

Conférence Régionale de la Santé Guadeloupe

**Rapport spécifique relatif aux
conditions dans lesquelles sont
appliqués et respectés les droits des
usagers du système de santé**

[Année 2006 – validé par la C.R.S. le 17.04.08]

PLAN DU RAPPORT

Introduction

Composition du bureau de la CRS de Guadeloupe

I.	Présentation de la Guadeloupe et de sa situation sanitaire	p. 6
II.	Le Dispositif réglementaire	p. 10
III.	Données sanitaires	p. 14
IV.	Liste des établissements sollicités	p. 15
V.	Résultat de l'enquête	p. 16
VI.	Recommandations	p. 24
Annexe 1 : Questionnaire		p. 25
Annexe 2 : Tableau récapitulatif des résultats de l'enquête		p. 29

INTRODUCTION

Prévue par la loi de santé publique du 9 août 2004, la Conférence Régionale de Santé (CRS) contribue à la détermination des objectifs régionaux de santé publique et à l'évaluation des programmes pluriannuels régionaux de santé publique qui constituent le Plan Régional de Santé Publique (PRSP).

Elle est consultée par le Préfet de région dans le cadre de l'élaboration du PRSP. Elle est tenue informée, au moins annuellement, de l'état d'avancement des actions et des programmes pluriannuels mis en œuvre dans le cadre du PRSP et de leur évaluation. La CRS est une instance permanente consultative.

Ses avis, rendus publics, sont transmis aux responsables des pôles régionaux de l'Etat qui conduisent des actions dans le cadre du PRSP, au directeur de l'Agence régionale de l'hospitalisation et au directeur de la Mission régionale de santé.

Dans le cadre de ses missions, la CRS établit annuellement le rapport-type des conditions dans lesquelles sont appliqués et respectés les droits des personnes malades et des usagers du système de santé.

La prise en compte du droit des usagers dans le système de santé est une donnée récente. Il englobe de nombreuses thématiques (droits à l'information, droit à l'accès aux soins, droit à la dignité, etc.) qui peuvent s'exercer dans différents cadres de santé.

L'idée de ce rapport relève de la Direction Générale de la Santé qui a mis en évidence :

- Qu'il existe de nombreuses structures concernées par le respect des droits des usagers ;
- Que de nombreuses sources d'information portent sur ces thèmes ;
- Que le recueil de données n'est pas organisé de manière homogène ;
- Que l'accessibilité aux données est inégale d'une institution à une autre.

C'est ainsi qu'un rapport est demandé à chaque région de France sur l'accès à l'information et sur le respect des droits des usagers dans le système de santé.

Dans le cadre de l'application de la loi n° 2004-806 du 9 août 2004 relative à la politique de santé publique, du code de santé publique et notamment ses articles L. 1411-3, L. 1411-12 et R. 1411-2, de l'arrêté du 10 juillet 2006 relatif au modèle du rapport spécifique de la Conférence régionale de santé sur le respect des droits des usagers du système de santé, de la circulaire DGS/SD1B n° 2006-355 du 10 juillet 2006, la Conférence régionale de Santé de Guadeloupe a élaboré un rapport sur le respect des droits des usagers du système de santé.

L'article R. 1411-2 du code de la santé publique (CSP) prévoit que « *le rapport spécifique mentionné à l'article L. 1411-12, relatif aux conditions dans lesquelles sont appliquées et respectées les droits des personnes malades et des usagers du système de santé, est adopté par la conférence à la majorité des membres présents, avant sa transmission à la Conférence Nationale de Santé (CNS). Il est établi selon un modèle fixé par arrêté du ministre chargé de la santé* ».

A cet effet une enquête a été menée auprès des 25 établissements de santé de la Guadeloupe, (13 privés, 12 publics), et a plus précisément porté sur l'accès aux dossiers médicaux par les usagers dans les établissements de santé.

C'est ce rapport d'enquête qui est présenté à l'Assemblée pour être adopté.

COMPOSITION DU BUREAU DE DE LA CRS DE GUADELOUPE

COLLEGE		ET REPARTITION REPRESENTANTS					
N°			Représentants	Nom	Prénom	Qualité	INSTITUTION OU ORGANISME
1	ORGANISMES D'ASSURANCE MALADIE OBLIGATOIRE	Le Président ou son représentant du C.A de la CGSS	Titulaire	M. TAURUS	Pierrot	Administrateur représentant des salariés	Caisse Générale de Sécurité Sociale de Gpe
			Suppléant				
2	MALADES ET USAGERS DU SYSTEME DE SANTE	Le Président d'une association départementale des consommateurs	Titulaire	M. GRIFFARD	Judes	Président	Union Régionale des Consommateurs
			Suppléante	Mme SALCEDE	Albertine	Présidente	Association Pour l'Information et la Prévention de la Drépanocytose de la Guadeloupe
3	PROFESSIONNELS DE SANTE EXERCANT A TITRE LIBERAL	Le Président ou son représentant de l'ordre des médecins	Titulaire	Dr MOZAR	Alex		Conseil National de l'Ordre des Médecins
			Titulaire	Dr BOULANGER	Jean-Marc	Service de Chirurgie Générale Digestive	Centre Hospitalier Universitaire de Pointe-à-Pitre/Abymes
	Suppléant	Dr SUEDOIS	José	Président	CMPP Les LUCIOLES		
	PROF. DE SANTE NON MEDICAUX	FGS/FO (1 pour le sanitaire, 1 pour le médico-social /secteur social)	Suppléante	Mme SAHAÏ	Lucette	Infirmière, Service Echo-Doppler	CHU de Pointe-à-Pitre/Abymes

