

RAPPORT 2015

SUR LE RESPECT DES DROITS

DES USAGERS DU SYSTEME DE SANTE

(Elaboré à partir des données de l'année 2014)

**Validé par la Commission permanente de la CSA
réunie en date du :**

SOMMAIRE

Introduction	page 4
I – Orientation 1 : promouvoir et faire respecter les droits des usagers	page 5
1. Former les professionnels de la santé sur le respect des droits des usagers	page 5
Dans le domaine ambulatoire.	page 5
Dans le domaine hospitalier.....	page 5
Dans le domaine médico-social.....	page 5
2. Rendre effectif le processus d'évaluation du respect des droits des usagers.....	page 6
Dans le domaine ambulatoire.....	page 6
Dans le domaine hospitalier.....	page 7
Dans le domaine médico-social.....	page 9
3. Droit au respect de la dignité de la personne - Promouvoir la bientraitance.....	page 10
Dans le domaine ambulatoire.....	page 10
Dans le domaine hospitalier.....	page 10
Dans le domaine médico-social.....	page 11
4. Droit au respect de la dignité de la personne - Prendre en charge la douleur.....	page 12
Dans le domaine ambulatoire.....	page 12
Dans le domaine hospitalier.....	page 12
Dans le domaine médico-social.....	page 13
5. Droit au respect de la dignité de la personne – Encourager les usagers à rédiger des directives anticipées relatives aux conditions de leur fin de vie... ..	page 13
Dans le domaine ambulatoire.....	page 13
Dans le domaine hospitalier.....	page 14
Dans le domaine médico-social.....	page 15
6. Droit à l'information – Permettre l'accès au dossier médical	page 15
Dans le domaine ambulatoire.....	page 15
Dans le domaine hospitalier.....	page 15
Dans le domaine médico-social.....	page 18
7. Assurer la scolarisation des enfants handicapés en milieu ordinaire ou adapté.....	page 18
8. Droits des personnes détenues – Assurer l'accès aux soins.....	page 18
9. Santé mentale - Veiller au bon fonctionnement des commissions départementales de soins psychiatriques.....	page 19
Bilan des rapports 2014 des CRUQPC.....	page 20
Synthèse des résultats de l'enquête usagers du secteur sanitaire.....	page 27

II - Orientation 2 : renforcer et préserver l'accès à la santé pour tous..... page 29

- 10. Assurer l'accès aux professionnels de santé libéraux..... page 29
- 11. Assurer financièrement l'accès aux soins..... page 29
- 12. Assurer l'accès aux structures de prévention..... page 30
- 13. Réduire des inégalités d'accès à la prévention, aux soins et à la prise en charge médico-sociale sur tous les territoires..... page 31

III - Orientation 3 : conforter la représentation des usagers du système de santé..... Page 33

- 14. Former les représentants des usagers siégeant dans les instances du système de santé..... page 33

IV - Orientation 4 : renforcer la démocratie sanitaire..... page 34

- 15. Garantir la participation des représentants des usagers et des autres acteurs du système de santé dans les conférences régionales de la santé et de l'autonomie et les conférences de territoire..... page 34

V- Rappel des recommandations émises par la CSA dans son rapport 2014 sur le respect des droits des usagers du système de santé..... page 35

VI – Actions d'amélioration mises en œuvre en 2014 ou en cours..... page 37

VII Actions prévues au programme 2015..... page 38

Conclusion page 39

Annexes..... page 40

- Annexe 1 : Liste des membres de la commission Droits des usagers..... page 41
- Annexe 2 : Qualité des membres de la CRUQPC..... page 43
- Annexe 3 : Participation des représentants des usagers et autres acteurs du système de santé..... page 44
- Annexe 4 : Liste des sigles..... page 49

Introduction

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

L'arrêté du 5 avril 2012 portant cahier des charges relatif à l'élaboration du rapport de la conférence de la santé et de l'autonomie sur les droits des usagers précise que le rapport est élaboré en fonction des orientations suivantes : Promouvoir et faire respecter les droits des usagers ; Renforcer et préserver l'accès à la santé pour tous ; Conforter la représentation des usagers du système de santé ; Renforcer la démocratie sanitaire.

Le rapport 2015 sur le respect des droits des usagers se veut une présentation de la situation du système de santé de la région Guadeloupe au regard des orientations retenues par l'arrêté du 5 avril 2012 traduits en objectifs et déclinés en indicateurs. Il précise les actions mises en place dans notre région par domaine d'activité pour répondre aux attendus.

Pour accroître son implication dans l'amélioration de la connaissance et du respect des droits des usagers de Guadeloupe, la commission usagers avait inscrit dans son programme, la réalisation de plusieurs actions concrètes :

- Mettre en place des formations à destination des représentants d'usagers ;
- Organiser un débat annuel sur un thème relatif aux droits des usagers ;
- Développer les rencontres entre les membres de la commission et les usagers des structures sanitaire et médico-sociale ;
- Réaliser une enquête de satisfaction auprès d'un échantillon représentatif d'usagers des 22 établissements sanitaires de la région, une première en Guadeloupe.

Cette enquête avait pour objectif de mesurer le niveau de satisfaction des usagers à partir d'un certain nombre de critères et d'évaluer la convergence entre la perception de la qualité du point de vue de l'utilisateur et celle relayée par les données fournies dans les rapports annuels des CRUQPC des établissements sanitaires. Cet objectif allait de paire avec la volonté croissante de placer l'utilisateur au cœur du dispositif de santé.

Force est de constater qu'en Guadeloupe, les patients se déclarent majoritairement satisfaits de leur prise en charge aussi bien dans les établissements publics que privés. La perception est tout autre si l'on se réfère aux niveaux de certification prononcés par la Haute Autorité de santé qui évalue la qualité attendue et non la qualité perçue.

Fort de ce constat, la commission usagers prévoit d'accentuer son action en faveur de l'information des usagers afin de leur permettre d'accroître leur niveau de connaissance de l'ensemble leurs droits.

I – Orientation 1 : Promouvoir et faire respecter les droits des usagers

1. Former les professionnels de la santé sur le respect des droits des usagers

Indicateurs / Données à recueillir :

- *Thèmes de formations suivis par les professionnels (douleur, fin de vie, fonctionnement des CRU et des CVS, etc.)*
 - *Couverture des formations par professions de santé*
 - *Couverture des formations par couverture géographique*
- *Nombre de formations proposées et réalisées ;*
- *Nombre de personnes formées*

Dans le domaine ambulatoire :

Deux Enseignements post universitaires (EPU) sur la prise en charge du Chikungunya réalisés par l'union régionale des professionnels de santé (URPS) des médecins libéraux.

Pour l'URPS chirurgien dentiste, une formation sur la conduite à tenir face à un cas suspect d'Ebola.

Pas de formation pour les autres

Dans le domaine hospitalier :

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

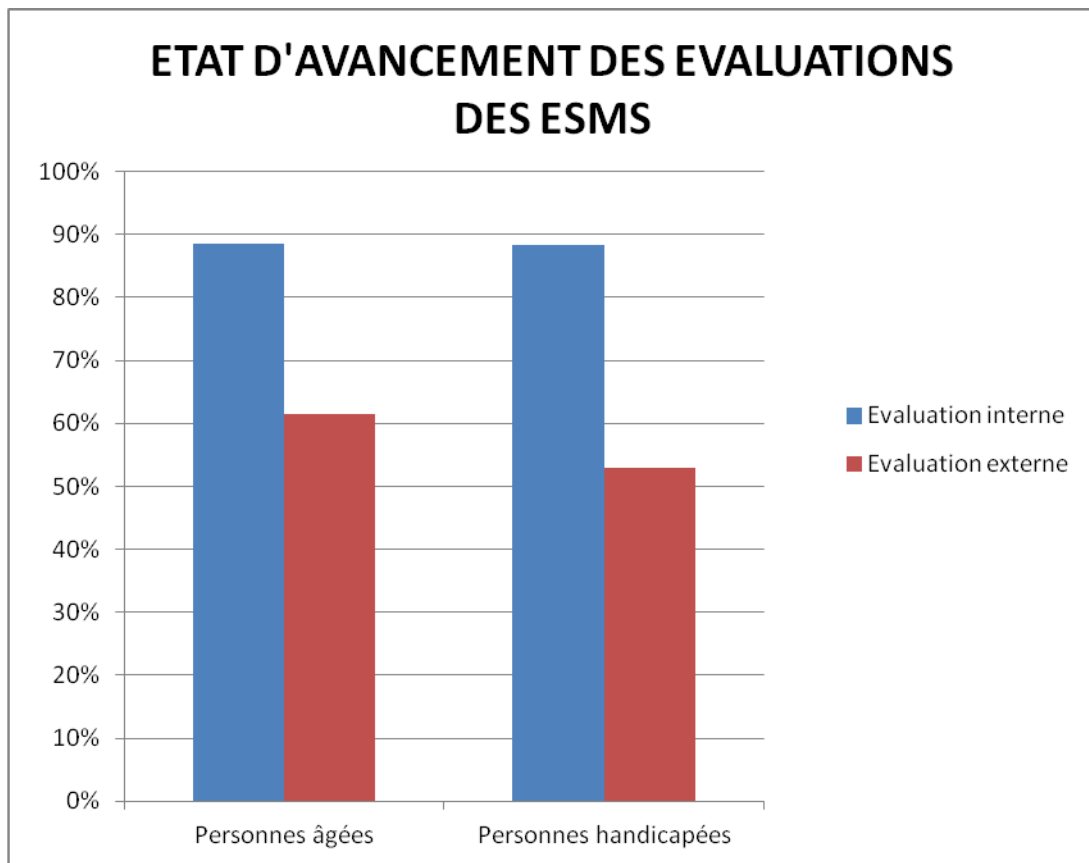
Les professionnels de santé et des personnels de l'établissement sont informés par intranet, les journaux internes, les panneaux d'affichage, lors de certaines réunions, dans le cadre de la formation continue, par les comptes rendus de la CRUQPC, le rapport d'activité de l'établissement.

