

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

2014

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).

Cette évaluation se fait dans le cadre du rapport de la conférence régionale de santé et de l'autonomie sur les droits des usagers, élaboré selon le cahier des charges publié par arrêté du 5 avril 2012 du ministre du travail, de l'emploi et de la santé.

Le cahier des charges fixe 4 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,
- conforter la représentation des usagers du système de santé,
- renforcer la démocratie sanitaire.

Il est à noter qu'il a été procédé au renouvellement des membres de la Commission Spécialisée du droit des usagers du système de santé en octobre 2014, lors du renouvellement des membres de la Conférence Régionale de Santé et de l'Autonomie de Guyane. C'est donc une équipe nouvelle qui prend la suite de l'ancienne mandature en fin d'année 2014. Un bilan de cette précédente mandature, et notamment de la commission spécialisée du droit des usagers du système de santé, a été réalisé afin de permettre la poursuite de la démarche initiée par la précédente mandature.

Le présent rapport sur le respect des droits des usagers reprendra également les recommandations de la conférence nationale de la santé, et de la conférence régionale de la santé et de l'autonomie de l'ARS Guyane. Il en sera fait un bilan des actions réalisées sur les années 2013 et 2014.

Il sera donc articulé autour de 2 parties:

- l'évaluation du respect des droits des usagers au sein des établissements et services médico-sociaux et des établissements sanitaires ;
- le bilan des préconisations de la commission spécialisée des droits des usagers du système de santé 2013-2014 et les perspectives pour la période 2015-2016.

I. Evaluation du respect des droits des usagers dans les établissements, services médico-sociaux et les établissements sanitaires

En préambule, il convient de préciser que l'évaluation du respect des droits des usagers sera réalisée à partir des données des rapports d'activité des années 2013 et 2014 des conseil de la vie sociale (CVS) pour les établissements, service médico-sociaux et, des commissions des relations avec les usagers et de la qualité de la prise en charge (CRUQPC) pour les établissements sanitaires

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

Il s'agira, après un recensement des modes d'expression (ou de participation) dans les structures médico-sociales, d'analyser le contenu des rapports d'activité.

Il est nécessaire de souligner que les rapports CVS sont transmis sur la base du volontariat et que les établissements n'ont aucune obligation réglementaire de les transmettre à l'ARS.

Sur les 45 structures identifiées et recevant un financement de l'ARS de Guyane, il n'y a que 12 structures (soit 26,6%) qui ont transmis leurs rapports, ou comptes rendus de conseil de la vie sociale ou autres formes de participation (groupes d'expression, réunions) pour les années 2013 et 2014. Cela signifie que plus de 73% n'estiment pas utiles de communiquer sur le fonctionnement, ou l'organisation des activités de leurs conseils de vie sociale ou groupes d'expression.

Le nombre de conseils de vie sociale ou groupes d'expression tenus par la majorité des établissements est de 3 par an, en moyenne ; le nombre de séances est sensiblement le même que celui recommandé par la réglementation. Seul un établissement n'a tenu aucune réunion en 2013. Par ailleurs, certains établissements (au moins 3) ont eu à organiser des élections partielles ou globales pour renouveler les membres de leur conseil de vie sociale. Un établissement a procédé à la transformation de son conseil de vie sociale en un groupe d'expression, jugé plus pertinent par les membres et représentants élus.

RECENSEMENT

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

	Etablissements/ Services	Date de création des structures	Conseil de la vie sociale	Groupe d'expression ou autre forme de participation	Compte rendu (CR) ou relevé de discussion (RD)
ADAPEI	IME	23/10/03	X		CR
	SESSAD	19/07/12			
ADPEP	Pôle Kayenn CMPP	08/03/83	X		CR
	Pôle Kayenn CAMSP	10/01/00	X		CR
	Pôle Kayenn SESSAD	31/01/06	X		CR
	Pôle Moteur SESSAD	19/03/07	X		CR
	IEM	19/03/07	X		CR
	Pôle OG CAMSP	5/10/05			
	Pôle OG CMPP	27/07/99			
	Pôle OG SESSAD	31/01/07			
APADAG	SESSAD Amarante	14/01/94			
	SESSAD TCL	19/07/12			
APAJH	SESAM 973 enfants	30/01/06			
	IME	18/08/09	X		CR
	SSAD Polyhandicapé	13/02/09			
	CR	16/06/11			
	SESSAD T 21	19/07/12			

CHAR	CRA	26/09/08			
IMED	IME	14/05/79	X		CR
SOS-I/A	SESSAD Colibri	19/03/07	X		CR
	Itep	19/03/07	X		CR
ADAPEI	ESAT "MATITI"	08/02/00	X		CR
AGMN	SAMSAH DM	22/12/08			
APADAG	SAMSAH	25/06/07			
APAJH	SAMSAH	22/12/08			
EBENE	ESAT "EBENE"	19/03/58	X		CR
	MAS EBENE	23/03/94	X		CR
SOS-H/S	MAS Kourou	5/11/08			
AGAPA	EHPAD "St. PAUL"	7/10/02	X		RD
CHAR	EHPAD "Edmar LAMA"	17/10/07	X		CR
CHOG	EHPAD "Frank JOLY"	18/01/12	X		CR
EBENE	EHPAD "Jean-Serge GERANTE"	8/09/92			
	SSIAD EBENE	1/12/80			
AIDES	Appartement de Coordination Thérapeutique	17/03/11	X		CR
AKATI'J	CAARRUD Kourou	11/12/07			
	CSAPA avec hébergement Kourou	8/06/04		X	CR
	CSAPA St Laurent	8/06/04			
	CT St Laurent	23/11/11			
CHAR	CSAPA Cayenne	08/06/04			
IN'PACT	CAARRUD St Laurent	14/09/07		X	RD
RDS	CAARRUD Cayenne	18/01/07		X	RD
SOS-H/S	Appartement de Coordination Thérapeutique	30/01/06		X	RD
SOS- PSA	CSAPA -Communauté Thérapeutique	8/08/05		X (conseil de vie communautaire)	CR
SSIC	LHSS - SSIC	23/03/09			

Suivi des contrats de vie sociale

Etablissements/ Services		2013	2014	Observations
		Nombre de Réunion	Nombre de Réunion	
ADAPEI	IME			
	SESSAD			
ADPEP	Pôle Kayenn CMPP			
	Pôle Kayenn CAMSP			
	Pôle Kayenn SESSAD			
	Pôle Moteur SESSAD			
	IEM			
	Pôle OG CAMSP			Enquête de satisfaction réalisée
	Pôle OG CMPP			Enquête de satisfaction réalisée
	Pôle OG SESSAD			Enquête de satisfaction réalisée
APADAG	SESSAD Amarante	1		

	SESSAD TCL	1	2	
	SAMSAH Cayenne	2	2	
	SAMSAH de SLM	4	2	Constitution en septembre 2013 d'un groupe d'expression spécifique usagers
	SESSADYS		2	
<u>APAJH</u>	SESAM 973 enfants			
	IME			
	SSAD PolyHandicap			
	CR			
	SESSAD T 21			
<u>CHAR</u>	CRA			
<u>IMED</u>	IME			
<u>SOS-I/A</u>	SESSAD Colibri			
	ITEP	0	2	
<u>ADAPEI</u>	ESAT "MATITI"			
<u>AGMN</u>	SAMSAH DM			
<u>APAJH</u>	SAMSAH			
<u>EBENE</u>	ESAT "EBENE"	2	3	
	MAS EBENE		2	
<u>SOS-H/S</u>	MAS Kourou			
<u>AGAPA</u>	EHPAD "St. PAUL"	1	5	
<u>CHAR</u>	EHPAD "Edmar LAMA"	2	3	
<u>CHOG</u>	EHPAD "Frank JOLY"	2	5	
<u>EBENE</u>	EHPAD "Jean-Serge GERANTE"			
	SSIAD EBENE			
<u>AIDES</u>	Appartement de Coordination Thérapeutique	2	6	Groupes d'expression + Conseil de vie sociale
<u>AKATI'J</u>	CAARRUD Kourou			
	CSAPA avec hébergement Kourou			
	CSAPA St Laurent			
	CT St Laurent			
<u>CHAR</u>	CSAPA Cayenne			
<u>IN'PACT</u>	CAARRUD St Laurent			
<u>RDS</u>	CAARRUD Cayenne			
<u>SOS-H/S</u>	Appartement de Coordination Thérapeutique			
<u>SOS- PSA</u>	CSAPA -Communauté Thérapeutique			Réunions communautaires
<u>SSIC</u>	LHSS - SSIC			

LES CONSTATS

Concernant la forme des rapports :

- Majoritairement ce sont des comptes rendus de séances qui sont choisis comme mode de restitution. Les groupes d'expressions et autres formes de participations privilégient généralement le relevé de décisions. En effet, en 2013 l'ARS de Guyane a organisé avec la commission spécialisée du droit des usagers des rencontres avec les professionnels

du secteur médico-social. Ces réunions de travail, largement investi par les professionnels, ont été l'occasion d'échanger sur les pratiques professionnelles, partager les difficultés notamment de rendre accessible le droit des usagers aux familles et aux bénéficiaires, de réfléchir à des solutions pratiques, méthodologies partagées entre professionnels.