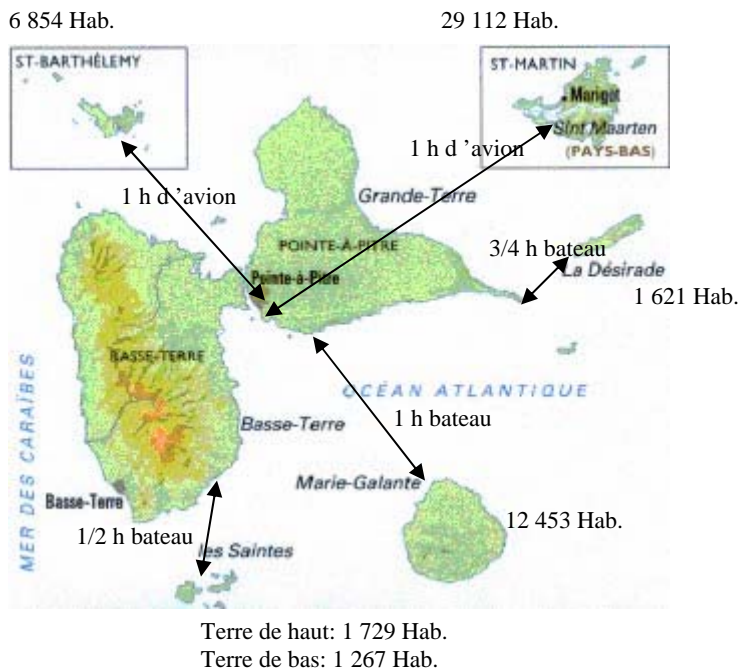
COLLEGE		ET REPARTITION REPRESENTANTS					
N°		Représentants	Nom	Prénom	Qualité	INSTITUTION OU ORGANISME	
4	INSTITUTIONS SOCIALES ET MEDICO-SOCIALES	Médico-Sociales URIOPS (la présidente)	Titulaire	Dr HAMOUSIN-METREGISTE	Roberte	Présidente	Union Régionale Interfédérale des Œuvres et Organismes Privés Sanitaires et Sociaux (URIOPSS)
	ASSOCIATIONS A BUT HUMANITAIRE INTERVENANT DANS LE DOMAINE DE LA SANTE	Le Président ou son représentant	Titulaire	Dr CHECKMODINE	Paul	Croix-Rouge Française, Délégation Départementale de la Gpe	
	INSTITUTIONS SOCIALES ET MEDICO-SOCIALES	Médico-Sociales : CROSM (1)	Suppléant	M. THOMAS	Jean-Claude		
	ORGANISMES DE PREVENTION, D'EDUCATION POUR LA SANTE	Le directeur du COGES	Suppléante	Mme Mélot	Pascale	Directrice	Comité Guadeloupéen d'Education pour la Santé (COGES)
5	PERSONNALITES QUALIFIEES (désignées par le Préfet en raison de leur compétence)	Le médecin coordonnateur du réseau HTA/ Diabète	Titulaire	Dr ATALLAH	André	Chef de Service	Centre Hospitalier de la Basse-terre
		Professeur d'université:	Suppléant	M. JOSEPH	Henry	Pharmacien	
6	REPRESENTANT DES ACTEURS ECONOMIQUES		Titulaire	M. MELTEOR	Jacques		Conseil économique et social régional
			Suppléant	M. MONTANTIN	Jean-Claude		UDAF - Union des Associations Familiales

I. PRESENTATION DE LA GUADELOUPE ET DE SA SITUATION SANITAIRE

1.1. Présentation de la Guadeloupe

Une double insularité et un éloignement

A 6 747 Km de la France hexagonale, la Guadeloupe forme un archipel de 1 704 Km².



La pression démographique : Une situation contrastée.

Estimée à 440 613 personnes au premier janvier 2004, la population de la Guadeloupe poursuit une progression constante. La densité atteint 255 habitants au KM² contre 109 en métropole. L'agglomération pointoise concentre plus du tiers de la population.

La population guadeloupéenne se caractérise par sa « jeunesse » : 32 % de la population est âgée de moins de 20 ans (25% en métropole). Le taux de natalité demeure élevé : 17,1 ‰ (12,6 ‰ en métropole).

Toutefois, cette population a sensiblement vieilli : si la part moyenne des personnes âgées de 60 ans n'est que de 14% (22% en métropole), on assiste néanmoins à un accroissement constant de cette population (+ 30% de 1990 à 1999). Ce vieillissement engendre des éléments potentiels de précarité (maladies, fragilisation) et accentue le besoin de couvrir le déficit structurel de la prise en charge (cf. Diagnostic de ressources www.guadeloupe.pref.gouv.fr).

La composition pluriethnique de la population guadeloupéenne a des incidences sur la prévalence de certaines pathologies (drépanocytose, cancer de la prostate, diabète).

Les indicateurs sociaux de précarité

Un taux de chômage élevé surtout chez les jeunes.

Au 1er janvier 2003, la Guadeloupe comptait 44 600 chômeurs. Depuis 1999, la baisse du chômage en Guadeloupe est continue : en 4 ans il a reculé de plus de 6 points, passant de 31 % à 24,7%. Malgré des progrès chez les femmes et les jeunes, ils restent surreprésentés parmi les chômeurs.

Les femmes sont encore 29 % à subir le chômage, soit 8 points de plus que les hommes. Le chômage des jeunes reste supérieur à 50%, en diminution de 12 points par rapport à 1999.(INSEE 2004).

La place du travail informel (« le job ») dans l'économie constitue une autre caractéristique de la structuration du marché de l'emploi de la Guadeloupe. Une étude de l'Insee dénombrait 15 200 emplois non déclarés en Guadeloupe en 2002 soit 12,6 % des emplois totaux.

La proportion des minima sociaux marque une forte précarisation (Extrait du Statiss 2005).

Le R.M.I. (Revenu minimum d'insertion) est l'allocation la plus distribuée. Elle est perçue par 32 227 personnes au 1er janvier 2004, soit 137,5 pour 1 000 habitants contre 30,9 en métropole. Une analyse par tranches d'âge fait apparaître que 76 % des RMistes en Guadeloupe ont entre 30 et 59 ans.

L'A.P.I. (allocation parent isolé) concerne au 1er janvier 2004, 4 484 allocataires, soit 38,4 femmes sur 1 000 de 15 à 49 ans contre 11,9 en métropole.

L'A.A.H. (allocation adulte handicapée) concerne 6 440 personnes au 1er janvier 2004, soit 23,6 pour 1 000 personnes de 20 ans et plus contre 16,6 en métropole

La C.M.U. complémentaire (Couverture maladie universelle) concerne au 1er janvier 2004, 144 486 personnes soit 32,9 % de la population contre 6,6 % en métropole.

Les conditions de logement s'améliorent mais la demande de logement social reste forte.

Les cases et habitations de fortune ne représentaient plus en 1999 (INSEE 2002) qu'un dixième des résidences principales ; 9 logements sur 10 sont équipés de sanitaires. Il restait encore 1% de Guadeloupéens sans eau, ni électricité en 1999. Toutefois, environ 22 000 demandes de logement social sont en attente en 2005.

1.2. Situation sanitaire

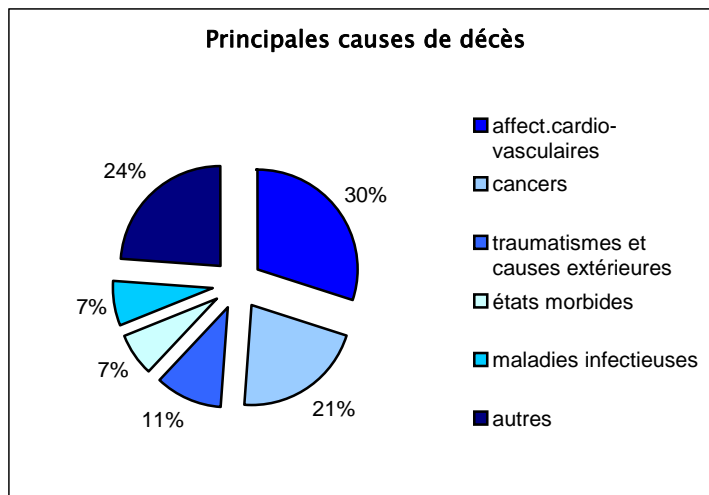
L'état de santé de la population de la Guadeloupe s'est beaucoup amélioré. Les principaux indicateurs ont connu une évolution favorable depuis ces quinze dernières années grâce notamment, à la diminution de la mortalité infantile, à l'amélioration globale des conditions de vie, aux progrès médicaux et au développement de l'offre de santé. La tendance évolutive est la même aux Antilles Françaises et en Métropole. Néanmoins, certaines problématiques sont surreprésentées en Guadeloupe.