Dans le domaine médico-social :

Cent quinze établissements et services médico-sociaux (ESMS) sont concernés par l'évaluation interne entre 2014 et 2021.

Les premières évaluations doivent être réalisées au plus tard en 2014. Ont été réceptionnés par l'ARS :

- 23 rapports d'évaluation interne pour le secteur personnes âgées sur les 26 attendus, soit un taux de retour de 88% ;
- 30 rapports d'évaluation interne pour le secteur personnes handicapées sur les 34 attendus, soit un taux de retour de 88% ;
- 16 rapports d'évaluation externe pour le secteur personnes âgées sur les 26 attendus, soit un taux de retour de 62% ;
- 18 rapports d'évaluation externe pour le secteur personnes handicapées sur les 34 attendus, soit un taux de retour de 53%.



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

2. Rendre effectif le processus d'évaluation du respect des droits des usagers

Dans le domaine ambulatoire :

Indicateurs / Données à recueillir :

- *Existence d'un processus de traitement des réclamations et des plaintes permettant d'identifier leur nombre et leur évaluation ;*
- *Taux de réponse apportée aux réclamations et plaintes*

Existence d'une procédure bien définie avec une remontée annuelle au conseil de l'ordre national pour l'ordre des médecins et infirmiers.

Toute information s'inscrivant dans le champ de contentieux portée à la connaissance du Conseil, de façon épistolaire et signée du plaignant est prise en compte.

Cependant la prise en compte d'une doléance ou d'une récrimination diffère de celle d'une plainte clairement exprimée dont l'instruction doit être menée réglementairement par la Commission de Conciliation prévue à l'Article L.4123-2 du Code de la Santé Publique.

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

Dans le domaine hospitalier :

Indicateurs / Données à recueillir :

- *Fonctionnement effectif des commissions des relations avec les usagers et de la qualité de la prise en charge (CRUQPC) :*
 - *proportion d'établissements disposant d'une CRU ;*
 - *proportion des rapports des CRU transmis à l'ARS et à la CRSA ;*
 - *nombre de réunions par an (médiane des nombres de réunions par établissement) ;*
 - *composition et qualité des membres de la CRUQPC ;*
 - *existence ou non de formations pour les membres (proportion d'établissements disposant d'une CRUPQC pour lesquels il existe une formation pour les membres) ;*
- *Proportion d'établissements ayant une cotation A, B, C, etc. dans les rapports de certification HAS*

Les établissements de santé disposent d'une CRUQPC. Sa composition est conforme aux préconisations. En général deux représentants des usagers titulaires siègent à la commission.

Réunions et participation (à l'exclusion des réunions téléphoniques) :

- Nombre de réunions dans l'année : 54 en 2014 contre 35 en 2013, soit une moyenne de 3 réunions par établissement.
- Taux de participation des Représentants des Usagers : La plupart des établissements indiquent que les représentants des usagers participent aux réunions de 82%.
- Taux de participation moyen des autres membres de la CRUQPC : 79% contre 73 % en 2013.

Règlement intérieur :

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

Moyens matériel alloués au fonctionnement de la CRUQPC :

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

Moyens de communication sur les activités de la CRUQPC, Support d'information des usagers :

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

Coordination avec les autres instances des établissements :

Les représentants des usagers sont membres des conseils de surveillance ou conseil d'administration et participent pour la plupart aux groupes de travail qualité.

Quelques représentants des usagers siègent au comité de lutte contre les infections nosocomiales (CLIN), au comité de lutte contre la douleur (CLUD), au comité de liaison alimentation nutrition (CLAN), au comité des vigilances et des risques sanitaires (COVIR ou COVIRIS)

Procédure de certification :

Rappel des niveaux de décision pouvant être prononcé par le Haute Autorité de Santé (HAS) :

- Certification sans recommandation : La HAS encourage l'établissement de santé à poursuivre la dynamique engagée.
- Certification avec recommandations : L'établissement doit mettre en œuvre les mesures préconisées. Il en fournit la preuve soit dans le cadre de la procédure en cours soit en prévision de la prochaine.
- Certification avec réserves : 3 à 12 mois sont laissés à l'établissement pour produire un rapport de suivi sur les sujets concernés et apporter la preuve qu'il s'est amélioré sur ces points.
- Décision de surseoir à la certification (réserves majeures) : L'établissement n'est pas certifié. Il ne le sera que s'il démontre au cours d'une visite de suivi réalisée de 3 à 12 mois après la visite initiale, qu'il a significativement amélioré les points de dysfonctionnement constatés.
- Non certification : L'établissement n'est pas certifié. La HAS examine avec la direction de l'établissement et la tutelle régionale, dans quels délais il est susceptible de se réengager dans la démarche.

Rappel des niveaux de cotation :

La cotation est déterminée au regard de chacun des critères du manuel de certification. Elle mesure le niveau de qualité atteint et indique si ce niveau est atteint régulièrement ou non et si la plupart ou l'ensemble des secteurs d'activité sont concernés.

- cotation A : Le critère est satisfait, au regard des éléments d'appréciation. Ce niveau de satisfaction se retrouve dans tous ou la plupart des secteurs d'activité et/ou de façon constante ;
- cotation B : Le critère est satisfait au regard des éléments d'appréciation et se retrouve dans la majorité des secteurs d'activité et/ou de façon habituelle ou partiellement satisfait dans la plupart des secteurs d'activité et/ou de façon habituelle.
- cotation C : Le critère est peu ou partiellement satisfait au regard des éléments d'appréciation dans la plupart des secteurs d'activité et/ou de façon habituelle. Il peut exister une satisfaction correcte ponctuellement dans un seul secteur d'activité par exemple, ou une satisfaction partielle dans une minorité de secteurs d'activité et/ou de façon ponctuelle.
- cotation D : le critère est trop peu ou non satisfait dans les secteurs d'activité et/ou de façon trop rare.

Critère 9.a Système de gestion des plaintes et réclamations

Etape 1 : Prévoir

La gestion des plaintes et réclamations est organisée (CRU en place, procédure formalisée, responsabilités définies).

Le système de gestion des plaintes et réclamations est articulé avec le dispositif de signalement des événements indésirables.

Etape 2 : Mettre en oeuvre

Les plaintes et réclamations sont traitées en lien avec les professionnels concernés.

Le plaignant est informé des suites données à sa plainte et des éventuelles actions correctives mises en oeuvre.

Etape 3 : Evaluer et améliorer

L'exploitation quantitative et qualitative des plaintes et réclamations incluant le suivi du délai de réponse au plaignant contribue à l'élaboration du programme d'amélioration de la qualité de l'accueil et de la prise en charge.

Sur les 19 établissements de santé engagés dans la démarche de certification V2010, pour le critère 9.a système de gestion des plaintes et réclamations, la HAS a prononcé 1 réserve majeure, 1 réserve et 2 recommandations.

Dans le domaine médico-social :

Indicateurs / Données à recueillir :

- *Fonctionnement effectif des conseils de vie sociale (CVS) :*
 - *proportion d'établissements disposant d'un CVS ;*
 - *proportion des rapports des CVS transmis à l'ARS et à la CRSA ;*
 - *nombre de réunions par an (médiane des nombres de réunions par établissement) ;*
 - *composition et qualité des membres des CVS ;*
 - *proportion d'établissements disposant de formations pour les membres des CVS ;*
 - *nombre de personnalités qualifiées désignés et nombre d'interventions réalisées*

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

3. Droit au respect de la dignité de la personne - Promouvoir la bientraitance

Dans le domaine ambulatoire :

Indicateurs / Données à recueillir :

- *Nombre de plaintes et réclamations déposées pour maltraitance ;*
- *Taux de réponse apportée aux réclamations et plaintes.*

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

En 2014, une réclamation mettant directement en cause un professionnel de santé libéral, pour des actes de maltraitance, a été reçue au service Inspection Contrôle Evaluation (ICE). Elle a fait l'objet d'un accusé de réception et d'une réponse écrite au requérant, après clôture de l'instruction = 100% de taux de réponse

Le requérant a également saisi le Procureur de la République. Une enquête policière a été diligentée et les suites judiciaires sont en cours.

De son côté, l'ARS a procédé à une instruction administrative minutieuse de la réclamation. Une mesure conservatoire de protection des usagers a été prise par le Directeur Général de l'ARS qui a saisi, sans délai, les autorités compétentes sur les plans judiciaire et disciplinaire : la Justice et l'Ordre professionnel concerné.

Dans le domaine hospitalier :

Indicateurs / Données à recueillir :

- *Proportion d'établissements où un dispositif ou des procédures de promotion de la bientraitance existent ;*
- *Proportion d'établissements ayant une cotation A, B, C, etc. dans les rapports de certification HAS (référence 10 de la v2010)*

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

Procédure de certification :

Critère 10.a Prévention de la maltraitance et promotion de la bientraitance

Etape 1 : Prévoir

Les modalités de signalement des cas de maltraitance sont définies et diffusées.

Un état des lieux permettant d'identifier les situations, les risques et les facteurs de maltraitance est réalisé en lien avec la CRU.

La promotion de la bientraitance est intégrée ans les projets de l'établissement (projet médical, projet de soins, projet social, etc.).

Etape 2 : Mettre en œuvre

L'expression des patients et de leurs proches est favorisée.

Des actions de sensibilisation des professionnels à la prévention de la maltraitance et à la promotion de la bientraitance sont mises en œuvre.

Des actions visant la prévention de la maltraitance et la promotion de la bientraitance sont mises en œuvre.

Etape 3 : Evaluer et améliorer

Les actions visant la prévention de la maltraitance et la promotion de la bientraitance sont suivies et évaluées.

Sur les 19 établissements de santé engagés dans la démarche de certification V2010, pour le critère 10.a Prévention de la maltraitance et promotion de la bientraitance, la HAS a prononcé 1 réserve.