- Sur les 30 rapports reçus, 14 respectent les règles générales de présentation et de rédaction d'un compte rendu ou du relevé de décision type, réalisé lors de ces réunions de travail entre professionnels. Néanmoins, dans certains rapports les différents collègues et leurs membres ne sont pas clairement identifiés et déclinés. L'ordre du jour n'est pas présenté. Le secrétaire de séance n'est pas forcément une personne accueillie comme le recommande la réglementation et les rapports ne sont pas signés par le président de séance. L'heure de début et de fin de séance n'est pas indiquée.

Les efforts doivent se poursuivre pour favoriser une nette amélioration des présentations des rapports et leurs contenus.

Concernant le contenu des rapports :

- Les sujets discutés diffèrent selon le public accueilli, les missions de la structure, son projet de service ou d'établissement.
- Quel que soit le sujet abordé, la parole est donnée aux usagers et aux membres de leur famille ou représentants, lorsqu'ils sont présents.
- Une grande partie de ces sujets concernent l'amélioration des conditions d'accueil, de vie, du bien être des usagers au sein de la structure, et l'organisation intérieure, les activités, l'animation socioculturelle...
- Il est constaté une transparence sur tout ce qui touche au fonctionnement interne, allant jusqu'à une participation des usagers aux questions budgétaires, à l'activité du personnel et autres.
- L'opinion des usagers semble primordiale car sont présentés à ces derniers toutes questions intéressant l'organisation socioculturelle. Les projets de travaux et d'équipements sont soumis à leur approbation.

Il est à noter, de manière globale, que les thèmes apparents dans les items du cahier des charges sont abordés au sein des conseils de vie sociale.

De façon générale, au regard du nombre de participants assistant à ces instances, les usagers et leurs représentants se sentent réellement concernés par la vie de la structure. En effet, un fort taux de participation des usagers est relevé dans les rapports. Il y a également un grand nombre d'interventions de ceux-ci au cours des différents sujets abordés en séance.

Le constat est qu'il y a une volonté manifeste du respect des droits des usagers. Il y a une réelle implication et participation des usagers dans le fonctionnement courant de la structure. Un effort évident des équipes d'encadrement et de direction d'intégration des usagers dans la dynamique de gestion de la structure est à noter.

Dans la majorité des rapports, il est relevé le peu ou manque d'implication des parents, ou familles ; les rapports difficiles entre le personnel et les bénéficiaires (surtout dans les EHPAD) allant jusqu'à les qualifier de risques psychosociaux pour le personnel et de maltraitance pour les bénéficiaires ;

Il apparaît que l'existence de lieux de paroles, d'échanges et d'écoutes s'avèrent primordiaux tant pour les familles, les bénéficiaires et le personnel. Ils permettent de se rencontrer et de parler des situations difficiles, d'encourager aussi un personnel souvent réduit et soumis à pression, d'améliorer les conditions de vie des bénéficiaires et rassurer les familles ou parents. La contrainte budgétaire pour tous les établissements est largement ressorti ainsi que la motivation des professionnels qui accompagnent et sont au service des personnes démunies.

Le conseil de vie sociale se révèle être une véritable instance participative dans laquelle l'utilisateur voit l'expression du respect de ses droits et, constate la mise en œuvre des propositions émises lors des séances précédentes.

2. Le respect des droits des usagers au sein des établissements de santé sanitaires

Recensement des rapports CRUQPC

En 2014, 6 établissements sur 8 ont adressé le rapport d'activité relatif à l'année 2013, de la commission des relations avec les usagers et de la qualité de la prise en charge de leur établissement (CRUQPC). Les 2 autres, n'ont jamais donné suite aux différents courriers adressés par l'ARS.

Il est à relever une harmonisation dans la présentation des rapports d'activité des commissions des relations avec les usagers et de la qualité de la prise en charge, par les établissements qui 5 utilisent le rapport type publié par le ministère de la santé. Toutefois il faut souligner qu'un établissement a présenté un rapport biennal pour la période 2012-2013. Cela n'a pas facilité l'exploitation des données.

Etablissements sanitaires	Transmission du rapport
Centre Hospitalier Andrée ROSEMON	oui
Centre Hospitalier de l'Ouest Guyanais « Franck JOLY »	oui
Centre Médico Chirurgical de Kourou	oui
Centre Médical Saint Paul	non transmis malgré plusieurs relances
Centre de Santé Guyanais Clinique VERONIQUE	oui
Maison de Repos "Les Cascades"	non transmis malgré plusieurs relances
HAD Guyane	oui
ATIRG	oui

Evaluation des droits

L'évaluation est faite à partir de l'analyse réalisée par la commission spécialisée des droits des usagers des rapports d'activité 2013 des CRUQPC.

Les membres de la commission spécialisée des droits des usagers, se sont appuyés sur la grille de lecture élaborée par le secrétariat de la commission en 2012. Il s'agissait de vérifier si les droits collectifs et individuels des usagers sont respectés (cf. annexe 1) et si les orientations prévues dans les rapports CRUQPC de l'année précédente ont été mises en place.

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, réclamations, enquêtes de satisfaction, rapport HAS).

Fonctionnement et organisation des CRUQPC

Il ressort de l'examen des différents rapports 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 ;
- tous les représentants des usagers et médiateurs non médicaux ne sont pas désignés, il manque parfois des titulaires et suppléants ;
- un établissement privé a renouvelé les membres de la CRUQPC ;
- s'agissant du règlement intérieur : il existe dans tous les établissements, il a été mis à jour dans 4 établissements sur 8 ;
- cette instance fonctionne et est réunie en moyenne sur une fréquence de 3 réunions par an ;

De manière générale, les outils d'informations destinés aux usagers existent dans tous les établissements : livret d'accueil, panneau d'affichage, questionnaire de satisfaction. Un établissement a actualisé son livret d'accueil en 2013 et envisage de renouveler les affiches en 2014.

Analyse des sources d'information

Comme l'année précédente, l'analyse des sources d'information révèle un faible nombre de plaintes, réclamations orales ou écrites (65 pour 6 établissements), de retour des enquêtes de satisfaction (275 pour 6 établissements), de recours aux médiateurs médicaux ou non médicaux(6), de saisine de la commission de Conciliation et d'Indemnisation des Accidents Médicaux de la Guyane(2), de recours (18 recours dont 11 juridictionnels et 3 gracieux).

Il est constaté une augmentation des demandes de dossiers médicaux, qui sont passées de 193 en 2012 à 275 en 2013, pour l'ensemble des établissements.

La commission spécialisée des droits des usagers a 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 dans la majorité des rapports.

Ce constat est valable pour les centres délocalisés, de prévention et de soins et les services psychiatriques des deux centres hospitaliers, pour lesquels on ne dispose d'aucune information.

Analyse des pratiques des établissements

S'agissant des pratiques les rapports d'activité précisent :

- si l'ensemble des professionnels de santé et des personnels sont sensibilisés aux droits collectifs des usagers et par quel moyen : plusieurs dispositifs semblent mis en place dans les établissements ;
- les différents moyens mis à la disposition des usagers pour recueillir leurs observations (outils, permanence physique ou téléphonique...) et les modes d'expression (plaintes, réclamations (écrite ou orale), éloges (écrits ou oraux) exprimés auprès du personnel ou auprès de la direction de l'établissement ;
- si les établissements ont fait ou feront l'objet d'une certification ;
- si les événements indésirables, comptes rendu des instances (cellule qualité, CLIN, CRUQPC), résultats des enquêtes de satisfaction sont portés à la connaissance des cadres et personnel des services.