Les données d'analyse sont issues des certificats de décès, des motifs d'hospitalisations et d'inscriptions au registre des affections de longue durée (ALD) avec les limites communément admises qu'introduisent la méconnaissance de pathologies qui n'ont pas engendré de soins hospitaliers, les sous déclarations et le défaut d'appréhension de la globalité des problèmes psycho -sociaux notamment.

La mortalité et ses causes restent stables : les maladies cardio-vasculaires occupent toujours le premier rang:

Le taux brut de mortalité qui reste stable, affiche en 2003 une valeur égale à 6 ‰, plus basse qu'en métropole où elle atteint 9 ‰, en raison notamment des effets produits par la structure d'âge de la population de la Guadeloupe.

Le classement des causes de décès est le même qu'en métropole et est demeuré identique depuis ces 15 dernières années puisque les maladies de l'appareil circulatoire (MCV) occupent toujours le premier rang (30%), suivi des tumeurs (21%), des traumatismes (11%), des maladies de l'appareil respiratoire et au cinquième rang les maladies infectieuses.



Toutefois, il convient de souligner qu'à structure d'âge identique :

- les décès par maladie cardio-vasculaire et par cancer ont diminué chez les hommes et dans des proportions plus faibles pour cette dernière pathologie,
- la relative stabilité du nombre de décès par traumatisme depuis 1988,
- la première place antillo-guyanaise qu'occupe la Guadeloupe pour les accidents de la voie publique,
- et la diminution de la part des décès par suicide entre 1998 et 2001 (17 % versus 11 %).

Le profil des causes de décès se rapproche de celui des pays industrialisés : Les décès par MCV sont sur représentés et regroupent l'infarctus du myocarde, l'accident vasculaire cérébral. Les cancers qui occasionnent des taux de mortalité les plus élevés sont le sein chez la femme et la prostate chez l'homme. Néanmoins, en l'absence de registre du cancer dans la région, le recueil des données de suivi des causes de décès est basé sur les statistiques des services hospitaliers.

Les traumatismes chez les hommes et les cancers chez les femmes sont au premier rang des années potentielles de vie perdues

Si le taux de mortalité est relativement bas, la mortalité prématurée est préoccupante. Un décès sur 3 survient en effet avant l'âge de 65 ans. Ce sont les hommes qui en paient le plus lourd tribut.

Les causes en sont :

- chez l'homme :
 - o d'abord les causes externes de traumatisme et d'empoisonnement, puis
 - o les maladies cardio-vasculaires,
 - o les cancers
 - o et enfin les maladies infectieuses dont la part a doublé depuis la période 1987-1990 en raison de l'évolution du VIH-SIDA.
- chez la femme :
 - o aux cancers en premier lieu, suivis
 - o des maladies cardio-vasculaires,
 - o des traumatismes et empoisonnements,
 - o et enfin les maladies infectieuses dont le VIH-SIDA. La progression de la mortalité par le VIH est de plus faible amplitude que chez les hommes.

L'espérance de vie a fortement progressé:

La longévité a fortement progressé ces 15 dernières années parmi les autres indicateurs globaux. En 2002, l'espérance de vie à la naissance (ESV) des hommes est de 73,6 ans et celle des femmes de 80,7 ans ; sur une période de 12 ans, les femmes ont gagné 2 ans et 4 mois de vie en plus et les hommes 3 ans et 4 mois. L'ESV hommes et femmes réunis (77 ans) s'est rapprochée ainsi des chiffres de la métropole sans l'atteindre (79 ans). Les données disponibles indiquent qu'elle est de 3 points supérieure à l'ESV moyenne observée dans les pays de la région Amérique, la plus basse étant enregistrée à Haïti (52,7 ans). Les bons résultats obtenus en Guadeloupe sont corrélés à la baisse continue depuis les années 1970 de la mortalité infantile et à partir de 1990, date à laquelle on assiste à la stabilisation de ce dernier indicateur, à l'amélioration des conditions de santé à d'autres âges de la vie.

Les efforts consentis tendent à améliorer les indicateurs de périnatalité, mais il est urgent de continuer :

Les indicateurs dans le domaine de la périnatalité tendent à se rapprocher de ceux de la France métropolitaine.

Même si le taux de mortalité infantile (6,4 ‰ en 2002) reste encore à un niveau supérieur à celui de la métropole (4,1 ‰), il est passé entre 1990 et 2002 de 9,6 ‰ au chiffre actuel, alors que dans cette même période, il passait en métropole de 7,3 à 4,1.

L'évolution du taux de mortalité périnatale est globalement favorable depuis 20 ans mais la tendance à la baisse n'est pas consolidée. Cet indicateur doit être amélioré pour tendre vers l'objectif annexé à la loi de santé publique « réduire la mortalité périnatale de 15 % ».

2. LE DISPOSITIF REGLEMENTAIRE

Le dispositif réglementaire en vigueur correspond à l'histoire des droits des usagers en France et dans la région.

2.1. Les droits des usagers

Le droit des usagers est une notion relativement récente :

- 1995 : publication par le ministère de la santé d'une charte du patient hospitalisé (réactualisation de la charte de 1974) ;
- 1996 : ordonnance du 24/04/1996 portant réforme de l'hospitalisation publique et privée avec un titre premier qui fait de la qualité de prise en charge un objectif qui devra être évalué régulièrement. Cette même ordonnance prévoit la présence des usagers aux Conseils d'administration des établissements, et la création des Commissions régionales de conciliation et d'indemnisation;
- 2002 : après la réunion d'Etats généraux de la santé en 1998 et 1999, un travail intense de rédaction d'un texte législatif a été réalisé et a été voté le 19/02/2002. Cette loi, adoptée à l'unanimité, est promulguée le 04/03/2002 .
- 2004 : loi du 09/08/2004 relative à la santé publique qui précise que les usagers et leurs associations doivent être directement associés aux réflexions et à la mise en place d'une politique de santé publique.

En même temps que le droit national se créait, des textes internationaux se faisaient jour :

- Déclaration sur le développement des droits des patients en Europe (Organisation Mondiale de la Santé/AMSTERDAM/1994) ;
- Charte de l'enfant hospitalisé ;
- Convention européenne sur les droits de l'homme et la biomédecine ratifiée par la France en avril 1997 ;
- Le conseil des ministres du conseil de l'Europe s'est prononcé en 2000 pour le développement de politiques d'appui au développement d'organisations civiques d'usagers pour les soins.