Dans le domaine médico-social :

Indicateurs / Données à recueillir :

- *Proportion d'établissements où un dispositif ou des procédures de promotion de la bientraitance existent*

14 "remontées d'informations", relatives à des suspicions de maltraitance, dans le secteur médico-social, ont été enregistrées au service Inspection Contrôle Evaluation (ICE), au titre de l'année 2014 : 50% en établissement et 50% à domicile

Parmi ces "remontées d'information", on distingue 8 réclamations formulées par des usagers, ainsi que 6 signalements émanant de professionnels de santé ou de responsables de structure. L'importance de la proportion de signalements tend à démontrer que les professionnels du secteur saisissent l'ARS, de plus en plus souvent. Il conviendra de poursuivre l'information et ainsi contribuer à améliorer le taux de déclaration à l'ARS d'évènements indésirables dans le champ médico-social.

L'ensemble de ces signalements et réclamations a fait l'objet d'une instruction. Cette instruction a pu être conjointe avec les éventuels autres partenaires concernés (au premier rang desquels le Conseil Départemental).

Lorsque l'ARS n'était pas compétente, relais a été fait auprès de l'Administration appropriée. Pour les suspicions de maltraitance à domicile, c'est là aussi le Conseil départemental qui a été le plus fréquemment sollicité.

Pour les suspicions de maltraitance en établissement : l'ARS, lorsqu'elle était compétente, a systématiquement engagé des investigations écrites, auprès des responsables des structures. L'objectif était notamment de connaître si les mesures appropriées ont correctement été prises et ainsi décider des suites à donner au dossier.

Compte-tenu de la particulière gravité des faits de maltraitance allégués, l'ARS a diligenté en 2014 une mission d'inspection, à la suite d'une réclamation.

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

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

4. Droit au respect de la dignité de la personne - Prendre en charge la douleur

Dans le domaine ambulatoire :

Indicateurs / Données à recueillir :

- *Nombre de formations à la prise en charge de la douleur ;*

Pas de formation à la prise en charge de la douleur en 2014.

Dans le domaine hospitalier :

Indicateurs / Données à recueillir :

- *Taux d'établissements où une structure d'étude et de traitement de la douleur chronique (SDC) existe ;*
- *Taux de satisfaction des usagers (questionnaire SAPHORA) ;*
- *Nombre d'établissements ayant une cotation A, B, C, etc. dans les rapports de certification HAS (critère 12a V2010)*

Le Centre Hospitalier Universitaire (CHU) est l'établissement de référence régional en matière de douleur chronique. Il existe une structure d'étude et de traitement de la douleur chronique (SDC). Un CLUD est en place dans les établissements.

Procédure de certification :

Critère 12.a Prise en charge de la douleur

Etape 1 : Prévoir

La stratégie de prise en charge de la douleur est formalisée dans les différents secteurs de l'établissement en concertation avec le CLUD (ou équivalent).

Des protocoles analgésiques issus des recommandations de bonne pratique et adaptés au type de chirurgie pratiquée, à la pathologie donnée, aux types de patients, à la douleur induite par les soins sont définis.

Etape 2 : Mettre en œuvre

Des formations/actions sont mises en œuvre dans les secteurs d'activité.

Les secteurs d'activité mettent en place l'éducation du patient à la prise en charge de la douleur.

*La traçabilité des évaluations de la douleur dans le dossier du patient est assurée.
Les professionnels de santé s'assurent du soulagement de la douleur.
Des moyens d'évaluation de la douleur pour les patients non communicants (échelles d'hétéro-évaluation) sont mis à la disposition des professionnels.*

Etape 3 : Evaluer et améliorer

*Les responsables des secteurs d'activité s'assurent de l'appropriation et de l'utilisation des outils par les professionnels.
La qualité et l'efficacité de la prise en charge de la douleur sont évaluées à périodicité définie sur le plan institutionnel.
Des actions d'amélioration sont mises en place.
L'établissement participe à des partages d'expérience sur les organisations et les actions mises en place, notamment dans les régions.*

Sur les 19 établissements de santé engagés dans la démarche de certification V2010, pour le critère 12.a Prise en charge de la douleur, la HAS a prononcé 4 réserves et 12 recommandations.

Dans le domaine médico-social :

Indicateurs / Données à recueillir :

- *Pourcentage de conventions ayant un axe « douleur » dans la région parmi les conventions signées entre établissements et services médico-sociaux et établissements de santé*

L'axe douleur sera intégré dans les nouvelles conventions tripartites. Huit projets sont en cours.

5. Droit au respect de la dignité de la personne – Encourager les usagers à rédiger des directives anticipées relatives aux conditions de leur fin de vie

Dans le domaine ambulatoire :

Indicateurs / Données à recueillir :

- *Nombre de formations à la fin de vie*

Pas de formation à la fin de vie en 2014.

Les différents acteurs du système de santé ont été invités en 2013 à valoriser leurs projets innovants en matière de promotion des droits des patients. Le cahier des charges national a fait l'objet d'une diffusion aux établissements de santé, structures médico-sociales, associations. Des actions de sensibilisation ont été lancées.

Dans le domaine hospitalier :

Indicateurs / Données à recueillir :

- *Proportion d'établissements ayant organisé une information sur les directives anticipées ;*
- *Proportion d'établissements où un dispositif de recueil des directives anticipées existe*

L'information sur les directives anticipées relative à la fin de vie est effective dans plusieurs établissements

Procédure de certification :

Critère 13.a Prise en charge et droits des patients en fin de vie

Etape 1 : Prévoir

Une organisation permettant l'évaluation et la prise en charge des besoins des patients en fin de vie est en place.

Des modalités de recueil de la volonté du patient et, le cas échéant, de conservation des directives anticipées sont définies.

Les patients adultes reçoivent des informations écrites sur leur droit d'accepter ou de refuser des traitements de maintien en vie ou les traitements de réanimation et sur leur droit d'établir des directives anticipées.

Etape 2 : Mettre en oeuvre

Des projets de prise en charge des patients et de leurs proches sont définis et mis en oeuvre.

Les professionnels concernés bénéficient de formations pluridisciplinaires et pluriprofessionnelles à la démarche palliative.

Dans les secteurs concernés, des réunions pluriprofessionnelles de discussion de cas de malades sont mises en place.

Dans les secteurs concernés, des actions de soutien des soignants, notamment en situation de crise, sont mises en oeuvre.

Les professionnels de l'établissement sont informés des dispositifs légaux concernant les droits des patients et la fin de la vie.

Etape 3 : Evaluer et améliorer

La prise en charge des patients en fin de vie fait l'objet d'une évaluation pluriprofessionnelle et en lien avec les structures concernées (comité d'éthique ou équivalent, CRU, CME, commission de soins, etc.).

Les secteurs d'activité concernés mettent en place une réflexion sur la limitation et l'arrêt des traitements.

Des actions d'amélioration sont mises en oeuvre.

Sur les 19 établissements de santé engagés dans la démarche de certification V2010, pour le critère 13.a prise en charge et droits des patients en fin de vie, la HAS a prononcé 3 réserves et 11 recommandations.

Dans le domaine médico-social :

Indicateurs / Données à recueillir :

- *Proportion d'établissements et services médico-sociaux prenant en compte cette dimension dans leur projet d'établissement ;*
- *Pour les établissements et services médico-sociaux ayant intégré cette dimension, pourcentage de résidents ayant rédigé des directives anticipées/ nombre total de résidents*

Ces informations figurent dans le contrat de séjour et le livret d'accueil.

6. Droit à l'information – Permettre l'accès au dossier médical

Dans le domaine ambulatoire :

Indicateurs / Données à recueillir :

- *Nombre de plaintes et réclamations relatives à l'accès au dossier médical*
- *Taux de réponse apportée aux réclamations et plaintes*

Une maison de santé pluridisciplinaire (MSP) ouverte depuis le 19 mai 2015. Aucune plainte reçue.

Dans le domaine hospitalier :

Indicateurs / Données à recueillir :

- *Nombre de plaintes et réclamations relatives à l'accès au dossier médical ;*
- *Nombre d'établissements ayant une cotation A, B, C, etc. dans les rapports de certification HAS (référence 14 de la V2010)*

En 2014, le service ICE a enregistré une réclamation portant sur l'accès au dossier sanitaire. L'ARS a saisi l'établissement concerné pour que la demande du requérant soit satisfaite dans les meilleurs délais.

Le nombre de demandes d'accès au dossier médical s'élève à 360 en 2014 contre 625 en 2013. Le délai moyen de réponse varie de 12 jours.

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

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

Le nombre de réclamations écrites est de 114 en 2014 contre 176 en 2013 et le nombre d'éloges de 24 contre 44 en 2013. La médiation a été utilisée dans 27 cas contre 26 en 2013. Le nombre de recours gracieux s'élève à 12 en 2014 contre 17 en 2013 pour 7 recours contentieux contre 9 en 2013.

Procédure de certification :

Critère 14.a Gestion du dossier du patient

Etape 1 : Prévoir

Les règles de tenue du dossier sont formalisées et diffusées.

Les règles d'accès au dossier, comprenant les données issues de consultations ou hospitalisations antérieures, par les professionnels habilités sont formalisées et diffusées.

Etape 2 : Mettre en œuvre

Les éléments constitutifs des étapes de la prise en charge du patient sont tracés en temps utile dans le dossier du patient.

La communication du dossier entre l'ensemble des professionnels impliqués dans la prise en charge et avec les correspondants externes est assurée en temps utile.

Etape 3 : Evaluer et améliorer

L'évaluation de la gestion du dossier du patient est réalisée, notamment sur la base d'indicateurs.

Les résultats des évaluations conduisent aux améliorations nécessaires.

Sur les 19 établissements de santé engagés dans la démarche de certification V2010, pour le critère 14.a gestion du dossier du patient, la HAS a prononcé 1 réserve et 8 recommandations.