2) Respect des droits individuels des usagers

Dans cette partie, il s'agit d'examiner le mode de traitement des 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.

Comme l'année précédente l'examen des rapports d'activité fait apparaître que tous les établissements n'ont pas encore mis en place une procédure de gestion des plaintes, des demandes

de dossiers médicaux, un établissement s'inscrit dans cette démarche dans le cadre de la certification.

Il est relevé que deux établissements sur six, ont effectué une présentation succincte des motifs d'insatisfaction, de plainte par service, grande thématique (soins, accueil, manquement au secret professionnel...) et des résultats des enquêtes de satisfaction, mais sans aucune analyse.

Un effort est relevé au niveau des établissements privés, en ce qui concerne l'analyse (quantitative et /ou qualitative) des plaintes, réclamations, événements indésirables, questionnaires enquête de satisfaction et la proposition de mesures à mettre en œuvre pour améliorer la qualité du service, des soins, rendu aux usagers et le respect de leurs droits. Cela reste trop souvent dans le domaine des intentions.

Enfin, il convient de souligner que la majorité des établissements :

- se limitent aux questionnaires de sortie et enquêtes de satisfaction, n'analysent pas les motifs des dysfonctionnements soulevés dans les plaintes et réclamations ;
- ne font aucune proposition pour améliorer la qualité des services rendus aux usagers, se limitent à une présentation de résultats d'enquêtes ;
- ne font pas de suivi des mesures mises en œuvre par rapport aux préconisations prise l'année précédente, lorsqu'elles existent.

II - Bilan des préconisations 2013-2014 de la commission spécialisée des droits des usagers du système de santé et perspectives pour la période 2015-2016

En 2013 la Conférence Régionale de la santé et de l'Autonomie de l'ARS Guyane a fixé 18 orientations à la commission spécialisée des droits des usagers, toutes n'ont pas été réalisées, trois actions majeures seront présentées dans ce rapport :

- la sensibilisation des établissements médico-sociaux et sanitaires, aux droits des usagers, afin d'harmoniser et améliorer les rapports d'activité (*cf. Titre 1 relatif à l'évaluation du respect des droits des usagers dans les établissements de santé*) ;
- la sensibilisation des associations au respect des droits des usagers.
- La formation en 2014 des représentants des usagers œuvrant dans les instances de démocratie sanitaire.

Les autres actions sont retracées dans le tableau intitulé, bilan 2013-2014 et recommandations prioritaires pour la période 2014-2015.

1. Sensibilisation des établissements de santé et des associations sur le respect des droits des usagers

Bilan des rencontres avec les directeurs d'établissements médico-sociaux et sanitaires

A la demande de la Commission spécialisée des droits des usagers du système de santé(CSDUS), l'Agence régionale de santé, des séminaires se sont tenus en juin et septembre 2013 avec les directeurs des établissements sanitaires(ES) et des établissements et services médico-sociaux(ESMS). Il en est ressorti une grande mobilisation des établissements médico-sociaux et une faible participation des établissements sanitaires.

Aussi, en 2014 suite à la recommandation de la CRSA l'ARS a inscrit à l'ordre du jour des réunions de revue annuelle des CPOM des établissements sanitaires, le respect des droits des usagers, la formation des membres des CRUQPC et des professionnels de santé. Des indicateurs de suivi devront être intégrés aux contrats en 2015.

Sensibilisation des associations au respect des droits des usagers

Cette action a été mise en place au mois de décembre 2013 en partenariat avec le CISS Martinique. Et quatre réunions de sensibilisation et d'informations, tout public, ont été organisées sur trois sites différents du territoire.

2. Le bilan de la formation des représentants des usagers

Le rapport annuel 2013 de la Commission Spécialisée dans le Domaine du Droits des Usagers du Système de Santé (CSDUSS), a mis en exergue des difficultés quant à l'évaluation du respect des droits des usagers dans les établissements de santé.

En effet, la place minoritaire donnée au respect du droit des usagers et à l'information effective des patients ainsi que les remontées très peu nombreuses concernant les plaintes et réclamations sont des éléments qui ont incité les membres de la CSDUSS à travailler prioritairement sur l'aspect de l'information/formation.

Ainsi, l'ARS a signé en novembre 2013 une convention avec le Collectif Inter associatif sur la Santé (CISS) national afin d'assurer une formation des représentants des usagers en poste (cf. rapport 2013 de la CSDUSS).

Cette formation permettait de réaliser les recommandations faites par la CRSA :

- 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.
- Identifier et rencontrer les représentants des usagers des établissements de santé via une annonce dans les médias et des contacts téléphoniques (cf. tableau annexe 2)
- Proposer une formation des associations et ou membres de la CSDUSS sur les droits des usagers.

Focus sur la formation des représentants des usagers du CISS national

Comme suite aux réunions d'informations et de sensibilisation qui ont eues lieu en 2013 (Cayenne, Kourou et Saint-Laurent) à destination du grand public réalisées par le CISS Martinique, les représentants des usagers (CRUQPC, Conseil de surveillance des établissements sanitaire, groupe d'expression ou conseil de vie sociale, ...) se sont vus proposés une formation de deux jours en janvier 2014.

Les formations se sont déroulées les 27 et 28 janvier 2014 à Cayenne et les 30 et 31 janvier 2014 à Saint-Laurent. L'avocat écoutant sur la ligne Santé Infos Droits, maître Ludovic BEAUNE est intervenu pour le Collectif inter associatif sur la santé (CISS).

Ces formations correspondent à la volonté de la Commission Spécialisée sur le Droit des Usagers (CSDUS) de la CRSA de renforcer les compétences des représentants des usagers pour une meilleure qualité de leur représentation au sein des établissements et la défense du respect des droits des usagers et du patient.

Le nombre de participants est sensiblement identique dans les deux sessions puisqu'il a été recensé pour :

1^{er} jour : Cayenne : 19 personnes / Saint-Laurent : 16 personnes
2^e jour : Cayenne : 18 personnes / Saint-Laurent : 15 personnes

Ont également assisté à ces formations 2 membres de la Commission Spécialisée dans le Domaine des Droits des Usagers du Système de Santé.

Les réunions ont permis d'observer les difficultés suivantes :

- Les professionnels siégeant pour l'établissement sanitaire dans les Commissions de Relation avec les Usagers et de la Qualité de la Prise en Charge (CRUQPC) ne

connaissent pas la réglementation ou les procédures à tenir pour l'organisation et le fonctionnement effectif de cette commission.

- Une majorité de représentants des usagers désignés dans les établissements sanitaires ne participent pas ou très peu aux réunions correspondantes. Deux hypothèses de réponse peuvent être soulevées : manque de sensibilisation à la question du droit des usagers à cause d'un manque de formation / manque de disponibilité car acteurs trop sollicités.
- La formation proposée était peu adaptée à la réalité organisationnelle et aux difficultés rencontrées par les représentants des usagers des établissements médico-sociaux.
- Un public de provenance professionnelle diverse pose des difficultés quant au type d'outils utilisé par le formateur et à la compréhension de tous.
- Former les membres professionnels des établissements sanitaires de la CRUQPC.
- Former des professionnels de santé au droit des patients (voir avec l'ANFH).
- Créer d'un CISS Guyane pour informer, développer l'information et la formation des représentants des usagers actuels et futurs.
- Etablir une liste claire des associations agréementées en Guyane et continuer la sensibilisation sur la procédure d'agrément.

En conclusion,

La nécessité de la création d'un CISS en Guyane a été mise en exergue à plusieurs reprises notamment quant au besoin de formation et d'information sur le droit des patients qui est une des missions principales d'un CISS. Et, lors de sa dernière séance les membres de la CSDUSS ont acté la création d'un Collectif inter associatif sur la santé en Guyane comme étant une priorité pour l'année 2015.