Les principaux droits individuels liés à ces textes sont :

- **DROIT A L'ACCES AUX SOINS** mis en œuvre par la loi d'orientation relative à la lutte contre les exclusions de 1998 (loi 98-657 du 29/07/1998), qui prévoit la création de consultation de Permanence d'Accès aux Soins et à la Santé (PASS). La loi de 2004 étend la possibilité de faire appel à une PASS au secteur de l'hospitalisation privée.
- **DROIT A LA QUALITE DES SOINS** par la procédure d'accréditation (Haute Autorité de Santé) :
 - Le renforcement de la lutte contre les infections nosocomiales : les derniers textes prévoient un recueil des infections nosocomiales par l'INPES (art 11314-14 du code de la santé publique) ;
 - La prise en charge de la douleur avec la création de consultations anti-douleurs ;
 - Le droit de mourir dignement : après plusieurs textes, la loi 2005-370 du 24/04/2005 précise que le médecin sauvegarde la dignité du mourant et assure la qualité de sa fin de vie quand celui-ci, souffrant d'une affection incurable en phase avancée ou terminale, a exprimé sa volonté d'interrompre le traitement et ce après avoir été informé loyalement des conséquences de son choix.
- **DROIT AU RESPECT DE L'INTIMITE ET DE LA VIE PRIVEE** : à signaler l'existence de plusieurs sources de droit (code civil, code de la santé publique, jurisprudence). Ainsi, la chambre d'hôpital est un lieu privé, élément essentiel de l'intimité. Cela signifie que personne ne peut accéder à une chambre sans l'accord de l'occupant. Le respect de la correspondance doit aussi être mis en œuvre.

- DROIT AU SECRET PROFESSIONNEL

- Le code pénal définit en ses articles 226-13 et 226-14 le secret professionnel. Le secret médical est une composante du secret professionnel et est codifié dans plusieurs textes : code de la sécurité sociale, codes de déontologie.
- Loi du 04/03/2002 à précisé et renforcé la protection du secret concernant les personnes prises en charge par un réseau de soins. Il est donc clair que le secret professionnel concerne aussi la communication entre médecins et que ce secret ne peut être levé qu'après l'autorisation du patient concerné.

- DROIT A L'INFORMATION

2.2. Informations sur les droits des patients dans les établissements de santé

Le respect du droit à l'information concerne en particulier les établissements de santé qui ont obligation de dispenser des informations aux usagers et ce dans un cadre précis et sous une forme précise.

2.1.1. La définition des droits fondamentaux

Les droits fondamentaux des personnes incluent la participation de l'utilisateur et de son entourage à la conception et à la mise en œuvre de sa prise en charge :

- Respect de la dignité, intégrité, vie privée, intimité, sécurité ;
- Libre choix entre les prestations : domicile/établissement ;
- Prise en charge ou accompagnement individualisé et de qualité, respectant un consentement éclairé ;
- Confidentialité des données concernant l'utilisateur ;
- Accès à l'information ;
- Information sur les droits fondamentaux et voies de recours ;
- Participation directe au projet d'accueil et d'accompagnement.

2.1.2. Les modalités d'exercice de ces droits : cinq nouveaux outils sont prévus

1. Le livret d'accueil :
 - a. Outil de prévention des risques de maltraitance.
 - b. Aucun décret prévu (précision par voie de circulaire).
 - c. Sont annexés au livret d'accueil :
 - Une charte des droits et libertés de la personne accueillie (arrêté ministériel)
 - Le règlement de fonctionnement de l'établissement ou du service ;
2. La charte des droits et libertés : arrêtée par les ministres compétents après consultation de la section sociale du Comité National de l'Organisation Sanitaire et Sociale mentionné à l'article L.6121-9 du code de la santé publique.
3. Le contrat de séjour (ou le document contractuel)
 - a. Selon les cas : contrat de séjour ou document individuel de prise en charge.
 - b. Contenu : objectifs et nature de la prise en charge, détail de la nature des prestations offertes et du coût prévisionnel.
 - c. Contenu minimal fixé par décret en conseil d'Etat, selon les catégories d'établissements et de personnes accueillies.

4. Le conciliateur/médiateur :
 - a. En cas de conflit entre l'utilisateur (ou son entourage) et l'équipe de l'établissement ou du service.
 - b. Liste départementale de personnalités qualifiées établie conjointement par le préfet et le président du Conseil Général.
 - c. Un décret en conseil d'Etat précise les modalités du compte rendu aux autorités et aux usagers.
5. Le règlement de fonctionnement de l'établissement ou du service :
 - a. Définit les droits des accueillis, leurs obligations et devoir ;
 - b. Etablit après consultation du conseil de la vie sociale ;
 - c. Prévoit des dispositions minimales fixées par décret en Conseil d'Etat.

Un ensemble de textes régit l'accueil et l'information dus aux patients. Ces textes organisent à la fois l'information générale :

- Livret d'accueil ;
- Dossier médical ;
- Charte de la personne hospitalisée.

2.3. Participation des usagers dans les instances des établissements de santé

Les usagers ont des droits au sein de l'établissement en tant que patients mais aussi dans les instances réglant le fonctionnement de l'institution, décidant de sa politique de santé ou qui instruisent les plaintes des patients. Cette représentation se fait par des associations qui ont reçu un agrément dans cet objectif.

2.3.1 Les établissements sociaux et médico-sociaux

La loi 2002-2 du 2 janvier 2002 a prévu pour les établissements sociaux et médico-sociaux soit un conseil d'établissement (ancienne nomination) appelé Conseil de vie Sociale, soit une autre forme de participation des usagers pour les équipes mobiles (SSIAD, SESSAD) qui peuvent instituer des groupes de parole ou mettre en place des enquêtes de satisfaction.

Le conseil de la vie sociale ou une autre forme de participation des usagers :

- Rendre plus opérants les modes de participation des usagers à la vie de l'établissement et garantir les droits des usagers au fonctionnement de l'établissement ou du service dans lequel ils sont accueillis ;
- Lieu d'échanges et d'expression sur toutes les questions intéressant le fonctionnement de l'établissement ou du service dans lequel est accueillie la personne ;
- Champ d'application : tout établissement ou service délivrant des prestations sur « un point fixe » ;
- Dans les établissements accueillant des enfants, le conseil n'est pas obligatoire si les enfants accueillis sont majoritairement moins de onze ans ;
- Dans les établissements où la mise en place du conseil n'est pas obligatoire [équipes mobiles (SSIAD, SESSAD...)], une autre forme de participation pourra être instituée (ex : groupe d'expression ou enquêtes de satisfaction).

2.3.2 Les établissements sanitaires

Pour les établissements sanitaires les usagers doivent participer à 2 instances :

1. Le conseil d'administration : selon le classement de l'établissement, le conseil d'administration a une représentation :

- a. Des collectivités territoriales ;

- b. Des personnels hospitaliers médicaux et non médicaux ;
- c. Des représentants des usagers qui sont issus d'associations agréées.

Les missions du Conseil d'administration (sont instituées par l'art 16143-5 du code de santé publique)

2. La CRUQ (Commission des Relations avec les Usagers et de la Qualité de la prise en charge) : cette commission créée par la loi du 09/08/2004 a pour objectif d'établir un rapport annuel sur la politique de l'établissement de santé sur le droit des usagers, la qualité de l'accueil et de la prise en charge. L'ARH et la CRS sont les destinataires de ce rapport annuel.