Liste des critères analysés :

Critère 9.a Système de gestion des plaintes et réclamations ;

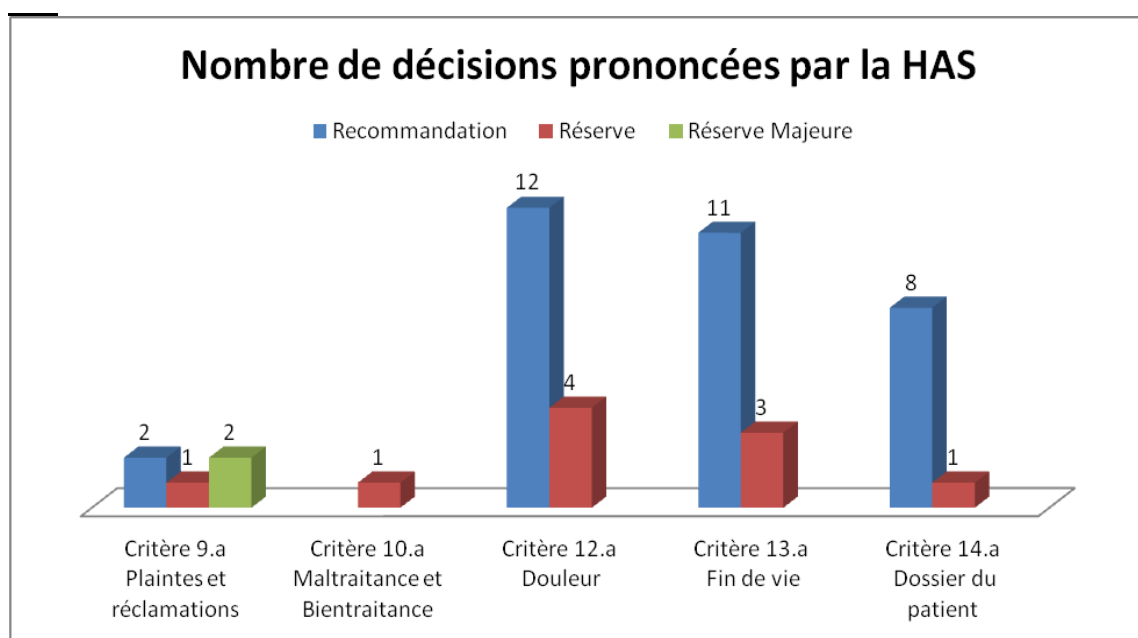
Critère 10.a Prévention de la maltraitance et promotion de la bientraitance ;

Critère 12.a Prise en charge de la douleur ;

Critère 13.a Prise en charge et droits des patients en fin de vie ;

Critère 14.a Gestion du dossier du patient.

Nombre d'établissements :



Dans le domaine médico-social :

Indicateurs / Données à recueillir :

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

Aucune réclamation n'a été reçue, en 2014, au service ICE concernant une demande d'accès au dossier médical, dans le secteur médico-social.

7. Assurer la scolarisation des enfants handicapés en milieu ordinaire ou adapté

Indicateurs / Données à recueillir :

- *Taux de couverture des besoins des enfants handicapés : nombre de prises en charge/nombre de demandes de scolarisation*

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

8. Droits des personnes détenues – Assurer l'accès aux soins

Indicateurs / Données à recueillir :

- *Proportion de dossiers médicaux à la seule disposition des personnels soignants (dans des armoires fermées à clef)*

Concernant la proportion des dossiers médicaux à la seule disposition du personnel soignant, les données médicales sont formalisées dans le dossier informatisé, seuls les soignants y ont accès.

Au centre hospitalier psychiatrique, les données médicales sont formalisées dans le dossier informatisé CARIATIDES, dont seuls les soignants ont accès. Sauf au SMPR où les dossiers restent sur support papier.

Au centre hospitalier universitaire tous les dossiers sont classés dans des armoires fermées à clefs détenues que par les seuls soignants. Pour les patients admis en chambre carcérale, les dossiers sont dans une salle fermée par digicode.

9. Santé mentale - Veiller au bon fonctionnement des commissions départementales de soins psychiatriques

Indicateurs / Données à recueillir :

- *Proportion de commissions départementales de soins psychiatriques (CDSP) existantes ;*
- *Proportion de rapports transmis à l'ARS*

La CDSP est chargée d'examiner la situation des personnes hospitalisées en raison de troubles mentaux au regard du respect des libertés individuelles et de la dignité des personnes.

Il existe deux commissions départementales de soins psychiatriques (CDSP) pour la Guadeloupe et Saint-Martin. Dans l'attente de la mise en place de la Commission Territoriale de Soins Psychiatriques (CTSP), une seule commission est réunie pour les deux entités) en 2013.

La CDSP est composée de 2 psychiatres, 1 magistrat, 2 représentants d'associations agréées, 1 médecin généraliste. Le secrétariat est assuré par l'ARS. Elle s'est réunie cinq fois en 2014 dont une session exceptionnelle (28 janvier ; 24 février ; 3 juin ; 20 octobre et 9 décembre 2014) contre deux réunions en 2013. Deux visites réalisées en 2014.

BILAN DES RAPPORTS 2014 DES CRUQPC DES ETABLISSEMENTS SANITAIRES

L'analyse des rapports faits apparaître les éléments suivants :

Malgré le courrier adressé aux établissements le 11 mars 2015 et les rappels effectués le 24 avril et 16 juin 2015 et tous les contacts téléphoniques pris après la clôture de l'enquête, seize établissements publics et privés sur les 23 sollicités ont transmis le rapport annuel de la CRUQPC de leur établissement pour l'année 2014 (soit un taux de 69.5 %, contre 61 % en 2013, et 68% 2012). La date de retour de l'enquête était fixée au 20 mai 2015 et les établissements retardataires ont fait parvenir leur rapport jusqu'à fin Juillet.

Ont transmis les rapports de la CRUQPC pour l'année 2014, les établissements suivants :

Etablissements publics	Etablissements privés
<ul style="list-style-type: none">- CHU de P/A/P-Abymes- CH Montéran- CH L/D Beauperthuy- CH M. Selbonne- CH Gérologique du Raizet- CH de St-Martin- CH de Capesterre Belle Eau	<ul style="list-style-type: none">- Etablissements Manioukany- Clinique Les Eaux Claires- Polyclinique Saint-Christophe- Clinique de choisy- Domaine de choisy- Polyclinique De la Guadeloupe- HAD Nord Basse-Terre- Clinique les Eaux Marines

N'ont pas transmis le rapport :

Etablissements publics	Etablissements privés
<ul style="list-style-type: none">- CH Saint-Barthélemy- CH Marie-Galante- CH de la Basse-Terre	<ul style="list-style-type: none">- Clinique les Eaux vives- Clinique l'Espérance- Centre Médico - social- Clinique La Violette

La synthèse de l'ARS a été élaborée à partir des rapports d'activités établis sur un formulaire homogénéisé. Les données recueillies sont déclaratives. Trois établissements n'ont pas utilisé ce formulaire dont un rapport trop succinct n'est pas exploitable.

1 - COMPOSITION ET FONCTIONNEMENT DES CRUQPC

Composition

La composition des CRUQPC est conforme aux préconisations. En général deux représentants des usagers titulaires siègent à la commission. (voir annexe 1).

Réunions et participation

Nombre de réunions dans l'année : 54 soit une moyenne de 3 réunions par établissement.

Taux de participation des Représentants des Usagers : 82 %

Taux de participation moyen des autres membres de la CRUQPC : de 79 %

Participation des membres de la CRUQPC à la rédaction du rapport d'activité : Oui

Le rapport est discuté et soumis à l'avis des membres de la CRUQPC avant validation.

Règlement intérieur

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

Moyens matériel alloués au fonctionnement de la CRUQPC

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

Moyens de communication sur les activités de la CRUQPC

Support d'information des usagers

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

Support d'information des personnels soignants et des médecins

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

Coordination avec les autres instances des établissements

Les représentants des usagers sont membres des conseils de surveillance ou conseil d'administration et participent pour la plupart aux groupes de travail qualité. Quelques représentants des usagers siègent au comité de lutte contre les infections nosocomiales (CLIN), au comité de lutte contre la douleur (CLUD), au comité de liaison alimentation nutrition (CLAN), au comité des vigilances et des risques sanitaires (COVIR ou COVIRIS).