2. Les perspectives pour la période 2015-2016

La commission spécialisée des droits des usagers réunie en séance le 23 mars 2015, tout en prenant acte des actions mises en œuvre a souhaité la reconduction des objectifs visant les représentants des usagers, notamment pour tenir compte du renouvellement des membres de la CRSA, intervenu fin 2014. Cette reconduction est renforcée au regard des constats dressés lors de l'analyse des rapports CVS et CRUQPC précités.

La commission recommande donc de traiter en priorité au cours de la période 2015-2016, les actions découlant des recommandations 2012 et 2013 de la CRSA, et des orientations de la Commission Nationale de la Santé (annexe 3). Ces recommandations s'appliquent aussi bien aux établissements médico-sociaux que sanitaires.

Les principales actions se déclinent comme suit :

- rencontrer les responsables des établissements sanitaires concernant l'élaboration du rapport CRUQPC, la formation de ces membres et du personnel hospitalier sur le droit des usagers ;
- demander à l'ARS de mettre en place l'informatisation des rapports CRUQPC ;
- demander à l'ARS d'intégrer les indicateurs de la CRUQPC sur le droit des usagers dans les Contrats Pluriannuels d'Objectifs et de Moyens (CPOM) et de les évaluer lors des réunions annuelles des revues des CPOM (notamment la procédure de gestion des plaintes et des dossiers médicaux) ;

- demander à l'ARS d'exploiter les données des évaluations internes et externes des établissements médico-sociaux portant sur le respect des droits des usagers ;
- demander aux établissements sanitaires (CHAR et CHOG) de faire ressortir les plaintes portant sur l'activité psychiatrique et les Centres de santé (CDPS).
- organiser une rencontre avec les représentants des usagers (ambulatoire, et sanitaire) ;
- reconduire les actions d'informations et de formations des représentants des usagers du système de santé ;
- mettre en place un CISS Guyane avec l'aide du CISS Martinique ;
- demander à la CSDUS de développer les 2 autres orientations du Cahier des charges portant sur l'accès à la santé pour tous et le renforcement de la démocratie sanitaire ;
- mettre en place le trophée des usagers visant à valoriser l'action des associations œuvrant en faveur des usagers.

ANNEXES

Annexe 1 : Synthèse des rapports CRUPC 2013 des établissements sanitaires

	CM St PAUL	CSG CI VERONIQUE	HAD GUYANE	CMCK	CHAR	CH F.JOLY	ATIRG
I RESPECT DES DROITS COLLECTIFS DES USAGERS							
Fonctionnement des CRUQPC des Etablissements							
Date de constitution	26/11/2009	12/06/2011	le 17/02/2011: les membres sont désignés pour 3 ans.	créée en novembre 2005	le 09 mars 2006	19 septembre 2007.	le 06 novembre 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.	Président (directrice établissement), 1 médiateur médical, 1 médiateur non médical, 4 représentants des usagers dont 2 ADAPEI (1 titulaire, 1 suppléant), 2 ASQUAL (1 titulaire, 1 suppléant), 1 responsable qualité.	non modifié depuis la mise à jour de 2011	Il existe une commission élargie (24 membres) et une commission réduite. Commission réduite: Président (directeur établissement) représentants usagers: 2, 1 médiateur médical (coordonateur de Sinnamary) +1 suppléant (coordonateur de Cayenne), 1 médiateur non médical (Cayenne) +1 suppléant (Cayenne); représentants des soins: 2 titulaires, 2 suppléants; représentant de la CME: 1 titulaire;	12 membres dont 3 représentants des usagers; manque un suppléant	composition (modifiée en 2012): président (Directrice des Relations des usagers et de la qualité) 1 médiateur médical et non médical, 2 représentants des usagers titulaires et 2 suppléants, un responsable de la qualité (vérifier si renouvellement des membres).	formation restreinte ou plénière: Présidente de la CRUQPC = le coordonnateur général des soins, 1 ingénieur qualité, Médecin médiateur: 1 titulaire, suppléant; pas de médiateur non médical, 1 membre de la CME, 2 Rep. du conseil de surveillance: 1 titulaire, 1 suppléante; 1 Rep. des usagers, suppléante, manque le titulaire; 1 Rep. Commission des Soins Infirmiers, 2 Rep. CTE: 1 titulaire, 1 suppléant, et toute personne qualifiée appartenant ou non à l'établissement sur des questions inscrites à l'ordre du jour.	composition: président (Directeur de l'ATIRG), représentants des usagers (deux patients dialysés), médiateur médical et un médiateur non médical et trois membres consultants ou experts. Renouvellement des membres a eu lieu le 12 décembre 2013.
Réunions et participation	1f en 2011; fréquence 1/trimestre	deux réunions en 2013	Prévision= au moins 3 réunions par an pour l'amélioration de la politique de la qualité et l'appris en charge; en fonction des besoins pour l'examen de plaintes. 3 réunions tenues en 2013 - Présence des membres : 25 % des personnes conviées (en raison de la distance entre les antennes)		3 réunions dont 2 participations représentant des usagers	5 réunions: les 19 février, 16 avril, 25 juin, 15 octobre et 17 décembre. Les thèmes abordés sont détaillés dans le rapport annuel. La participation du représentant des usagers n'est pas mentionnée.	6 réunions (le nombre de participants n'est pas indiqué)
Règlement Intérieur	26/11/2009 révisé le 30/11/2011	non modifié depuis la mise à jour de 2011	règlement intérieur mis en place: fixe la composition, les attributions, règles de fonctionnement de la commission, la formalisation des procédures des plaintes et réclamations, recours aux médiateurs, stratégie d'amélioration de la qualité de la prise en charge, règle de fonctionnement de la commission.	date de 2010 modifié le 18 septembre 2013.	Règlement Intérieur adopté le 09 mars 2006	RI mis en place décembre 2009, révisé en 2011, 2012 suite à la réorganisation des services et, validée par CRUPC le 20/10/2012. Prévoit la formation des représentants des usagers et des autres membres de la CRUPC	oui
existence de médiateur	1 médical, 1 non médical	1 médical, 1 non médical	1 médical, 1 non médical	1 médical, 1 non médical	2 Titulaires (1 médical, 1 non médical); 2 suppléants (1 médical, 1 non médical)	Médecin médiateur: 1 titulaire, suppléant; pas de médiateur non médical.	1 médical, 1 non médical
existence de représentants des usagers	OUI	OUI	2 RU	OUI	OUI vérifier si renouvellement	1 Représentante des usagers, suppléante, manque 1 titulaire;	OUI
II RESPECT DES DROITS COLLECTIFS DES USAGERS (suite)							
ORGANISATION							
Informations des usagers sur le fonctionnement	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	livret d'accueil éventuellement mis à jour chaque année (pas de modification en 2013)	Liste des membres de la CRUQPC, affichés; affichage également dans les antennes. Existence de la CRUPC figure dans le livret d'accueil. Les horaires de la permanence téléphonique figurent dans le livret d'accueil et le dossier restant au domicile du patient. une permanence d'accueil assuré par un professionnel membre de la CRUQPC sur chaque antenne d'Had Guyane. Consultation d'informations relatives à la CRUPC sur base documentaire informatisée de HADG.	livret d'accueil remis au patient, charte du patient hospitalisé affichée.	OUI par voie d'affichage, livret d'accueil, intervention radiophonique, distribution de formulaires de désignation de la personne digne de confiance (en différentes langues), stands sécurité des patients.	Le fonctionnement de la CRUPC figure dans le livret d'accueil, document mis à jour en 2013, sera diffusé en 2014. Information par voie d'affichage (circuit plainte/ réclamation, rôle médiateurs) à l'entrée de chacun des services d'hospitalisation; affiches informant existence CRUQPC, possibilité rencontrer représentant des usagers; renouvellement des affiches également prévu.	OUI dans le livret d'accueil dans lequel figure l'existence de la Commission des Relations des Usagers.
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 (après validation par la cruqpc) de l'analyse annuelle des questionnaires de satisfaction à tous les services, par le biais des responsables. réalisée par le service assurance qualité (SAC) et le COPIL (qualité-gestion des risques)	Oui lors des entretiens d'embauche; par le biais des PV de réunions présents dans toutes les antennes	destinataires du rapport annuel de la CRUQPC	oui, formation faite en 2012 uniquement, distribué de plaquettes CRU, présentation faite dans les instances.	Non précisée	oui le personnel médical et non médical est informé par note de service