Elle est présidé par le représentant légal de l'établissement et est composé de deux médiateurs : un médecin et un non médecin, et de deux représentants des usagers désigné par le directeur de l'ARH.

Cette commission doit se réunir au moins une fois par trimestre afin d'examiner les plaintes et réclamations. Si le président ne veut pas procéder à la convocation de la commission, la moitié des personnes ayant voix délibérative peuvent convoquer cette instance.

Tout usager peut exposer oralement ses griefs devant un représentant légal de l'établissement de soins. Si la réponse donnée est insatisfaisante, il peut alors déclencher une procédure écrite. Si la plainte concerne la qualité ou l'organisation des soins, c'est le médecin membre de la CRUQ qui reçoit la plainte et formule une proposition de règlement de conflit. Si la plainte concerne un sujet non médical, c'est le médiateur qui travaille au règlement de ce conflit.

Si le conflit persiste, le plaignant peut saisir la CRCI.

2.4. Représentation des usagers dans les instances de santé

Les usagers sont représentés dans différentes instances que ce soit au niveau national, régional ou local dans les établissements.

Les associations peuvent bénéficier d'un agrément national ou d'un agrément régional. La procédure d'agrément vérifie :

- l'activité effective et publique de l'association en vue de la défense des droits des personnes malades et des usagers du système de santé,
- les actions de formation et d'informations conduites,
- la représentativité de l'association,
- l'indépendance,
- la transparence de gestion.

Il existe dans chaque région des instances où siègent ou devraient siéger les représentants des usagers. Il s'agit :

- De la Commission Régionale de Conciliation et d'Indemnisation (CRCI) ;
- De la Conférence Régionale de Santé (CRS) ;
- Du Comité Régional d'Education à la Santé (CRES) ;
- Du Comité Régional d'Organisation Sanitaire (CROS) ;
- Du Comité Régional d'Organisation Sociale et Médico-Sociale (CROSMS) ;
- De la commission Départementale des Hospitalisations Psychiatriques (CDHP) ;
- Du Comité de coordination de la lutte contre l'infection par le virus de l'immunodéficience humaine (COREVIH).

3. DONNEES SANITAIRES

- 10 Etablissements publics dont
 - 1 Centre Hospitalier Universitaire
 - 5 Hôpitaux généraux
 - 2 Hôpitaux locaux
 - 1 Hôpital psychiatrique
 - 1 Centre de gérontologie
- 12 Etablissements privés
- 3350 Lits et places
- 5000 agents hospitaliers et salariés
- 1 Faculté de médecine
- 6 formations paramédicales

4. ETABLISSEMENTS DE SANTE SOLLICITES

NOMS	COMMUNE
Etablissements de santé privés	
CLINIQUES LES NOUVELLES EAUX VIVES	Saint-Claude
CLINIQUE LE GAI FOYER	Saint-Claude
CENTRE MANIOUKANI	Gourbeyre
CENTRE MEDICO-SOCIAL	Basse-Terre
CLINIQUE ST PIERRE	Basse-Terre
CLINIQUE LA VIOLETTE	Trois-Rivières
CLINIQUE L'ESPERANCE	Abymes
CLINIQUE LES EAUX CLAIRES	Baie-Mahault
POLYCLINIQUE DE LA GUADELOUPE	Pointe-à-Pitre
POLYCLINIQUE ST CHRISTOPHE	Basse-Terre
CLINIQUE LES EAUX MARINES	Moule
CLINIQUE DE CHOISY	Gosier
Etablissements de santé publics	
C.H.U	Abymes
C.H.B.T.	Basse-Terre
CH MONTERAN	Saint-Claude
CH STE MARIE MARIE-GALANTE	Grand-Bourg
HOPITAL DE BRUYN	Saint-Barthélemy
CH L-C FLEMING	Saint-Martin
CH L-D BEAUPERTHUY	Pointe-Noire
CH MAURICE SELBONNE	Bouillante
HOPITAL LOCAL CAPESTERRE BELLE EAU	Capesterre Belle-Eau
CENTRE GERONTOLOGIQUE DU RAIZET	Abymes
TOTAL : 23 Etablissements de santé en Guadeloupe	

5. RESULTATS DE L'ENQUETE

Cette enquête a pour objectif de rendre compte dans les établissements de santé, publics et privés, du respect des droits des usagers, et des modalités d'accès aux dossiers médicaux dans ces établissements.

Ce droit d'accès au dossier médical existe pour tous les établissements de la région. Le processus d'accès par les patients est décrit dans les rapports de certification faits par les experts visiteurs de l'HAS (Haute autorité de santé) lors de leurs visites dans ces établissements. Cependant, ces rapports ne sont pas assez approfondis sur certains points.

Dans cette perspective, cette enquête souhaite avoir une analyse plus objective sur la procédure mise en place par les établissements de santé, sur l'accès des patients à leur dossier médical.

Description de l'enquête :

Cette enquête s'intéresse aux établissements de santé et aux usagers. Pour cette année, il n'a pas été possible d'interroger les usagers.

De ce fait, la CRS a limité son travail d'enquête en interrogeant les établissements de santé, publics et privés, sur la procédure d'accès au dossier médical des usagers.

Lors de cette enquête, il a été envoyé aux 25 établissements de santé de Guadeloupe (13 privés, 12 publics) de santé, un premier courrier suivi du questionnaire (annexé à la fin du rapport).

Le premier courrier interrogeait les établissements sur :

- L'affichage de la charte des droits du malade ;
- La mise en place d'une boîte de doléances ;
- Le circuit de gestion des plaintes.

Analyse des questionnaires sur l'accès aux dossiers médicaux par les usagers dans les établissements de santé de Guadeloupe

Faute de n'avoir pu mettre en place l'enquête sur les usagers, l'interprétation n'a été faite que sur les réponses des hôpitaux.

Le taux de réponse au questionnaire est important (80%). 91% des établissements publics (11/12) ont répondu contre 69% des établissements privés (9/13).

Concernant :

- **affichage de la charte des droits du malade** : 60% des établissements interrogés affirment l'affichage de la charte dans les chambres et à l'entrée de l'établissement.
- **boîte de doléances** : 55% utilisent ce système pour permettre aux usagers d'exprimer leurs doléances dans l'anonymat.
- **circuit de gestion des plaintes** : 60% ont une procédure de suivi des plaintes des usagers.

A- La procédure d'accès au dossier médical dans les établissements de santé

65% des établissements de santé (13/20) affirment qu'il existe une procédure administrative interne concernant l'accès aux dossiers médicaux pour les usagers (cf. annexe tableau 1).

Parmi les 13 établissements qui ont dit oui, 7 sont des établissements privés et 6 sont publics. (cf. annexe tableau 2), pour 8 d'entre eux la procédure est écrite, soit 61,5% (4 privés et 4 publics) (cf. annexe tableaux 3 et 4).

La gestion de cette procédure est léguée à une ou plusieurs personnes dans 11 établissements (cf. annexe tableau 5), on comptabilise 5 privés et 6 publics (cf. annexe tableau 6).