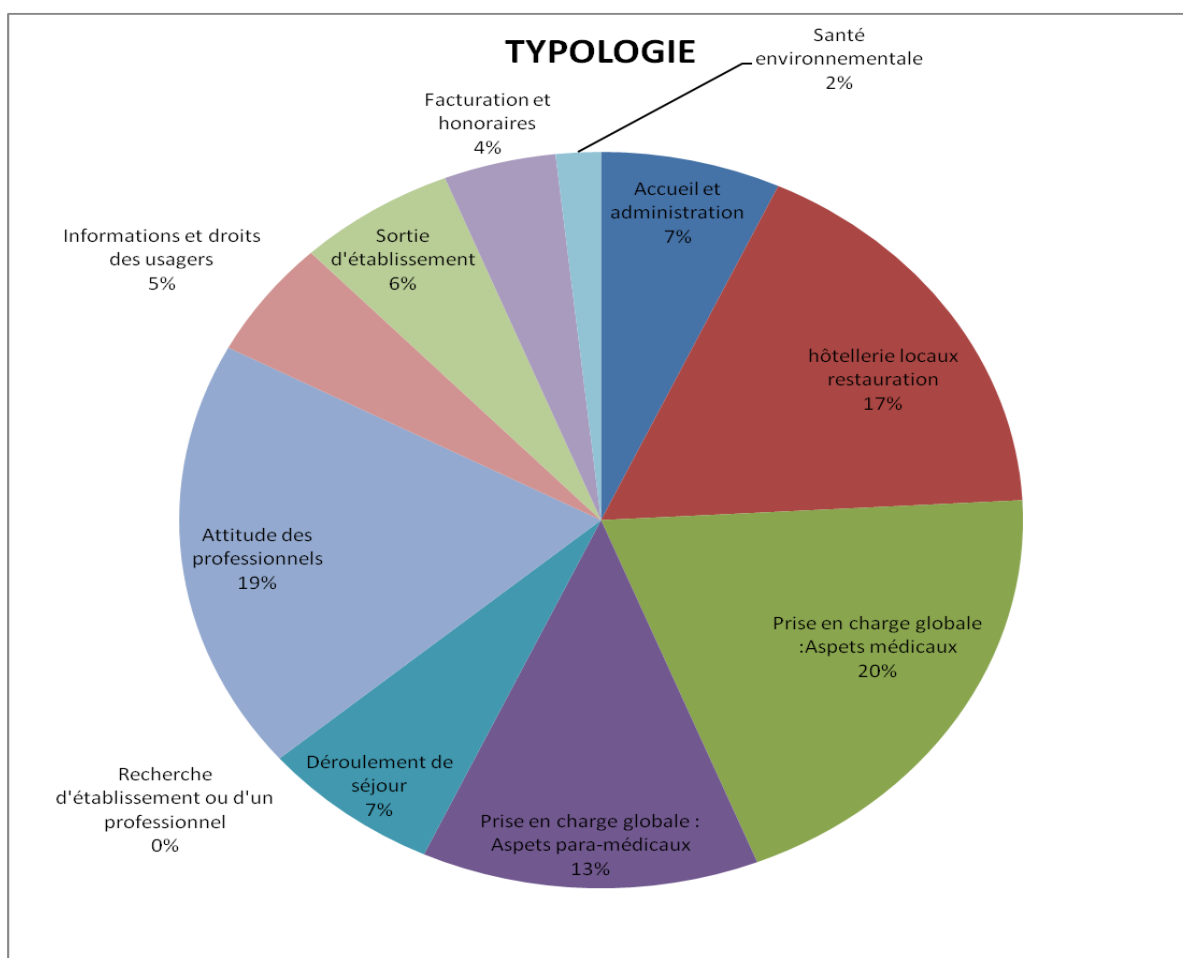
2 - INFORMATION RELATIVES A LA GESTION DES RECLAMATIONS

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

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

Nombre de réclamations : Ecrites : 114

TYPOLOGIE DES RECLAMATIONS



Nombre d'éloges : 24

Nombre de demande de dossiers médicaux : 360

Délai moyen de réponse : 12 jours

Utilisation de la médiation

Le recours à la médiation est peu utilisé. Nombre de médiations organisées : 27

Recours : 12 gracieux et 7 contentieux

3 - DOCUMENTS D'INFORMATION A DESTINATION DES USAGERS

Evaluation des dispositifs d'information des usagers

Le livret d'accueil est remis en général lors de l'entrée dans l'établissement de santé.

		OUI (Nombre d'établissements)	NON (Nombre d'établissements)
Documents associés	Un formulaire de désignation de personne de confiance	14	1
	Un formulaire de directives anticipées	9	6
	Un formulaire d'accès au dossier médical	7	8
	Un formulaire permettant de recueillir l'identité de la personne de confiance	12	3

La charte du patient hospitalisé est affichée dans les lieux fréquentés par les usagers, dans les chambres dans certains établissements voire dans le livret d'accueil.

4 - INFORMATIONS RELATIVES A LA MESURE DE LA SATISFACTION DES USAGERS

Evaluation des différents moyens de mesure de satisfaction des usagers

Le questionnaire est inclus dans le livret d'accueil, remis en amont de l'hospitalisation.

Le taux moyen de retour des questionnaires de sortie reste très faible : 18 %

5 - INFORMATIONS RELATIVES AU RESPECT DES DROITS DES USAGERS AU SEIN DES ETABLISSEMENTS

Evaluation du niveau de formation du personnel aux droits des usagers	Nombre de personnes formées ou informées	547

		OUI (Nombre d'établissements)	NON (Nombre d'établissements)
Respect des croyances Et convictions	Existence d'un dispositif au sein de l'établissement	13	2
	Information des usagers	14	1
	Existe-t-il un lieu de confession multi religieux	6	9
Recueil du consentement médical	Existence d'une procédure de recueil du consentement	12	2
Information sur les frais De Prise en charge	Présence de tarifs dans les lieux de consultation	8	5
	Information sur l'obligation de réaliser un devis pour un montant >90€	14	1
Respect d'accès au dossier médical	Existence d'une procédure d'information sur la procédure d'accès au dossier médical	14	1
Accès au dossier médical	Accès sur place possible	15 (100%)	
	Le coût des photocopies est il facturé	6	7
Possibilité de désigner une Personne de confiance	Existence d'une procédure d'information des usagers	15 (100%)	
	Formation du personnel soignant	10	2
Rédaction de directives anticipées relatives à la Fin de vie	Existence d'une procédure d'information des usagers de la possibilité de rédiger des directives anticipées	11	4
	Formation du personnel soignant	12	2
	Existence d'une procédure de recueil des directives anticipées	7	8
	Formation du personnel soignant	12	1
Prise en charge de la douleur	Existence d'une procédure systématique d'évaluation et de prise en charge de la douleur	15 (100%)	0
	Existence d'une procédure d'information des usagers et de la prise en charge de la douleur	15 (100%)	0
	Formation du personnel	11	2
Prise en charge du décès	Procédure au sein de l'établissement	10	3
Promotion de la bientraitance	Existence d'actions de promotion de la bientraitance	12	3

6 - POLITIQUE LIEE A LA QUALITE DE LA PRISE ENCHARGE ET DE L'ACCUEIL DES PERSONNES

		OUI (Nombre d'établissements)	NON (Nombre d'établissements)
Dispositifs d'accueil adaptés Au public spécifique	Non francophones	11	4
	Illettrées/analphabètes	8	7
	Nom ou mal voyants	7	8
	Sourdes	8	7
	Personnes ayant un régime particulier	11	4
	Accessibilité aux personnes à mobilités réduite	13	2

7 - AVIS DONNE PAR LES CRUQPC

Thèmes des recommandations (Année N)	NOMBRE
Respect de la dignité, de la vie privée, des croyances, de l'intimité du patient	2
Information du malade / de la famille	6
Accès au dossier médical du patient	3
Prise en charge de la douleur	2
Continuité des soins et de la permanence des soins	1
Directives anticipées relatives aux conditions de fin de vie	1
Qualité de l'accueil / du relationnel avec les équipes	11
Qualité de la prise en charge médicale	4
Qualité de la prise en charge paramédicale	2
Infections nosocomiales	0
Bienveillance	4
Infrastructures et hôtellerie	4
Qualité de la prise en charge administrative (délais, facturation, secrétariat,...)	0
Améliorer les délais d'attente lors des consultations	1
Préserver un environnement sain (hygiène locaux, linge...)	1
Lutter contre l'usurpation d'identité en développant l'identitovigilance	1
Améliorer le taux de retour des questionnaires de satisfaction	2

Mise en œuvre des recommandations (année n-1)

Avancement :

Achevées	En cours	Prévues	Abandonnées
14	17	7	0

Evolutions constatées par rapport à l'année 2013 :

Le nombre moyen de réunions passe de 2 (en 2013) à 3 en 2014.

Le nombre de réclamations diminue de 176 (en 2013) à 114 en 2014 ainsi que le nombre de demande de dossiers médicaux de 625 (en 2013) à 360 en 2014.

Le nombre de recours a peu varié, 17 gracieux et 9 contentieux en 2013 pour 12 gracieux et 7 contentieux en 2014.

Dans tous les établissements :

- Le dossier médical est accessible sur place ;
- Il est possible de désigner une personne de confiance ;
- Il existe une procédure de prise en charge de la douleur et d'information de l'utilisateur.

En ce qui concerne les recommandations formulées par les CRUQPC, les thèmes le plus souvent abordés restent :

- La qualité de l'accueil/ du relationnel avec les équipes (**11 recommandations**)
- L'Information du malade/ de la famille.

SYNTHESE DES RESULTATS DE L'ENQUETE DE SATISFACTION USAGERS DU SECTEUR SANITAIRE

En Guadeloupe, les patients se déclarent majoritairement satisfaits de leur séjour dans un établissement de santé, privé ou public.

Ainsi, la note globale attribuée à l'établissement affiche une moyenne de 7,9 (sur 10). La médiane se situant à 8, traduit l'effectif important de patients accordant une note favorable à l'établissement dans lequel ils ont séjourné.

Plus précisément, la satisfaction globale à l'égard du séjour atteint 91% et est principalement alimentée par la satisfaction totale (48%). L'accueil dans le service d'hospitalisation (94%), le respect de la confidentialité de l'état de santé (89%), l'amabilité du personnel soignant (95%), la qualité des soins reçus (94%) ainsi que l'organisation de la sortie (83%) sont autant de critères qui, à chaque étape du processus d'hospitalisation, ont contribué à la satisfaction du patient.

La recommandation du médecin (32%) est le principal motif de choix de l'établissement d'hospitalisation, devançant légèrement la proximité avec le domicile (27%). A leur arrivée, près de deux patients sur cinq ont reçu un livret d'accueil et parmi eux, près de trois sur quatre ont pris directement ou indirectement connaissance des informations qui y étaient contenues.

Dans le privé, ils sont à la fois plus nombreux à avoir reçu ce livret (55% contre 23% dans le public) et à avoir pris connaissance des informations y figurant (77% contre 64% dans le public). Globalement, les patients sont respectivement 94%, 93% et 86% à les juger claires, utiles et complètes. Par ailleurs, 47% déclarent avoir été informés de leurs droits, contre 35% qui soutiennent le contraire. Le nombre de patients ayant été informés est plus élevé dans le privé, 51% contre 42% dans le public. I

Durant leur séjour, les patients n'ont globalement pas été gênés par des propos de médecins, infirmières ou autres personnels de l'établissement tenus en leur présence. Pour les activités quotidiennes, 36% des patients ont eu besoin d'aide et parmi eux, 87% l'ont obtenue. Dans 87% des cas, le temps d'attente a été peu élevé.