I RESPECT DES DROITS COLLECTIFS DES USAGERS (suite)								
ORGANISATION								
	CM St PAUL	CSG CI VERONIQUE	HAD GUYANE	CMCK	CHAR	CH F.JOLY	ATIRG	
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	réalisée par le service assurance qualité(SAC) et le COPIL (qualité-gestion des risques)	Coordination avec les autres commissions par biais de compte rendus de réunion, diffusion par courriel; participation des RU dans la plupart des commissions de HAD; consultation des divers documents de la CRUPC auprès du président et de la secrétaire de la commission.	le responsable qualité et l'assistante de direction chargée du secrétariat sont invités aux réunions de la CRUQPC		Oui désignation par le Conseil de surveillance du représentant des usagers en Copil qualité et certifié en mai 2013.	Participation de représentants de la CRUQPC dans toutes les instances(p,9 rapport): Comité de Lutte contre les Infections Nosocomiales, Comité de Lutte contre la Douleur, Comité de Liaison Alimentation Nutrition, Comité de Vigilance et de Prévention des Risques, Comité de Pilotage de la Certification, Comité d'identité-vigilance, participation aux réunions, dans le cadre du renouvellement de la certification V2010 de la HAS. Les thèmes relatifs aux droits des patients et la CRUQPC sont détaillés dans le rapport.	OUI: CLIN de l'ATIRG, le Conseil d'Administration de l'ATIRG
Appréciation des pratiques à partir de l'analyse des sources d'information				pas d'évaluation		On note une augmentation des réclamations écrites: 42 en 2013, contre 33 en 2012. 12 demandes de recours gracieux et juridictionnel émanant de particuliers ont été reçues. Le service le plus concerné par les plaintes reste le SAU.	pas d'analyse en raison du faible nombre de réclamations, cependant toutes les demandes ont fait l'objet d'une réponse qui ont abouti à une amélioration,	
Les sources d'information	registres de réclamation et de satisfaction ,compte rendu de réunions(blue medie) livret d'accueil	8 réclamations écrites,2 réclamations orales,1lettre de remerciement.	Les courriers de plainte ou réclamation adressés au directeur de la structure ou au président de la commission; les réclamation orales faites auprès des cadres coordonnateurs, lors des permanences téléphonique ou physique(recueil sur un registre informatique) et les questionnaires de satisfaction.	plaintes et réclamations, lettres de remerciement.	les plaintes, les réclamations, recours gracieux et juridictionnels, la médiation, les enquêtes de satisfaction, les demandes d'accès aux dossiers médicaux	Registre des suggestions et des réclamations: chaque service de l'établissement dispose depuis 2013, d'un formulaire de plainte orale et écrite, courriers de plaintes et réclamations, questionnaires de satisfaction, Indicateurs de suivi.	réclamations orales, enquêtes de satisfaction	
Issues de l'expression des usagers	Oralement, courriers de réclamation; enquête de satisfaction	plaintes et réclamations, recours gracieux et juridictionnels, demandes de dossiers médicaux	Comptes rendus des réunions CRUQPC, questionnaires de satisfaction remis aux patients à leur admission; enquête de satisfaction, livre de recueil et suivi des plaintes. Recours gracieux et juridictionnel= sans objet en l'absence de plainte.	plaintes et réclamations, lettres de remerciement.	plaintes écrites, recours gracieux et juridictionnels, enquêtes de satisfaction	registre des plaintes orales et écrite, courriers de plaintes et réclamations, demandes de dossiers médicaux et questionnaires de satisfaction.	réclamations orales	
Issues de l'activité interne	certification, avis des instances	enquêtes de satisfaction et questionnaires de sortie	comptes rendus des réunions de la CRUQPC, les résultats des enquêtes de satisfaction, compte rendus des réunions d'autres commissions, suivi d'indicateurs qualité (exemple : Indicateurs Hygiène ...), les rapports d'activité des services et des commissions et les recueils de dysfonctionnements et événements indésirables (recueils, quantitatifs et qualitatifs, actions d'amélioration).	questionnaire de sortie remis à tous les patients, enquête Isatis mentionnée à l'ordre du jour de la réunion du 18 09 1013.	comptes rendus de réunions CRU, groupes de travail	Comptes rendus des réunions en lien avec la certification, traitement des questionnaires de satisfaction,	enquêtes de satisfaction ,	
Analyse des sources d'information:								
Analyse quantitative					oui	se limite aux questionnaires de satisfaction		
nb de réclamation ou plaintes	ND	8 réclamations écrites,2 réclamations orales,1lettre de remerciement. Entretien avec le chef de service pour les réclamations orales, retranscrit dans le registre des plaintes et réclamations.	Nombre de courriers reçus: 0; Nombre d'appels reçus à la permanence : aucun	13 plaintes enregistrées , 1 lettre de remerciements. Ce chiffre devrait être rapproché de celui du nombre d'entées (pourcentage de plaintes?)(afin de pouvoir faire des comparaisons d'un établissement à l'autre, et pour le même établissement d'une année à l'autre). 18 contentieux sont encourus dont 11 recours juridictionnels et 3 recours gracieux.	On note une augmentation des réclamations écrites: 42 en 2013, contre 33 en 2012. 12 demandes de recours gracieux et juridictionnel émanant de particuliers ont été reçues. Le service le plus concerné par les plaintes reste le SAU.	non précisé mais une analyse des supports d'écoute des patients a été réalisée et il y a eu 2 dossiers passés en CRCL	les modalités de remise de bilans mensuels aux patients, dysfonctionnement des TV individuels, composition des petits déjeuners, respect des horaires par les ambulanciers...	
Nb de questionnaire de satisfaction	ND		Pour 296 admissions 46 questionnaires renseignés, dont 19 par un tiers;	non précisé		229 questionnaires de satisfaction de patients hospitalisés, aucune précision concernant le nombre total d'admission,	OUI	
Analyse quantitative de la médiation	ND	1 entretien de médiation effectué par le directeur, président de la CRUCQPC.	0	ne figure pas dans le rapport	5 dossiers ont fait l'objet d'une médiation médicale mais pour quelle année ??? 2012 - 2013???	non précisé	Il n'y a pas eu de proposition de médiation ni d'entretiens de médiation	
nb de saisine des médiateurs	ND	les 3 autres propositions de médiation sont restées sans suite?	0	non précisé		5 demande d'entretien ou de médiation.	0	