La fonction des personnes désignées pour la gestion de la procédure d'accès aux dossiers médicaux est pour 60% des établissements le directeur et le médecin, et pour 55% des cas la secrétaire, l'attaché d'administration hospitalière, les cadres d'unité de soins, le responsable du bureau d'admission.

Q2b	Nb. cit.	Fréq.
Non réponse	9	45,0%
directeur	6	30,0%
secrétaire	5	25,0%
médecin	6	30,0%
Autres	4	20,0%
TOTAL OBS.	20	

Tableau 7 : Fonction des personnes désignées pour la gestion de la procédure dans les établissements

Une procédure particulière d'accès au dossier médicale est mise en place :

- Dans 35% des établissements pour l'accès des ayants droits lors du décès d'un patient ;
- Dans 10% des établissements pour les mineurs ;
- Dans 10% des établissements pour les hospitalisés d'office ou à la demande d'un tiers ;
- Pour 30% des établissements, aucune de ces situations ne fait appel à une procédure particulière.

Q3	Nb. cit.	Fréq.
Non réponse	7	35,0%
les hospitalid'office ou à la demande d'un tiers	2	10,0%
les mineurs	2	10,0%
l'accès des ayants droits lors du décès d'un patient	7	35,0%
aucune de ces trois situations	6	30,0%
TOTAL OBS.	20	

Tableau 8 : Causes des demandes particulières d'accès au dossier médical

80% des établissements (8 publics et 8 privés) informent les usagers de leurs droits d'accès à leur dossier médical dans le livret d'accueil de l'établissement, 30% (5 publics, 1 privé) par le biais du personnel, et 30% (5 publics, 1 privé) utilisent d'autres moyens tel que le règlement intérieur, les affichettes en salle d'attente ou dans les services, etc.

Q4	Nb. cit.	Fréq.
Non réponse	2	10,0%
livret d'accueil	16	80,0%
oralement par le personnel	6	30,0%
site internet de l'etablissement	2	10,0%
ne sont pas informés	0	0,0%
autres	6	30,0%
TOTAL OBS.	20	

Tableau 9 : Les différents moyens utilisés pour informer les usagers de leurs droits d'accès à leur dossier médical

Q4	Q0	privé	public	TOTAL
Non réponse		1	1	2
livret d'accueil		8	8	16
oralement par le personnel		1	5	6
site internet de l'etablissement		2	0	2
ne sont pas informés		0	0	0
autres		1	5	6
TOTAL		13	19	32

Tableau 10 : Les différents moyens utilisés pour informer les usagers par type d'établissement

Concernant les 13 établissements ayant une procédure administrative, les usagers sont prévenus de son existence par :

- la charte du patient hospitalisé dans 50% des établissements (5 privés, 5 publics).
- par le livret d'accueil dans 55% des établissements (5 privés, 6 publics).
- Oralement par le personnel dans 25% des établissements (4 publics, 1 privé)

Q5	Nb. cit.	Fréq.
Non réponse	7	35,0%
Charte du patient hospitalisé affichée dans les services	10	50,0%
livret d'accueil	11	55,0%
oralement par le personnel	5	25,0%
site internet de l'établissement	0	0,0%
ne sont pas informés	0	0,0%
Autres	3	15,0%
TOTAL OBS.	20	

Tableau 11 : Les différents moyens utilisés pour informer les usagers pour les établissements possédant une procédure interne

Q5	Q0	privé	public	TOTAL
Non réponse		3	4	7
Charte du patient hospitalisé affichée dans les services		5	5	10
livret d'accueil		5	6	11
oralement par le personnel		1	4	5
site internet de l'établissement		0	0	0
ne sont pas informés		0	0	0
Autres		2	1	3
TOTAL		16	20	36

Tableau 12 : Les différents moyens utilisés pour informer les usagers pour les établissements possédant une procédure interne et par type d'établissement

55% des établissements (7 publics, 4 privés) enregistrent les demandes d'accès aux dossiers médicaux. Contre 35% (3 publics, 4 privés) qui ne les enregistrent pas (cf. annexe tableaux 13 et 14).

Lors de l'enregistrement des demandes d'accès, les informations enregistrées par l'établissement sont :

- Date de réception de la demande d'accès au dossier faite par l'utilisateur (45%)
- Date de consultation du dossier par l'utilisateur (35%)
- Motif de la demande d'accès de consultation au dossier médical (35%).

Q6b	Nb. cit.	Fréq.
Non réponse	9	45,0%
date de reception de la demande d'accès au dossier faite par l'utilisateur	9	45,0%
date de consultation du dossier par l'utilisateur	7	35,0%
motif de la demande d'accès de consultation au dossier médical	7	35,0%
raison du refus de l'accès à la consultation du dossier médical	4	20,0%
montant facturé à l'utilisateur	0	0,0%
autres	4	20,0%
TOTAL OBS.	20	

Tableau 15 : Données enregistrées lors de la demande d'accès au dossier

B- Le déroulement de cette procédure dans les établissements de santé

La demande officielle des usagers d'accès à cette procédure se fait dans les établissements de santé par :

- Courrier manuscrit (75%).
- Formulaire type (20%).
- Demande verbale (15%).
- Demande téléphonique (15%).

Q7	Nb. cit.	Fréq.
Non réponse	2	10,0%
demande téléphonique	3	15,0%
courrier manuscrit	15	75,0%
formulaire type	4	20,0%
demande verbale	3	15,0%
demande par internet	0	0,0%
autres	3	15,0%
TOTAL OBS.	20	

Tableau 16 : Moyens utilisés par les usagers pour accéder à leur dossier médical

La vérification de l'identité de l'utilisateur est systématique dans 55% des établissements (cf. annexe tableau 18), Lors de la demande d'accès au dossier médical par le patient, 55% des établissements proposent systématiquement un professionnel de santé. (cf. annexe tableaux 19).

Pour 70% des établissements (8 publics, 6 privés) qui ont répondu au questionnaire, le professionnel de santé proposé pour la lecture du dossier médical est le médecin (cf. annexe tableau 21).

Q9b	Nb. cit.	Fréq.
Non réponse	6	30,0%
médecin	14	70,0%
autre professionnel de santé	1	5,0%
administrateur	2	10,0%
autres	2	10,0%
TOTAL OBS.	20	

Tableau 20 : Type de professionnel de santé proposé lors de la consultation du dossier du dossier médical

Les services de l'établissement sont systématiquement informés de la demande d'accès au dossier médical de leurs patients pour 65% des établissements de santé, soit pour 6 établissements privés et 7 publics (cf. annexe tableau 22 et 23).

Les professionnels de santé avertis des demandes d'accès au dossier médical, sont le chef de service et les médecins, qui se sont occupés du malade pour respectivement 45% et 55% des établissements.