Les patients ayant subi une opération et ceux ayant ressenti des douleurs ou d'autres inconforts ont davantage nécessité une aide et l'ont globalement obtenue dans les mêmes proportions et avec une même perception du délai d'attente que celles qui n'ont pas été opérées et qui n'ont pas ressenti de douleurs ou autres inconforts. Qu'ils aient subi une opération ou pas, 76% des patients ont été concernés par la prescription de médicaments. En revanche, les patients souffrant de douleurs ou autres inconforts se sont vus davantage prescrire des médicaments (82% contre 63% n'ayant pas eu de douleurs ou autres inconforts).

Concernant leurs soins et leur traitement, trois patients sur cinq estiment avoir été impliqués, autant qu'ils le souhaitent, dans les décisions à prendre. Cependant, seuls 19% des patients ont formulé) directement ou indirectement une demande pour accéder à leur dossier médical et quatre demandes sur cinq ont été satisfaites.

Enfin, près de trois patients sur quatre ont eu la possibilité de désigner une personne de confiance et plus de trois sur cinq ont su qui pouvait être cette personne.

Aujourd'hui, si plus de deux patients sur cinq ne peuvent juger du lien établi entre l'établissement et leur médecin traitant suite à leur hospitalisation, avec une méconnaissance plus forte dans le privé (48% contre 36% dans le public), 73% des patients se sentent mieux. Toutefois, de fortes différences apparaissent suivant l'âge des patients. Ainsi, l'amélioration de l'état de santé est davantage perceptible chez les moins de 18 ans, 95% se sentiraient mieux tandis que les seniors de plus de 75 ans ne sont que 60% à ressentir une amélioration. Ces derniers sont plus nombreux à considérer que leur état de santé est resté stable (28% contre 18% en moyenne).

Le constat global est plutôt positif et l'analyse de la contribution des différents critères à la satisfaction globale ne fait apparaître aucun critère nécessitant des améliorations urgentes.

II - Orientation 2 : Renforcer et préserver l'accès à la santé pour tous

10. Assurer l'accès aux professionnels de santé libéraux

Indicateurs / Données à recueillir :

- *Pourcentage d'offre en tarifs opposables par spécialité (secteur 1 + secteur 2) et par territoire de santé*
- *Part de la population vivant dans un bassin de vie dont la densité médicale de médecins généralistes est inférieure à 30 % de la moyenne nationale*
- *Taux de satisfaction des usagers de la permanence des soins*

Part de la population vivant dans un bassin de vie dont la densité médicale de médecins généralistes est inférieure à 30 % à la moyenne nationale : 33%

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

Il faut néanmoins tenir compte de la faible superficie des îles de l'archipel. La population totale de l'île n'est pas suffisante pour effectuer un calcul pertinent, la région ne dispose pas de bassin de vie au sens de l'INSEE. Le découpage en zones déficitaires est un outil local de l'ARS permettant d'identifier les sites d'installation prioritaires afin de rapprocher les médecins généralistes au plus près des lieux de vie des usagers. L'ARS s'attache à inciter à l'installation dans les zones moins bien dotées en médecins généralistes.

11. Assurer financièrement l'accès aux soins

Indicateurs / Données à recueillir :

- *Nombre de plaintes et de réclamations pour refus de soins pour les personnes en CMU et AME*

En 2014, le service ICE a été destinataire d'une réclamation portant sur un refus de soin, en raison du fait que le patient était bénéficiaire de la CMU. L'ARS non compétente, a adressé cette réclamation au RSI, pour attribution. Le requérant en a été informé. Le RSI a fait part à l'ARS des modalités et des résultats de son instruction.

12. Assurer l'accès aux structures de prévention

Indicateurs / Données à recueillir :

- *Taux de participation au dépistage organisé du cancer colorectal chez les 50 à 74 ans ;*
- *Taux de participation au dépistage organisé du cancer du sein pour les femmes de 50 à 74 ans ;*
- *Taux de couverture vaccinale des enfants de 24 mois contre la rougeole, les oreillons et la rubéole ;*
- *Prévalence de l'obésité et du surpoids parmi les enfants en grande section de maternelle*

Taux de participation 2014 dépistage cancer colorectal :

Le taux de dépistage du cancer colorectal (Ind 2.3) de 34.09 contre 33.1% en 2013. On note une augmentation.

Chiffre équivalent à ceux de la métropole malgré les difficultés rencontrées Le test jusqu'alors utilisé n'était pas adapté au climat tropical d'une part et d'autre part du fait du nombre de personnes peu ou pas lettrés sur le territoire difficile d'utilisation. Pour pallier ce deuxième point, une distribution via les pharmaciens avait été mise en place permettant une explication de vive voix de l'utilisation du test et de ses différents étapes.

Taux de participation 2014 dépistage cancer du sein :

Le taux de participation 2014 au dépistage cancer du sein (Ind 2.4) est de 47.9% contre 50.9% en 2013.

Chiffre assez proche de ceux de la métropole malgré la aussi des facteurs défavorables : L'ensemble des îles constituant l'archipel ne disposent pas des équipements nécessaires. Ceci oblige les femmes concernées à prendre le bateau puis souvent bus ou taxi pour se rendre dans un cabinet de radiologie. Le cout de ces déplacements pour des populations ciblées est pris en charge par la structure de gestion, reste le fait qu'un examen prend une journée entière et le rend de ce fait très contraignant

Taux de couverture vaccinale en 2014 :

Le taux de couverture vaccinale (Ind 2.5) : Pas de donnée nationale disponible en 2014.

L'ARS Guadeloupe est engagée dans la démarche d'élimination de la rougeole dans la zone Caraïbes.

Prévalence de l'obésité et du surpoids en 2013 :

Prévalence de l'obésité et du surpoids (Ind 2.1 et 2.2) : Pas de donnée nationale disponible en 2014.

L'élaboration d'une convention avec le recteur d'académie est prévue. L'ARS a pour objectif de valoriser l'utilisation des produits locaux et d'analyser les repères nutritionnels.

13. Réduire des inégalités d'accès à la prévention, aux soins et à la prise en charge médico-sociale sur tous les territoires

Indicateurs / Données à recueillir :

- *Nombre de contrats locaux de santé signés au titre l'art. L. 1434-17 du code de la santé publique sur des territoires prioritaires urbains (CUCS, ZEP) ou ruraux (isolés) ;*
- *Ecart intrarégionaux d'équipements en établissements et services médico-sociaux mesurés à partir de la dépense d'assurance maladie rapportée à la population cible (personnes handicapées de 0 à 59 ans et personnes âgées de 75 ans et plus)*
- *Nombre de logements ayant fait l'objet d'une évaluation sanitaire ayant conduit à une procédure d'insalubrité au titre du code de la santé publique*

Contrat local de santé (CLS) :

En Novembre 2014, l'ARS a pu signer un CLS avec un des six EPCI du territoire ainsi que la COM de Saint-Martin, en l'occurrence la Communauté d'Agglomération de Cap Excellence (communes : Pointe-à-Pitre, Abymes, Baie-Mahault). La mobilisation est actée pour l'ensemble des EPCI avec un programme de montée en charge qui concerne pour l'instant : la Communauté d'Agglomération de Cap Excellence, la Communauté des Communes de Marie-Galante, la Communauté d'Agglomération du Nord Grande-Terre. Le mode de mobilisation s'organise avec : 1. La mobilisation des élus et des cadres territoriaux de la présentation du projet de CLS jusqu'à signature 2.

La désignation de référents intercommunaux et communaux pour assurer le suivi d'exécution du contrat 3. La mobilisation des usagers par la présentation des diagnostics territoriaux et du contrat à la population et professionnels de santé du territoire via des forums de santé.

Chaque commune ou communauté de commune se voit proposer un "panier" d'actions que l'ars se propose de déployer sur leurs territoires. Le socle commun de cet offre est l'accompagnement vers la signature d'un plan communal de lutte contre les moustiques vecteurs de maladies (dengue - chikungunya), le déploiement dans toutes les classes maternelles de grande section de l'outil d'éducation nutritionnelle Ti Karambol, en classe de CM1 de "les écoles caramboles" et de T'Caps outil de promotion de l'activité physique pour les classes de 6ème et enfin un accompagnement vers la conclusion d'un conseil local en santé mentale.

En retour, en fonction des diagnostics communaux réalisés à la demande de l'ARS, les communes peuvent choisir une ou des thématiques supplémentaires dans un au delà des sujets de prévention.

Écarts intrarégionaux :

Les écarts intrarégionaux d'équipements en établissements et services médico-sociaux mesurés à partir de la dépense d'assurance maladie rapportée à la population cible (personnes handicapées de 0 à 59 ans et personnes âgées de 75 ans et plus), n'est pas applicable en Guadeloupe qui est mono région.

Logements ayant fait l'objet d'une évaluation sanitaire :

Le nombre de logements qui ont fait l'objet d'une évaluation sanitaire ayant conduit à une procédure d'insalubrité au titre du code de la santé publique dépend du nombre de signalements reçus.

Nombre de logements ayant fait l'objet d'une évaluation sanitaire (Ind 4.2) : 28 logements en 2013.

De nouveaux indicateurs travaillés au niveau du Girep Antilles Guyane sont proposés pour 2014. Ils permettront de mieux cibler l'activité de lutte contre l'habitat indigne,

Décembre 2013 : formation avec PNLHI (DEAL ARS) des personnels communaux pour une meilleure remontée des dossiers relatifs au CSP et le traitement en amont, au niveau communal, des enquêtes relevant du RSD

Continuer le partenariat avec les autres membres du pôle LHI Et agir avec les futurs comités locaux de lutte contre l'habitat insalubre en 2014,

III - Orientation 3 : Conforter la représentation des usagers du système de santé

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

Indicateurs / Données à recueillir :

- *Typologies de formations organisées pour les représentants des usagers (par rapport au cahier des charges proposé en janvier 2011) ;*
- *Nombre de formations réalisées ;*
- *Nombre de personnes formées/nombre de représentants issus d'associations agréées en santé (art. L. 1114-1 du code de la santé publique) ;*
- *Dispositif d'information sur ces formations.*

Les représentants des usagers (RU) ont bénéficié d'une formation assurée par le Collectif inter associatif sur la santé (CISS) les 2 et 4 décembre 2014. Le CISS prévoit de former l'ensemble des RU de Guadeloupe.