	CM St PAUL	CSG CI VERONIQUE	HAD GUYANE	CMCK	CHAR	CH F.JOY	ATIRG
Analyse quantitative des demandes afférentes aux dossiers médicaux	ND	14 demandes de communication de dossiers médicaux, 10 dossiers transmis, 1 dossier non retrouvé, 3 dossiers concernant des patients non connus de l'établissement, 4 dossiers non transmis	0	70 demandes de dossiers médicaux en 2013	En 2013, 167 demandes ont été faites dont 94 ont été remis et aucun dossier n'a été transmis, 13 dossiers n'ont pas été récupérés par le demandeur et 14 dossiers pour lesquels il manquait la pièce d'identité. Le délai entre la demande et l'accès au dossier est de 40 jours,	24 concernant des dossiers de 2012 dont 2 dossiers passés en CRCI (les chiffres ne sont pas toujours cohérents (rap. p.18))	aucune demande afférente aux dossiers médicaux.
Droits et à la protection des personnes faisant l'objet de soins psychiatriques et aux modalités de leur prise en charge							
hospitalisation des mineurs en psychiatrie générale	NON CONCERNE	NON CONCERNE	NON CONCERNE	NON CONCERNE	non précisé	non précisé	NON CONCERNE
Accès aux droits des patients en situation précaire	NON CONCERNE	NON CONCERNE	NON CONCERNE	NON CONCERNE	non précisé	non précisé	NON CONCERNE
Analyse qualitative:					NON PRECISEE		OUI
Analyse qualitative des sources d'information	ND	6 motifs d'insatisfaction : vols, locaux et équipements vétustes, résultat d'une intervention chirurgicale ; information médicale, qualité de l'accueil, manquement au secret professionnel. information médicale, qualité de l'accueil, manquement au secret professionnel	Toutes les informations issues des différentes sources sont étudiées par les cadres, le responsable qualité.	nature des dysfonctionnements à l'origine des plaintes analysés trop succinctement pour donner lieu à des commentaires	OUI	Si différentes procédures sont prévues (questionnaires de satisfaction, analyse effectuée par le responsable qualité; les courriers relatifs au domaine médical et les demandes d'accès aux dossiers médicaux sont traités par le médiateur médical, les autres plaintes sont traitées par un médiateur non médical) aucune analyse des plaintes ne figure dans le rapport et l'entité responsable de l'analyse des supports d'écoute des patients n'est pas précisé.	OUI, les réclamations orales ont fait l'objet d'une réponse et ont abouti à des améliorations. Amélioration des conditions de prise en charge des patients suite aux réclamations.
à partir des sources issues de l'expression des usagers	ND	Pour les vols l'utilisateur a-t-il été indemnisé (assurance de l'établissement)?	Analyse de 46 questionnaires par le service qualité, qui portaient sur les conditions d'accueil, admission des patients par les services administratifs, les soignants et médecins (informations données lors des pré-admission sur l'hospitalisation et les droits du patient, formalités administratives, l'accueil), la qualité des soins et des relations avec l'ensemble du personnel et la préparation de la sortie de l'HAD. Il ressort de l'analyse des données, une satisfaction générale des personnes ayant renseigné le questionnaire. Cependant, il faut souligner l'existence de remarques importantes relatives à la prise en charge globale des patients par d'autres intervenants, professionnels de santé ou non (matériel médical, délai d'intervention du kiné trop long, insuffisance de l'aide de l'assistante sociale, le manque de transmission entre les équipes et de temps consacré par les paramédicaux. A noter le rôle important du médecin coordonnateur et l'absence de passage du médecin traitant.	pas d'analyse des questionnaires de sortie	16 réclamations faites sur la qualité des soins et défaut de surveillance, 08 sur la relation avec le médecin et la communication, 05 sur l'attente, 03 sur le dossier médical, 02 sur la prise en compte de la famille. 2 courriers de remerciement ont été retrouvés. 2 tribunes élogieuses de France Guyane.	L'établissement a exploité les questionnaires de satisfaction dont le faible nombre de retour (229) ne reflète pas la réalité des hospitalisations. Il y a en outre juste un relevé des suggestions des patients et de leurs familles.	les modalités de remise de bilans mensuels aux patients, dysfonctionnement des TV individuelles, composition des petits déjeuners, respect des horaires par les ambulanciers...
à partir des sources issues de l'activité interne de l'établissement		cf. annexe 3: bilan des questionnaires de sortie	Aucune mention		bilan des signalements indésirables, rapport de certification V2010 (depuis janvier 2014), indicateurs Scope santé, bilan 2013 des libertés individuelles en psychiatrie, enquête dignité et intimité des patients,	Non développé	OUI
Analyse qualitative des demandes et réclamations afférentes aux dossiers médicaux	ND	motifs invoqués : obtenir des renseignements médicaux, transmettre le dossier au médecin traitant et absence de motif déclaré (NB: la demande doit-elle être motivée?)	est prévue dans le règlement intérieur	les motifs de demande sont analysés, mais celles-ci doivent-elles être motivées?	OUI	Non développé	Prise en charge des fistules artérioveineuses par les IDE

	CM St PAUL		HAD GUYANE	CMCK	CHAR	CH F.JOLY	ATRIG
Appréciation des pratiques de l'établissement :	rapport non fourni	la clinique est lancée dans une démarche d'amélioration continue de la qualité du service rendu aux usagers et le respect de leurs droits.	Même si l'établissement déclare ne pas avoir enregistré de plaintes, 1 dossier a été examiné en 2013 en collaboration avec la commission éthique. Il existe une procédure pour traiter les informations, accueillir les usagers, mettre en place des médiations, gérer les événements indésirables, analyser la qualité de la communication. Délais de traitement des plaintes, prévu : entre 15 et 30 jours,	présentation chiffrée, succincte des motifs de plaintes, réclamations, lettre de remerciement, demandes de communication des dossiers médicaux.	1	les thèmes abordés lors des 5 réunions de la CRUQPC montrent que l'établissement met l'accent sur la certification, les droits des usagers (analyse des points d'insatisfaction à partir des questionnaires), la rédaction de procédures (accès aux dossiers médicaux, gestion des plaintes) et la sécurité des patients. Cependant tout cela ne transparaît pas dans le rapport.	
Propositions	Rapport non fourni	pour 2013 14 propositions mises en place ou en cours avec en particulier; poursuite de la démarche de certification V2011, avec étude du manuel. pas d'évaluation : l'analyse faite par le service qualité et la direction ne figure pas au rapport.	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.	AUCUNE PROPOSITION	L'établissement a fait de nouvelles préconisations sur différents axes de travail: l'accès et la qualité du dossier patient, la gestion des recours gracieux, le livret d'accueil, questionnaires de sortie et les enquêtes de satisfaction (mise à jour), l'application de la Loi du 05 juillet 2011 relative aux hospitalisations sous contrainte, renforcer le dispositif PASS, la bien traitance et droits des patients.	Revoir le cadre et les modalités d'accueil ainsi que la mise en place d'une stratégie de gestion des flux de patients. Cela se traduit par 8 projets d'actions pour 2014 (page 18 du rapport) articulés autour de 4 grandes thématiques: le questionnaire de sortie, la réflexion des chambres, la mise à jour du livret d'accueil, la révision de la politique d'évaluation de la satisfaction des usagers.	Remises des bilans par le médecin référent de la structure, élaboration d'un tableau récapitulatif concernant la topographie et la qualité des fistules artérioveineuses à disposition des IDE dans le cahier de transmission, intervention urgente de la société d'installation des TV, organisation d'une réunion avec le prestataire externe des petits déjeuners, transmission d'un courrier relatif au respect des horaires à l'ensemble des sociétés d'ambulance, intervention du prestataire externe d'informatique pour l'installation du réseau WIFI à l'attention des patients.
Évaluation de l'impact des mesures prises							
	ND	pas d'évaluation : l'analyse faite par le service qualité et la direction ne figure pas au rapport.	prévu par l'élaboration de procédures, tableaux de bord	pas d'évaluation résultats de l'enquête Isatis et bilan des questionnaires de sortie à l'ordre du jour de la réunion de la CRUQPC du 18 09 2013 ne figurent pas au rapport annuel		Pas d'indicateur de suivi des mesures, notamment prenant en compte les doléances des usagers.	Amélioration des conditions de prise en charge des patients suite aux réclamations.
II RESPECT DES DROITS INDIVIDUELS DES USAGERS							
Analyse des plaintes, réclamations, éloges	ND		Cela est prévu		OUI	OUI	OUI
procédure de gestion des plaintes	Rapport non fourni	plaintes orales recensées dans un registre; plaintes écrites archivées après réponse; suivi par assistante de direction	elle est définie	le médecin médiateur intervient à la demande du directeur lorsque les doléances sont de nature médicales (pas d'autres précisions)	Non précisée	OUI et ce point a été évoqué dans toutes les réunions de la CRUPC	OUI
analyse quantitative des plaintes, réclamations, éloges	ND	ne figure pas dans le rapport		13 plaintes enregistrées, 1 lettre de remerciements nature des dysfonctionnements à l'origine des plaintes analysés trop succinctement pour donner lieu à des commentaires	OUI	Se limite aux questionnaires de satisfaction	OUI
analyse de l'accessibilité au dossier médical	ND	non analysée		le médecin médiateur intervient à la demande du directeur lorsque les doléances sont de nature médicales	OUI Une procédure Qualité d'accès au dossier médical a été validée en 2010: vérifier sa mise en place.	non fait dans le rapport.	NON PRECISEE
dysfonctionnement à l'origine des plaintes	ND	voir ci-dessus, ligne 26.		9 concernent la qualité des soins, 2 la sécurité des biens et personnes (vols?) les 3 autres devraient être précisés...	16 réclamations faites sur la qualité des soins et défaut de surveillance, 08 sur la relation avec le médecin et la communication,	non fait dans le rapport.	NON PRECISEE
Prise en compte des préconisations de l'année précédentes	ND	préconisations de l'année 2012 non connues	OUI	pas de préconisation	oui selon l'établissement Difficile à vérifier le rapport de 2012 ayant été communiqué en 2014 avec celui de 2013.	Aucune référence n'est faite aux priorités de l'année 2012	NON PRECISEE
Prise en compte des motifs des plaintes, réclamations dans les préconisations de l'année n+1	ND	oui semble-t-il		non mentionnés	OUI mais vérifier la mise en œuvre	prise en compte partielle des suggestions des patients et familles qui se sont exprimés,	NON PRECISEE