Q10b	Nb. cit.	Fréq.
Non réponse	3	15,0%
le chef de service	9	45,0%
le médecin qui s'est occupé du malade	11	55,0%
n'importe quel médecin du service	1	5,0%
autres	3	15,0%
TOTAL OBS.	20	

Tableau 24 : Liste des professionnels de santé avertis des demandes d'accès au dossier dans les établissements

Dans 50% des établissements, le choix du lieu de la consultation du dossier médical est laissé à l'utilisateur. Dans 35% des établissements, le lieu est imposé (cf. annexe tableau 25), les 7 établissements, qui imposent au patient un mode de consultation du dossier médical, proposent pour 55% d'entre eux la photocopie du dossier suivi de l'envoi postal, 40% d'entre eux proposent une consultation sur place (Voir annexe tableau 26).

L'envoi postal est proposé généralement quand il y'a une impossibilité du patient de se rendre dans l'établissement.

60% des établissements ne font pas payer les photocopies (6 privés et 6 publics), contrairement à 35% qui les font payer (4 publics et 3 privés) (cf. annexe tableau 27), 60% des établissements interrogés affirme ne pas faire de devis à l'utilisateur, avant qu'il ne confirme sa demande (cf. annexe tableau 28).

Le délai des 8 jours est souvent, voire systématiquement, respecté par 60% des établissements, ce qui n'est pas le cas pour 30% d'entre eux (cf. annexe tableaux 29 et 30).

Les raisons des difficultés du respect du délai des 8 jours sont :

- Pour des 15% établissements la difficulté d'accès aux archives,
- 15% le manque de personnel,
- 20% le dossier médical doit d'abord être vu par le médecin du patient,
- 20% pour d'autres motifs (indisponibilité du chef de service pour répondre à la demande, circuit trop long, certains dossiers sont trop anciens, etc).

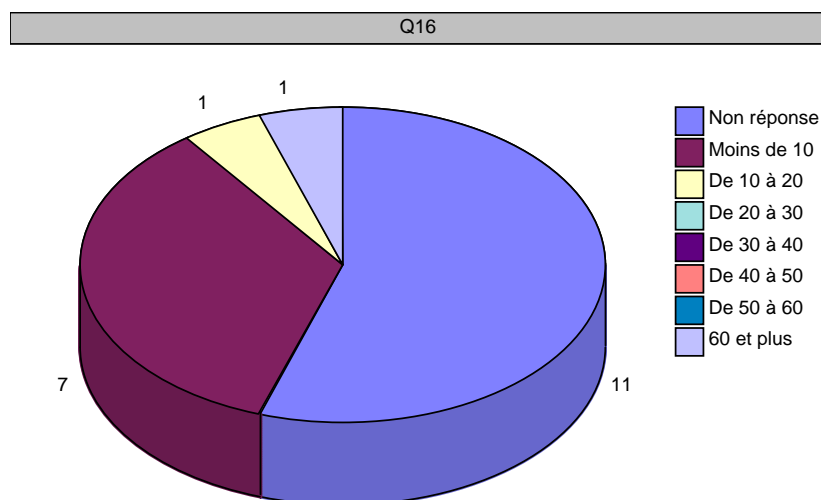
On remarque aussi que la majorité des établissements qui ne respectent pas les 8 jours sont publics.

Q15b	Nb. cit.	Fréq.
Non réponse	12	60,0%
difficultés d'accès aux archives	3	15,0%
le dossier médical est d'abord vu par le médecin du patient avant d'être consulté	4	20,0%
manque de personnel pour faire les photocopies lorsque le dossier est envoyé par	3	15,0%
autres	4	20,0%
TOTAL OBS.	20	

Tableau 31 : Cause des difficultés d'accès au dossier médical dans un délai de 8 jours

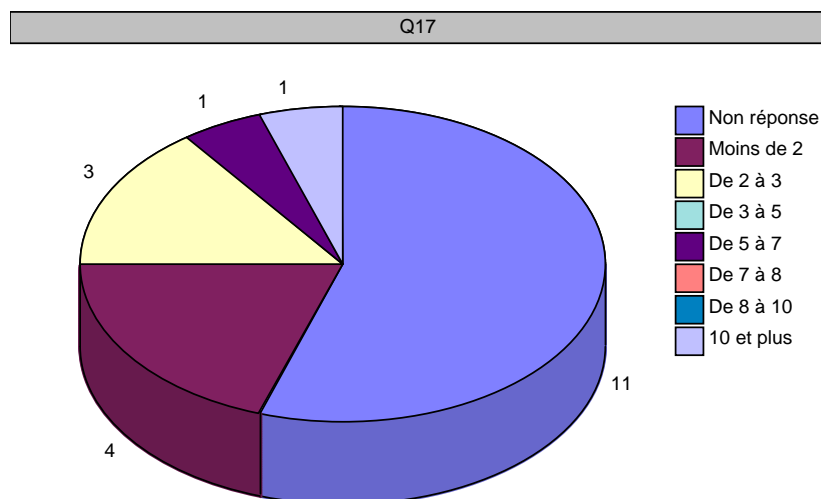
C- Indicateurs de fonctionnement.

35% des établissements (4 publics, 3 privés) en 2005 enregistrent moins de 10 demandes d'accès aux dossiers médicaux, et 1 établissement public comptabilise plus de 60 demandes (le CHU).



Graphe 1 : Nombre de demande d'accès au dossier médical enregistré en 2005

20% des établissements (2 publics et 2 privés) affirment avoir enregistré moins de 2 consultations réelles de dossier, et 15% (3 publics) entre 2 et 3 consultations.



Graphe 2 : Nombre de consultation réelle enregistré en 2005

6 des 15 établissements affirmant que la demande officielle d'accès à la procédure est faite par courrier manuscrit, enregistre en 2005 moins de 10 demandes d'accès aux dossiers médicaux.

Pour le seul établissement ayant enregistré plus de 60 demandes en 2005 (le CHU), la demande officielle se fait par courrier manuscrit (Voir annexe tableau 32).

CONCLUSION

Avec un excellent taux de réponse, on peut noter une volonté des établissements de santé d'organiser l'accès au dossier médical par les patients.

De façon générale, on retrouve les mêmes tendances sur la procédure d'accès au dossier dans les établissements qu'ils soient privés ou publics.

Une bonne gestion de la procédure d'accès aux dossiers médicaux permettra d'informer clairement le patient sur sa maladie, et aussi d'améliorer la relation de confiance entre le système hospitalier et les usagers.

De plus, la lecture du dossier médical avec un professionnel permettra, si besoin, au médecin de programmer un nouveau rendez-vous au patient avec lui ou un collègue compétant en fonction du domaine.

Pour conclure, les procédures sont effectivement mises en place dans les établissements de santé de Guadeloupe. Pour autant, les usagers ne sont pas informés de leurs droits et donc la possibilité d'accéder à leur dossier.

6. RECOMMANDATIONS DE LA CRS

Le rapport présenté ne reflète que l'analyse des réponses fournies par les établissements de santé de Guadeloupe.

Il est souhaitable :

- De doter la CRS l'année prochaine des moyens nécessaires afin que l'enquête « usagers » soit diligentée.

- De renforcer les moyens d'information dans les établissements de santé et de sensibiliser le personnel soignant afin d'induire une relation transparente avec les patients.