IV - Orientation 4 : Renforcer la démocratie sanitaire

15. Garantir la participation des représentants des usagers et des autres acteurs du système de santé dans les conférences régionales de la santé et de l'autonomie et les conférences de territoire

Indicateurs / Données à recueillir :

- *Taux de participation globale et par collège des membres des CRSA et conférences de territoire ;*
- *Taux de participation des représentants des usagers dans les CRSA et les conférences de territoire.*

Le taux de participation globale et par collège des membres des CRSA et conférences de territoire en 2014 :

- Le taux de participation globale des membres de la CSA : 2 réunions de la CSA en 2014. Pas de rencontre en 2013. Le taux de participation globale des membres de la CSA en 2014 est de 70% ;
- Le taux de participation à la Commission Spécialisée Organisation des Soins est de 68% contre 59% en 2013 ;
- Le taux de participation à la Commission Spécialisée Prévention est de 85% contre 58% en 2013 ;
- Le taux de participation à la Commission Spécialisée Médico-sociale est de 53% en 2014 ;
- Le taux de participation à la Commission Spécialisée Droits des usagers est de 57% contre 66% en 2013 ;

Le taux de participation des représentants des usagers dans les CRSA et les conférences de territoire en 2014 :

Pas de conférence de territoire en 2014.

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

Promouvoir et faire respecter les droits des usagers :

1. Former les professionnels de la santé sur le respect des droits des usagers :
 - Mettre en place une formation à destination des représentants des usagers ;
 - Mettre en place des actions de sensibilisation à la labellisation des projets visant à valoriser les expériences exemplaires et les projets innovants menés en région Guadeloupe en matière de promotion des droits des patients ;
 - Recenser les programmes de développement personnel continu (DPC) des structures ambulatoires ;
 - Analyser les résultats des évaluations internes réalisées par les ESMS.

2. Rendre effectif le processus d'évaluation du respect des droits des usagers :
 - Identifier les ordres des professionnels de santé (médecins, chirurgiens dentistes, infirmiers, pharmaciens) disposant d'un processus de traitement des plaintes en particulier sur les thématiques : maltraitance, accès au dossier médical, refus de soins pour prestataires CMU-AME ;
 - Inciter les établissements à répondre à l'enquête l'Agence nationale de l'évaluation et de la qualité des établissements et services sociaux et médico-sociaux (ANESM) sur la bientraitance et sur le fonctionnement effectif du Conseil de Vie Sociale (CVS) ;

3. Droit au respect de la dignité de la personne. – Promouvoir la bientraitance :
 - Inciter les établissements de santé et ESMS à élaborer des procédures de promotion de la bientraitance ;
 - Inciter les établissements de santé et ESMS à inscrire la promotion de la bientraitance dans leurs orientations stratégiques ;
 - Former les professionnels de santé à la promotion de la bientraitance.

4. Droit au respect de la dignité de la personne. – Prendre en charge la douleur :
 - Former les professionnels de santé, à la prise en charge de la douleur ;
 - Intégrer un axe douleur aux conventions signées avec les ESMS.

5. Droit au respect de la dignité de la personne. – Encourager les usagers à rédiger des directives anticipées relatives aux conditions de leur fin de vie :
 - Former les professionnels de santé à la gestion de la fin de vie ;
 - Sensibiliser les établissements à la mise en place d'un dispositif de recueil des directives anticipées.

6. Droit à l'information. – Permettre l'accès au dossier médical :
 - Recenser les plaintes et réclamations relatives à l'accès au dossier médical (Ordres professionnels, ARS, CRU...).

7. Assurer la scolarisation des enfants handicapés en milieu ordinaire ou adapté :
 - Développer les échanges entre l'ARS et la Direction départementale des personnes handicapées ;
 - Développer les échanges entre l'ARS et le rectorat.
8. Droits des personnes détenues. – Assurer la confidentialité des données médicales et l'accès des personnes à leur dossier médical.
 - Alimenter l'indicateur de suivi : « proportion des dossiers médicaux à la seule disposition des personnels soignants » dans les établissements concernés.
9. Santé mentale. – Veiller au bon fonctionnement des commissions départementales de soins psychiatriques :
 - Mettre en place la Commission territoriale de soins psychiatrique.

Renforcer et préserver l'accès à la santé pour tous :

10. Assurer l'accès aux professionnels de santé libéraux :
 - Poursuivre le recueil des données dans le cadre du CPOM ARS – Etat.
11. Assurer financièrement l'accès aux soins :
 - Recenser le nombre de plaintes et réclamations pour refus de soins pour les personnes en CMU et AME.
12. Assurer l'accès aux structures de prévention :
 - Poursuivre le recueil des données dans le cadre du CPOM ARS – Etat.
13. Réduire des inégalités d'accès à la prévention, aux soins et à la prise en charge médico-sociale sur tous les territoires :
 - Poursuivre le recueil des données dans le cadre du CPOM ARS – Etat.

Conforter la représentation des usagers du système de santé :

14. Former les représentants des usagers siégeant dans les instances du système de santé :
 - Mettre en place des formations pour les représentants des usagers (ARS, CISS, Autres organismes de formation) ;
 - Assurer le suivi des outils d'évaluation (indicateurs).

Renforcer la démocratie sanitaire

15. Garantir la participation des représentants des usagers et des autres acteurs du système de santé dans les conférences régionales de la santé et de l'autonomie et les conférences de territoire.

VI - Actions d'amélioration mise en œuvre en 2014 ou en cours

- Une journée d'Information/Formation/Débat public consacrée aux droits des usagers organisée le 25 janvier 2014 autour de 4 thèmes retenus par les membres de la commission : L'accès aux soins ; La continuité, la permanence et la coordination des soins ; Le parcours de soins de la personne âgée dépendante ou en situation de handicap ; Le volet psychiatrie.
- Une enquête visant à mesurer auprès d'un échantillon représentatif d'usagers des établissements sanitaires, leur niveau de satisfaction et de connaissance de leurs droits a été réalisée.
Les résultats de cette enquête régionale ont fait l'objet :
 - d'une transmission à la Direction de l'ARS ;
 - d'une présentation aux membres de la commission usagers ;
 - d'une transmission à chaque établissement participant.
- Une rencontre organisée le 12 septembre 2014 entre les représentants d'usagers (RU) des secteurs sanitaire et médico-social et les membres de la commission usagers afin d'établir un état des lieux et identifier les difficultés et attentes des représentants d'usagers.

A noter que les besoins de formation et d'accompagnement restent des attentes fortes des représentants des usagers tout secteur confondu ;

- Une session de formation à destination des représentants des usagers (RU) des commissions des relations avec les usagers et de la qualité de la prise en charge (CRUQPC) des établissements de santé a été réalisée par le Collectif Inter associatif Sur la Santé (CISS) les 3 et 4 décembre 2014.

VII - Actions prévues dans le cadre du programme usagers 2015

- Poursuivre la mise en place des recommandations pluriannuelles émises par la commission (Formation, Connaissance et respect des droits ...)
- Mettre en place un plan de formation des RU des CRUQPC et CVS ;
- Organiser un débat annuel sur un thème de société pouvant impacter la vie ou la prise en charge de l'utilisateur ;
- Mesurer le niveau de satisfaction des usagers des structures médico-sociales à travers une enquête ;
- Assurer la transversalité et une complémentarité effective entre la commission spécialisée usagers et les autres commissions (soins, prévention, médico-sociale) ;
- Accroître l'implication de la commission usagers dans les actions régionales visant à améliorer la prise en charge régionale des usagers ;
- Créer un volet « droits des usagers » sur le site de l'ARS.

Conclusion

La commission spécialisée dans le domaine des droits des usagers s'est réunie sept fois en 2014 pour arrêter et mettre en œuvre son programme d'actions annuel au bénéfice de l'ensemble des usagers de la région.

L'année 2014 a aussi été celle de l'installation de la nouvelle commission spécialisée dans les droits des usagers. Le Président sortant a été réélu à l'unanimité lors de la séance du 9 décembre 2014.

Le rapport 2015 se veut, dans la continuité des précédents, un bilan des actions d'amélioration concrètes et transversales mises en place. Sa déclinaison par secteur d'activité, ambulatoire, sanitaire, et médico-social dans le respect de l'arrêté du 5 avril 2012 s'inscrit bien dans une démarche parcours.

La réalisation le 24 janvier 2014, de la journée d'Information / Formation / débat public consacrée aux droits des usagers a représenté un temps fort dans la réalisation du programme de l'année.

L'enquête régionale de satisfaction a constitué le deuxième axe important retenu par les membres de la commission. Cette évaluation a permis de mesurer le niveau de la qualité perçue par les usagers de notre système de santé et a mis en exergue le décalage entre le niveau de qualité attendue et le niveau de qualité perçue par les usagers.

Les établissements sanitaires et médico-sociaux s'inscrivent de plus en plus dans une démarche d'amélioration continue de la qualité et de la sécurité. L'évaluation interne est effective dans la majorité des structures et l'évaluation externe en progression constante.

Le lancement de l'enquête usagers dans le domaine médico-social, la création et l'alimentation en routine d'un espace usagers sur le site internet de l'agence de santé, l'information et la formation des représentants usagers siégeant dans les instances et autres groupes de travail, l'implication effective des membres de la commission dans la politique régionale de santé des usagers, constituent les principales actions que les membres de la commission souhaitent réaliser, au profit des usagers.

La commission souligne l'implication de plus en plus importante des établissements dans la recherche de l'amélioration du respect des droits des usagers du système de santé et encourage l'ensemble des acteurs à poursuivre leurs actions en faveur des usagers sur l'ensemble de la région Guadeloupe.