Annexe 2 : Liste des représentants des usagers du système de santé

LISTE DES REPRESENTANTS DES USAGERS DU SYSTÈME DE SANTE EN REGION GUYANE (09/04/2015)						
INSTANCES	OBJET DE L'INSTANCE	TEXTES DE REFERENCE	COMPOSITION	SITUATION ACTUELLE		MODE DE DESIGNATION
CRUQPC	<p>Veille au respect des droits des usagers et facilite leurs démarches (information sur les voies de recours et de conciliation):</p> <ul style="list-style-type: none"> -Examen des réclamations des usagers -Avis et propositions contribuant à l'amélioration de la politique d'accueil et de prise en charge des usagers -Elaboration d'un rapport annuel sur les pratiques de l'établissement et les mesures adoptées concernant les droits des usagers et la qualité de l'accueil et de la prise en charge <p>Réunion 1 fois par trimestre au minimum</p>	<p>Art. L1112-3 du Code de la Santé Publique (CSP) Art. R1112-79 à R1112-94 CSP</p>	<p>4 membres et un président, représentant légal de l'établissement :</p> <ul style="list-style-type: none"> -1 médiateur médecin -1 médiateur non médecin -2 RU <p>peut être complété par le président de la CME, un représentant de la commission des soins infirmiers, un représentant du personnel, un représentant du CS. Pour chaque membre de la commission, un suppléant est nommé.</p> <p>Mandat: 3 ans renouvelable</p>	CHAR	Titulaire M Yves BHAGOOA(AGDOC)/Suppléante Mme Christiane Bastée Titulaire Mme Renée Bac/Suppléant M Gilbert CHONG SIT(ANAPEI)	
				CHOG	Titulaire =Mme Adeline PIERRE LOUIS en attente de désignation/Suppléante, Mme Nicole SMOCK; manque 1 titulaire , 1 suppléant	
				CMCK	titulaires: Mme LAFAILLE (CSF Guyane) et Mme ICARE (UDAF Guyane)/ Suppléants: JEAN-BAPTISTE EDOUARD(CSFM), UDAF, manque 1 suppléant.	
				Clinique Véronique 28,10,10	titulaire=2: Mme ICARE(UDAF) manque 1/suppléants: CASTOR-NEWTON Marie Josiane manque 1	
				Clinique Saint-Paul	Mme THOMAS, AS-GUAL	
				HAD	Cecilia DOS SANTOS(Chrétiens et sida) / Remy DICKENS	
				ATIRG	2 RU(demander les noms, titulaires et suppléants)	
				Maison de repos des cascades	A cessé son activité	
Conseils de surveillance des établissements publics de santé (CS EPS)	<p>Se prononce sur la stratégie et exerce le contrôle permanent de la gestion de l'établissement:</p> <ul style="list-style-type: none"> -Délibérations sur le projet d'établissement, le compte financier, rapport annuel d'activité -Avis sur la politique d'amélioration continue de la qualité, de la sécurité et de la gestion des risques et des conditions d'accueil et de prise en charge des usagers, sur le règlement intérieur,... <p>Réunion 4 fois par an minimum</p>	<p>Art. L6143-1 à L6143-6 CSP Art. R6143-1 à R6143-16 CSP</p>	<p>15 membres et un président, élu parmi les représentants des CT ou les personnes qualifiées:</p> <ul style="list-style-type: none"> -représentants des CT (dont maire de la commune et président du CG) -représentant du personnel (CME, comité technique d'établissement, commission des soins infirmiers) -personnes qualifiées (dont RU) <p>Mandat: 5 ans / Pas de suppléant</p>	CHAR	AGDOC, M. BHAGOOA UNAPEI, M.CHONG-SIT	
				CHOG	Sandrine LOUISET, INPACT Nicole SMOCK(ADEPEP), Claudia KAMAYARE	
				CMCK	CSF Guyane, Mme LAFAILLE/M. JEAN-BAPTISTE EDOUARD UDAF Guyane, Mme ICARE	
				HAD	instance non obligatoire pour les établissements privés	
				Clinique Véronique	instance non obligatoire pour les établissements privés	
				Clinique Saint-Paul	instance non obligatoire pour les établissements privés	
ATIRG	BADET Vedite / PARDONIPADE Simone					
Conseil d'administration de la CGSS (CA CGSS)	<p>Sur proposition du directeur de la CGSS:</p> <ul style="list-style-type: none"> -Détermine les orientations du contrat pluriannuel de gestion, les objectifs poursuivis pour améliorer la qualité des services rendus à l'usager: axes 		<p>25 membres et un président élus par le conseil en son sein:</p> <ul style="list-style-type: none"> -8 représentants des assurés sociaux -8 représentants des employeurs -2 représentants de la mutualité française -4 représentants d'institutions intervenant dans le domaine de l'assurance maladie -1 personne qualifiée (RU en général) 		1 RUMme George HABRAN-MERY (ADAPEI)	

INSTANCES	OBJET DE L'INSTANCE	TEXTES DE REFERENCE	COMPOSITION	SITUATION ACTUELLE	MODE DE DESIGNATION
Commission départementale des soins psychiatriques	Compétences de la CDSP : - elle est informée de toute décision (autre que judiciaire) d'admission en soins sans consentement, de tout renouvellement de cette décision et de toute décision mettant fin à ces soins ; - elle reçoit les réclamations des personnes faisant l'objet de soins sans consentement ou celles de leur conseil et examine leur situation ; - elle examine, en tant que de besoin, la situation des personnes faisant l'objet de soins sans consentement, et, obligatoirement, celle de toutes les personnes dont l'admission a été prononcée par le directeur d'établissement pour péril imminent ou dont les soins se prolongent au-delà d'une durée d'un an ; - elle saisit, en tant que de besoin, le préfet ou le procureur de la République de la situation des personnes qui font l'objet de soins sans consentement ; - elle visite les établissements, vérifie les informations figurant sur le registre que doivent tenir les établissements et s'assure que toutes les mentions prescrites par la loi y sont portées ; - elle adresse, chaque année, son rapport d'activité au juge des libertés et de la détention compétent dans son ressort, au préfet, au directeur général de l'agence régionale de santé, au procureur de la République et au Contrôleur général des lieux de privation de liberté ; - elle peut proposer au juge des libertés et de la détention du tribunal de grande instance dans le ressort duquel se situe l'établissement d'accueil d'une personne admise en soins sans consentement d'ordonner la levée de la mesure de soins psychiatriques dont cette personne fait l'objet ; - elle statue sur les modalités d'accès de toute personne admise en soins sans consentement aux informations concernant sa santé détenues, à quelque titre que ce soit, par des professionnels et établissements de santé, qui sont formalisées ou ont fait l'objet d'échanges écrits entre professionnels de santé, notamment des résultats d'examen, comptes rendus de consultation, d'intervention, d'exploration ou d'hospitalisation, des protocoles et prescriptions thérapeutiques mis en œuvre, feuilles de surveillance, correspondances entre professionnels de santé, à l'exception des informations mentionnant qu'elles ont été recueillies auprès de tiers n'intervenant pas dans la prise en charge thérapeutique ou concernant un tel tiers.	Art. L3222-5, L3223-1 et L3223-2 CSP Art. R3223-1 et R3223-11 CSP	6 membres et un président élu chaque année au sein de la commission: -2 psychiatres -1 magistrat -1 médecin généraliste -2 RU Mandat: 3 ans renouvelable / pas de suppléant	2 RU - Mme Anna GOARANT (UNAFAM) - M. Argentin COTREBIL (ADAPEI)	Arrêté préfectoral
Conseil de surveillance de l'ARS (CS ARS)		Art. L1432-3 CSP Art. D1432-15 à D1432-27 CSP	25 membres et leurs suppléants (sauf pour représentant de l'Etat et personnes qualifiées): -représentants de l'Etat dans la Région -3 représentants de l'Etat -10 membres des conseils des organismes locaux d'assurance maladie -4 représentants des CT -3 RU -4 personnes qualifiées Mandat: 4 ans, renouvelable une fois	Actuellement en poste au CS ARS: représentants des associations de patients : titulaire, Mme Anna GOARANT, Présidente de l'UNAFAM/ suppléante, Mme Mauricette JOUBERT; représentants des associations des personnes handicapées :Titulaire : Mme Roseline ROY-JADFARD, ATIPA AUTISME/Suppléante : Mme Maryline JADFARD ATIPA AUTISME -représentant d'une association des personnes âgées: en attente de constitution du CODERPA.	
Conférence Régionale de la Santé et de l'Autonomie (CRSA)		Art. L1432-4 CSP Art. L1434-16 CSP Art. D1432-28 à D1432-53 CSP	100 membres (max) avec suppléants de 8 collèges : -des CT -des usagers de services de santé ou médico-social -des partenaires sociaux -des offreurs de santé -des acteurs de la prévention et de l'EPS -des organismes de la cohésion et de la protection sociale -personnes qualifiées -des conférences de territoire (inexistant en Guyane) Mandat: 4 ans, renouvelable une fois	Actuellement en poste à la CRSA: -représentants des associations des usagers agréés: titulaire Mme Elise ARMOUDON-FLERET/suppl. Mme Sylviane Line FRAUMAR. Tit. M Guy FREDERIC/suppl. Mme Carole FANSONNA; (UNAFAM) Tit. Mme Anna GOARANT/suppl. Mme Mauricette JOUBERT; Tit. Mme Christiane KONG/Suppl. Mme Fany GRAS; Représentants associations de retraités et personnes âgées= en attente; Représentants personnes handicapées: (GMN)Titulaire: Mme Christine MATHURIN/Suppl. M E.BRIVAL;Tit .. Mme Roselyne ROY-JADFARD/suppl. Mme Marilyne JADFARD. tit.Mme Stéphanie PREVOT/suppl.. Mme Valérie Edouard	
Commission régionale de conciliation et d'indemnisation des accidents médicaux (CRCI)			20 membres et un président: RU (6) représentants professionnels de santé représentants des établissements publics et privés de santé représentants de représentants des entreprises régies par le code des assurances personnes qualifiées dans la réparation des préjudices corporels	(AAV)Association d'aide aux victimes : Tit. Mme Gaëtane MANDE/suppl. Guy-Albert CASTRIEN; UDAF: Tit.Mme Sarah ICARE/suppl. Mme Marie-Josiane CASTOR-NEWTON; -ADAPEI: Tit. Mme Rachel COTREBIL /suppl. Mme Arlette SMITH; ENTRAID Guyane: non représentée. Comité départemental de la ligue nationale contre le cancer: non représenté. - APAJ: Tit. Mme Adeline PIERRE-LOUIS/suppl. non désigné;	

