de l'information et dans les réunions de services de soins. Mettre en place les questionnaires de satisfaction sur la prise en charge de la douleur. Poursuivre les formations sur les droits des patients et des usagers. Poursuivre la démarche d'aide encadrée depuis un an par les médiatrices culturelles auprès des patients non francophones. Analyser les résultats et définir un plan d'action si nécessaire par thèmes pour 2012.	
Évaluation de l'impact des mesures prises	OUI suivi par la cellule qualité gestion des risques et par un comité de pilotage	prévu par l'élaboration de bord procédures, tableaux de bord	OUI pat l'établissement et la CRUQPC				
	CM St PAUL	CSG CI VERONIQUE	HAD GUYANE	CMCK	CHA ROSEMON	CH F. JOLY	
II LE RESPECT DES DROITS INDIVIDUELS DES USAGERS							
Analyse des plaintes, réclamations, éloges	OUI	OUI	Cela est prévu	gestion à partir du secrétaire de direction(secrétaire de la CRUQPC)	oui	oui	
procédure de gestion des plaintes	par le responsable qualité	Non précisée	elle est définie	OUI	Non précisée	oui	
analyse quantitative des plaintes, réclamations, éloges	OUI	OUI		OUI	OUI		
analyse de l'accessibilité au dossier médical	NON	NON		OUI	OUI	OUI	
dysfonctionnement à l'origine des plaintes	OUI	OUI					
Prise en compte des préconisations de l'année précédente	ND	OUI	OUI				
Prise en compte des motifs des plaintes, réclamations dans les préconisations de l'année n+1	OUI	OUI	OUI			OUI	

Annexe 2 : Actions prioritaires de la CSDUS correspondantes aux préconisations non réalisées en 2012

RECOMMANDATIONS PRIORITAIRES DE LA COMMISSION SPECIALISEE DROITS DES USAGERS DU SYSTEME DE SANTE									
Thématique	Recommandations	SECTEUR			Faisabilité pour le rapport 2013	Faisabilité pour le rapport 2014	Faisabilité pour le rapport 2015	Thématique prioritaire pour la région	Observations
		Sanitaire	Médico social	Ambulatoire					
1/ Recommandations de la commission spécialisée Guyane									
ID	Identifier et recenser les représentants des usagers en région Guyane	X	X		X			X	actualiser liste déjà existante
FORMATION	Favoriser et veiller à la formation des représentants des usagers en vue d'améliorer le respect des droits de ces derniers dans leurs établissements respectifs.	X	X			X		X	
	Proposer une formation des associations et ou membres de la CS DDUSS sur les droits des usagers (cette formation serait faite avec le CISS selon les besoins identifiés par la CS DDUSS.)	X	X			X		X	
SENSIBILISATION ET INFORMATION SUR LES OBLIGATIONS A TENIR	Sensibiliser les établissements à la problématique des droits des usagers en adressant un courrier d'information (directeurs d'établissements et membres de CA).	X			X				
	Rencontrer l'ensemble des représentants des usagers, à l'occasion d'un séminaire portant sur le droit des usagers et le rôle de CVS.	X	X		X				4e trimestre 2013
	Valoriser et encourager les établissements qui entreprennent une démarche de respect des droits des usagers.	X	X		X				rencontre avec les responsables d'EMS: 25 juin 2013 et avec les responsables des établissements sanitaire :date à définir
	Améliorer la formalisation des comptes rendus ou relevés de décisions et leur suivi administratif.		X		X				rencontre avec les responsables d'établissements médico-sociaux : 25 juin 2013 (distribution de comptes rendus type)
	Sensibiliser les établissements à la tenue d'au moins 3 réunions des CVS dans l'année et à leur diffusion à l'ARS de Guyane notamment.		X		X				
	Rappeler aux établissements sous la forme d'une lettre d'information, l'obligation réglementaire de mettre en place un Conseil de la Vie Sociale ou groupes d'expression.		X						
	Rappeler l'obligation aux établissements (hôpitaux surtout) le recensement des associations agréées ou pas qui interviennent dans leurs structures.	X	X		X				rencontre avec les responsables des éta sanitaires (date à définir)
	Rappeler aux associations sous la forme d'une lettre d'information, les formalités à accomplir pour être agréé.	X	X		X				
	Inviter les représentants siégeant dans les CRUQCS et dans les CVS à travailler avec la commission spécialisée.	X	X			X			

Annexe 3 : actions prioritaires de la CSDUS

2/ Recommandations du Ministère du travail de l'emploi et de la santé - nouveau cahier des charges						
Recommandations	Indicateurs /données à recueillir	Faisabilité pour le rapport 2013	Faisabilité pour le rapport 2014	Faisabilité pour le rapport 2015	Thématique prioritaire pour la région	Observations
Rendre effectif le processus d'évaluation du respect des droits des usagers	Existence d'un processus de traitement des réclamations et des plaintes permettant d'identifier leur nombre et leur évaluation ; taux de réponse apportée aux réclamations et plaintes ; fonctionnement effectif des CRUQPC; nombre d'établissements ayant une cotation A, B, C, etc. dans les rapports de certification	X				Voir rapports CRUQPC + organisation d'une rencontre avec les responsables d'établissements sanitaires pour l'amélioration de la démarche, le rappel des obligations et la distribution de documents types (date à définir)
	Fonctionnement effectif des CVS : - taux d'établissements disposant d'un CVS - taux de rapports des CVS transmis à l'ARS et à la CRSA - nb de réunions par an - composition et qualité des membres - existence ou non de formations pour les membres... Nombre de personnalités qualifiées désignées et nombre d'interventions réalisées	X				Voir rapports CVS + organisation d'une rencontre avec les responsables d'EMS pour l'amélioration de la démarche, le rappel des obligations et la distribution de documents types (25 juin 2013)
Santé mentale - Assurer le bon fonctionnement des Commissions Départementales de Soins Psychiatriques (CDSP)	Taux de CDSP existantes ; taux de rapports transmis à l'ARS	X			X	CDSP en cours de mise en place
Droit à l'information - Accéder au dossier médical	Nombre de plaintes et réclamations relatives à l'accès au dossier médical ; taux de réponse apportée aux réclamations et plaintes; Nombre d'établissements ayant une cotation A, B, C, etc. dans les rapports de certification	X				voir rapports CRUQPC
Droit au respect de la dignité de la personne - promouvoir la bientraitance	Taux d'établissements où un dispositif ou des procédures de promotion de la bientraitance existent; Nombre de plaintes et réclamations déposées pour maltraitance; taux de réponse apportée aux réclamations et plaintes; nombre d'établissements ayant une cotation A, B, C, etc. dans les rapports de certification (référence 10 de la V2010)					