ANNEXES

Annexe 1 : Membres de la commission spécialisée Droits des usagers

COLLEGE	REPRESENTATION	Tit/Suppl	Civilité	NOM	PRENOM	ORGANISME - FONCTION
PRESIDENT			M.	HENRY	Jacques	Réseau KARUKERA ONCO
VICE PRESIDENT			Mme	LIN	Odile	Association Accueil Le Bel Age - EHPAD Le Paradis des Aînés
1 - Représentations collectivités territoriales	Communes	Titulaire	Mme	JASMIN	Victoire	Adjointe au Maire de Morne-à-l'Eau
		Suppléant	Mme	GUILLAUME	Stella	Conseillère Municipale du Moule
2 - Représentants des usagers de service de santé ou médico-sociaux	Associations agréées de santé	Titulaire	M.	CHINGAN	Dominique	Président du Comité Guadeloupe de la Ligue contre le Cancer
		Suppléant	M.	FOUCAN	Pierre	Comité Guadeloupe de la Ligue contre le Cancer
		Titulaire	Mme	TIROLIEN	Marie-France	Guadeloupe Espoir Drépanocytose
		Suppléant	Mme	LANDRY	Rachelle	Guadeloupe Espoir Drépanocytose
	Associations de retraités et personnes âgées	Titulaire	Mme	EDOUARD-DURIZOT	Elvire	Vice Présidente du CODERPAG
		Suppléant	M.	BECSANGELE	Lucien	2ème Vice Président du CODERPAG
		Titulaire	M.	DINART	Bertin	Vice Président Association l'Ancre d'Or (CODERPAG)
		Suppléant	Mme	LACAVE	Claudie	Secrétaire du CODERPAG
	Associations de personnes handicapées dont une intervenant dans le champ de l'enfance handicapée	Titulaire	Mme	LEBLANC	Solange	Fédération des Associations pour l'Insertion des Guadeloupéens Handicapés (FAIGH)
		Suppléant	Mme	PIERRE-JUSTIN	Claire	Trésorière de l'association AGPIHM
		Titulaire	Mme	PELAGE	Nadine	APAEI
		Suppléant	Mme	DOMICHARD	Danielle	Association pour l'Aide à l'Enfance et à l'Adolescence (AAEA)
3 - Représentants des conférences de territoire		Titulaire	Mme	LIN	Odile	Directrice EHPAD Le Paradis des Aînés
		Suppléant	M.	BENJAMIN	Alain	Association AGAPA Le Quadrille
4 - Partenaires sociaux		Titulaire	M.	KANCEL	Alain	FGS-FO

		Suppléant	M.	SAMSON	Pascal	FGS-FO
5 - Représentants des acteurs de la cohésion sociale et de la protection sociale		Titulaire	Mme	GALOU	Nicole	3ème Vice Présidente du CA de la CAF de la GUADELOUPE
		Suppléant	Mme	LEBOUIN	Sylviane	Présidente du CA de la CAF de la GUADELOUPE
6 - Représentants des acteurs de la prévention et de l'éducation pour la santé		Titulaire	Mme	JEGU	Josiane	Directrice de l'IREPS
		Suppléant	Mme	CHOLLET	Myriam	GIP RASPEG
7 - Représentants des offreurs des services de santé		Titulaire	M.	HENRY	Jacques	Réseau KARUKERA ONCO
		Suppléant	Mme	MEURY	Pierrette	Réseau KARUKERA ONCO

Annexe 2 : Qualité des membres de la CRUQPC

COMPOSITION ET QUALITE DES MEMBRES DE LA CRUQPC

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

* Membre à voix consultative

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

**Conférence Santé Autonomie
Participation - 2014**

Collèges	Nbre de membres	Représentation par collège 20 février 2014		Nbre de membres	Représentation par collège 31 octobre 2014	
		Présences	%		Présences	%
1 - "Collectivités"	12	3	25%	12	6	50%
2 - "Assoc agréées Usagers"	10	6	60%	10	9	90%
3 - "Conf Territoires"	3	3	100%	3	2	66%
4 - "Syndicats"	10	9	90%	10	7	70%
5 - "Protection Sociale"	6	5	83%	6	5	83%
6 - "Prévention"	10	6	60%	10	7	70%
7 - "Service Santé"	33	22	66%	34	26	76%
8 - "Personnes Qualifiées"	1	1	100%	2	2	100%
TOTAL	85	55	65%	87	64	74%

Commission Spécialisée Organisation des Soins Participation - 2014

Collèges	Nbre de membres	Représentation par collège 5 juin 2014		Représentation par collège 23 septembre 2014		Nbre de membres	NOUVELLE CSOS Représentation par collège 16 décembre 2014		% global de participation pour 2014
		Présences	%	Présences	%		Présences	%	
1 - "Collectivités"	6	1	16%	3	50%	5	2	40%	35%
2 - "Assoc agréées Usagers"	4	2	50%	2	50%	4	4	100%	66%
3 - "Conf Territoires"	3	3	100%	3	100%	3	3	100%	100%
4 - "Syndicats"	6	4	66%	3	50%	6	4	66%	61%
5 - "Protection Sociale"	2	1	50%	1	50%	2	1	50%	50%
6 - "Prévention"	2	1	50%	2	100%	2	2	100%	83%
7 - "Service Santé"	22	16	72%	16	72%	23	15	65%	70%
Représentants CS Médico-Soc	1	1	100%	0	0%	2	pas encore désignés		50%
TOTAL	47	29	61%	30	63%	45	31	68%	68%

Commission Spécialisée Prévention Participation - 2014

Collèges	Nbre de membres	Représentation par collège 2 décembre 2014		% global de participation pour 2014
		Présences	%	
1 - "Collectivités"	6	4	66%	66%
2 - "Assoc agréées Usagers"	6	6	100%	100%
3 - "Conf Territoires"	3	3	100%	100%
4 - "Syndicats"	4	3	75%	75%
5 - "Protection Sociale"	4	4	100%	100%
6 - "Prévention"	6	4	66%	66%
7 - "Service Santé"	4	4	100%	100%
TOTAL	33	28	85%	85%

Commission Spécialisée Accompagnements Médico-Sociaux Participation - 2014

Collèges	Nbre de membres	Représentation par collège 20 janvier 2014		% global de participation pour 2014
		Présences	%	
1 - "Collectivités"	6	1	17%	17%
2 - "Assoc agréées Usagers"	5	3	60%	60%
3 - "Conf Territoires"	3	3	100%	100%
4 - "Syndicats"	4	2	50%	50%
5 - "Protection Sociale"	2	1	50%	50%
6 - "Prévention"	0			
7 - "Service Santé"	10	6	60%	60%
Représentants CS Organisation Soins	2	1	50%	50%
TOTAL	32	17	53%	53%

Commission Spécialisée Droits des Usagers - Participation - 2014

Collèges	Nbre de membres	Représentation par collège 7 janvier 2014		Représentation par collège 11 février 2014		Représentation par collège 3 juin 2014		Représentation par collège 8 juillet 2014		Représentation par collège 12 septembre 2014		Représentation par collège 28 octobre 2014		Représentation par collège 9 décembre 2014 <i>installation nouvelle CSU</i>		% global de participation pour 2014
		Présences	%	Présences	%	Présences	%	Présences	%	Présences	%	Présences	%	Présences	%	
1 - "Collectivités"	1	0	0%	0	0%	0	0%	0	0%	0	0%	0	0%	1	100%	14%
2 - "Assoc agréées Usagers"	6	3	50%	4	66%	4	66%	3	50%	1	16%	3	50%	6	100%	57%
3 - "Conf Territoires"	1	1	100%	0	0%	0	0%	1	100%	1	100%	1	100%	1	100%	71%
4 - "Syndicats"	1	1	100%	1	100%	1	100%	1	100%	1	100%	0	0%	1	100%	86%
5 - "Protection Sociale"	1	1	100%	1	100%	0	0%	1	100%	0	0%	1	100%	1	100%	71%
6 - "Prévention"	1	0	0%	0	0%	0	0%	0	0%	0	0%	0	0%	1	100%	14%
7 - "Service Santé"	1	1	100%	1	100%	1	100%	1	100%	1	100%	0	0%	1	100%	86%
TOTAL	12	7	58%	7	58%	6	50%	7	58%	4	33%	5	42%	12	100%	57%

Annexe 4 : Liste des sigles

- AME : Aide médicale d'Etat ;
- ANFH : Association Nationale pour la Formation permanente du personnel Hospitalier ;
- ANSEM : Agence nationale de l'évaluation et de la qualité des établissements et services sociaux et médico-sociaux.
- ARS : Agence Régionale de santé ;
- CISS : Collectif Inter associatif sur la santé ;
- CDSP : Commission départementale de soins psychiatriques ;
- CLAN : Comité de Liaison en Alimentation et Nutrition
- CLIN : Comité de lutte contre les infections nosocomiales ;
- CLS : Contrat Local de Santé ;
- CLUD : Comité de Lutte contre la Douleur ;
- COVIRIS : Coordination des Vigilances et Risques Sanitaires ;
- CPOM : Contrat Pluriannuel d'Objectifs et de Moyens.
- CRUQPC : Commission des Relations avec les Usagers et de la qualité de la prise en charge ;
- CSA : Conférences de la santé et de l'autonomie ;
- CTSP : Commission Territoriale de soins psychiatriques ;
- CUCS : Contrat urbain de Cohésion Sociale ;
- CVS : Conseil de Vie Sociale ;
- DPC : Développement Personnel Continu ;
- DREES : Direction régionale d'études économiques et statistiques ;
- EHPAD : Etablissement d'hébergement pour personnes âgées dépendantes ;
- ESMS : Etablissements et services médico-sociaux ;
- HAS : Haute Autorité de Santé ;
- HPST : Hôpital, Patients, Santé et Territoires ;

- ICE : Inspection contrôle évaluation ;
- MDPH : Maison Départementale des Personnes Handicapées ;
- URPS : Union régionale des professionnels de santé ;
- ZEP : Zone d'Education Prioritaire ;