Adaptation de la fiche thématique du CISS n°41 - Où siègent les représentants des usagers du système de santé? - 2011

Annexe 3 : Bilan 2014 et recommandations prioritaires de la CRSA (CSDUS et Plénière)

Séance Plénière CRSA 21 avril 2015									
Thématique	Recommandations	SECTEUR			Bilan	Faisabilité	Faisabilité	Thématique	Observations
		Sanitaire	Médico social	Ambulatoire					
1/ Recommandations de la CRSA									
ID	Identifier et recenser les représentants des usagers en région Guyane	X	X		X	X		*	actualisation de la liste 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		*	rencontrer les chefs d'établissements sanitaire à nouveau (date à définir).
	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		*	Action réalisée en janvier 2014 et à reconduire en 2015 suite au renouvellement des membres de la CRSA.
SENSIBILISATION ET INFORMATION SUR LES OBLIGATIONS A TENIR	Sensibiliser les établissements à la problématique des droits des usagers (directeurs d'établissements et membres de CA).	X	X		X	X	x	*	Action effectuée par l'ARS auprès des établissements sanitaires lors de la revue des CPOM. A reconduire en 2015 et fixer des indicateurs
	Demander à l'ARS d'intégrer les indicateurs de la CRUQPC dans les CPOM pour les évaluer annuellement	X			X	X	x	*	A travailler lors des revues des CPOM
	Demander à l'ARS d'exploiter les données des évaluations internes et externes des ESMS portant sur le droit des usagers		X			X	X		Proposition à faire lors du séminaire des ESMS en mai 2015
	Mettre en place l'informatisation des rapports CRUQPC							*	A travailler en interne à l'ARS avec le service informatique puis avec les établissements
	Rencontrer l'ensemble des représentants des usagers, à l'occasion d'un séminaire portant sur le droit des usagers et le rôle de	X	X	x		X		*	Le renouvellement de la CRSA étant intervenu en novembre 2014 cette action sera mise en place en 2015 lors du dialogue de gestion avec les EMS.
	Valoriser et encourager les établissements qui entreprennent une démarche de respect des droits des usagers.	X	X		x	X			Sensibilisation des responsables d'établissements sanitaires sur les droits des usagers lors de la revue des CPOM. A reconduire en 2015 pour tous les établissements, mettre en place le trophée des usagers.
	Améliorer la formalisation des comptes rendus ou relevés de décisions et leur suivi administratif.		X		x	X		*	A renouveler en 2015, vu le faible nombre de rapport transmis en 2014. Action prévue le 23 avril 2015 pour les EMS, lors
	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	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		x	X		*	A renouveler en 2015
	Rappeler l'obligation aux établissements (hôpitaux surtout) le recensement des associations agréés ou pas qui interviennent dans leurs structures.	X	X			X		*	rencontre avec les responsables des Ets sanitaires en 2015 (date à définir)
	Rappeler aux associations sous la forme d'une lettre d'information, les formalités à accomplir pour être agréé.	X	X		X	X		*	A renouveler en 2015
	Inviter l'ARS à intégrer les indicateurs de la CRUQPC dans les CPOM pour les évaluer annuellement.	X			X	X	X	*	A travailler lors des revues des CPOM
	Inviter l'ARS à exploiter les données des évaluations internes et externes des ESMS pour les évaluer		X			X	X		Proposition à faire lors du séminaire des ESMS en mai 2015
	Inviter les représentants siégeant dans les CRUQCS et dans les CVS à travailler avec la commission spécialisée.	x	x			X		*	Planifier des rencontres avec les représentants des usagers des CRUQPC et CVS. Appel à volontariat pour la création d'un CISS en Guyane
	Renforcer et préserver l'accès à la santé pour tous					X	x		*
Renforcer la démocratie sanitaire		X	X	X	X	x	x	*	Créer un CISS en Guyane
		X	X	X		x	x		Mettre en place le trophée des usagers pour valoriser les actions en direction des usagers
		X	X	X	X	x		*	Organisation de débat public en 2014" autour de la grossesse parlons santé"; volet à développer dans le rapport de 2015 (lancement d'appels à projets en 2015).

Annexe 3: Recommandations du Ministère du travail de l'emploi et de la santé - nouveau cahier des charges

2/ recommandations du ministère de travail de l'emploi et de la santé-nouveau cahier des charges

Recommandations	Indicateurs /données à recueillir	Bilan 2014	Faisabilité pour le rapport 2015	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	X		*	Faire un point avec les responsables d'établissements sanitaires pour améliorer la démarche, lors de la revue des CPOM. Mettre en place des indicateurs de suivi et d'évaluation. Actions prioritaires : organiser avec les établissements la formation des personnels hospitaliers, portant sur les droits des usagers; information des rapports à mettre en place en 2015
	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	X		*	Rencontre de l'ARS avec les responsables d'EMS pour améliorer la démarche: action à renouveler en 2015. Actions de sensibilisation et de formation des personnels des EMS prévues en 2015 avec le CISS Martinique et un autre prestataire (appel à projets en cours)
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	Mise en place de la commission en décembre 2013. 3 réunions se sont tenues en 2014 avec un taux de participation de 100% des représentants des usagers. Le rapport d'activité a été transmis à l'ARS,
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 (référence 14 de la V2010 HAS)	X				Evaluation effectuée à partir des rapports CRUQPC. Le nombre de dossiers médicaux est en progression mais il n'y a pas de réclamation concernant l'accès aux dossiers,
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)			X	*	A'évaluer en 2015 avec la cellule contrôle et inspection de l'ARS.