ANNEXE 1 : Questionnaire

La procédure administrative d'accès aux dossiers médicaux dans les établissements de santé par les usagers de la région

Etablissement

A. La procédure d'accès au dossier médical dans les établissements de santé :

1) Existe-t-il une **procédure administrative interne** à l'établissement concernant l'accès aux dossiers médicaux pour les usagers du système de santé ?

Oui : non :

Si non, allez à la question 4

Si oui, est-elle écrite ? Oui : non :

2) Avez vous désigné une ou plusieurs **personne(s) responsable(s)** de la gestion de cette procédure dans l'établissement ?

Oui : non :

Quelles(s) est(sont) leur(s) fonction(s) ?

- Directeur
- Secrétaire
- Médecin
- Autres : merci de préciser :

3) Votre établissement a-t-il mis en place des **procédures particulières** d'accès au dossier médical pour ?
(question à choix multiple)

- Les hospitalisés d'office ou à la demande d'un tiers
- Les mineurs
- L'accès des ayants droits lors du décès d'un patient
- Aucune de ces trois situations

4) Comment les usagers sont ils **informés de leur droit d'accès au dossier médical** dans l'établissement ?
(question à choix multiple)

- Charte du patient hospitalisé affichée dans les services
- Livret d'accueil
- Oralement par le personnel
- Site Internet de l'établissement
- Ne sont pas informés
- Autres : merci de préciser :

5) Pour les établissements ayant une procédure d'accès au dossier médical (question 1 : réponse oui) :
Comment les usagers sont ils **informés de l'existence de cette procédure interne?** (question à choix multiple)

- Charte du patient hospitalisé affichée dans les services
 - Livret d'accueil
 - Oralement par le personnel
 - Site Internet de l'établissement
 - Ne sont pas informés
 - Autres : merci de préciser :
-

6) **Enregistrez vous** les demandes d'accès aux dossiers médicaux ?

Oui : non :

Si oui, quelles informations enregistrez vous ? (question à choix multiple)

- Date de réception de la demande d'accès au dossier faite par l'utilisateur
 - Date de la consultation du dossier par l'utilisateur
 - Motif de la demande d'accès de consultation au dossier médical
 - Raison du refus de l'accès à la consultation du dossier médical
 - Montant facturé à l'utilisateur
 - Autres : merci de préciser :
-

B. Le déroulement de cette procédure dans les établissements de santé :

7) Comment les usagers font ils leurs **demandes officielles d'accès** à cette procédure ? (question à choix multiples)

- Demande téléphonique
 - Courrier manuscrit
 - Formulaire type
 - Demande verbale
 - Demande par Internet
 - Autres : merci de préciser :
-

8) Existe-t-il une **vérification d'identification** de l'utilisateur demandeur d'accès à son dossier médical ?

- Systématiquement Souvent
 Rarement Jamais

9) Proposez vous **l'assistance d'un professionnel de santé** pour la lecture du dossier médical ?

- Systématiquement Souvent
 Rarement Jamais

Si oui, quel professionnel est proposé ? (question à choix multiples)

- Médecin
 Autre professionnel de santé
 Administrateur
 Autres : merci de préciser :
.....

10) **Les services de votre établissement sont-ils informés** de la demande d'accès au dossier médical de leurs patients ?

- Systématiquement Souvent
 Rarement Jamais

Si oui, quel(s) médecin(s) est (sont) averti(s) ? (question à choix multiples)

- Le chef de service
 Le médecin qui s'est occupé du malade
 N'importe quel médecin du service
 Autres : merci de préciser :
.....

11) Votre établissement laisse-t-il le choix à l'utilisateur du **lieu de la consultation** de son dossier médical ?

Oui : non :

Si non, quel mode imposez vous ?

- Sur place, dans l'établissement
 Photocopie du dossier et envoi postal

12) Si vous imposez un **envoi postal**, quelles en sont les raisons? (question à choix multiples)

- Manque de financement
 Manque de personnel pour gérer la consultation sur place
 Manque de place
 Facilité de mise en œuvre par l'envoi postal
 Rapidité de l'envoi postal
 Autres : merci de préciser
.....

13) Si le dossier est photocopié, est il **payant** ?

Oui : non :

Y a-t-il un **seuil minimum** de recouvrement ?

Oui : non :

14) Faites vous un **devis à l'usager** avant qu'il ne confirme sa demande ?

Oui : non :

15) **Le délai de 8 jours** pour l'accès au dossier médical est-il respecté(cette question exclut les dossiers de plus de 5 ans) ?

- Systématiquement
- Souvent
- Rarement
- Jamais

S'il n'est pas respecté, quelles en sont les raisons ? (questions à choix multiples)

- Difficultés d'accès aux archives
- Le dossier médical est d'abord vu par le médecin du patient avant d'être consulté par l'usager
- Manque de personnel pour faire les photocopies lorsque le dossier est envoyé par la poste
- Autres : merci de préciser :
-
-

C. Indicateurs de fonctionnement:

16) En 2005 : combien avez vous **enregistré de demandes d'accès** aux dossiers médicaux ?

Commentaires :

17) En 2005 combien avez vous **enregistré de consultations réelles** de dossiers médicaux (sur place ou par courrier) ?

Commentaires :

18) Quelles sont **les raisons de la différence** entre le nombre de demande d'accès et le nombre réel de consultations de dossiers médicaux ? (question à choix multiples)

- Demandes des usagers non recevables légalement : combien de dossiers ?.....
- Pas de suite donnée par les usagers : combien de dossiers ?
- Raisons non répertoriées : combien de dossiers ?.....
- Autres : merci de préciser les raisons et leur nombre ?.....
-
-
-
-

ANNEXE 2

Tableau récapitulatif des résultats de l'enquête

Tableau 1 : Nombre d'établissements ayant une procédure administrative interne d'accès au dossier médical

Q1a	Nb. cit.	Fréq.
Non réponse	1	5,0%
oui	13	65,0%
non	6	30,0%
TOTAL OBS.	20	100%

Tableau 2 : Type d'établissement ayant une procédure administrative interne d'accès au dossier médical

Q1a	Non réponse	oui	non	TOTAL
privé	0	7	2	9
public	1	6	4	11
TOTAL	1	13	6	20

Tableau 3 : Etablissement ayant une procédure administrative écrite

<u>Q1b</u>	<u>Nombre</u>	<u>Pourcentage</u>
<u>OUI</u>	<u>8</u>	<u>61,5%</u>
<u>NON</u>	<u>5</u>	<u>38,5%</u>
<u>TOTAL</u>	<u>13</u>	<u>100%</u>

Tableau 4 : Type d'établissement ayant une Procédure administrative écrite

	<u>OUI</u>	<u>NON</u>
<u>Privés</u>	<u>4</u>	<u>2</u>
<u>Publics</u>	<u>4</u>	<u>3</u>
<u>Total</u>	<u>8</u>	<u>5</u>

Tableau 5 : Gestion interne de la procédure administrative

<u>Q2a</u>	<u>Nombre</u>	<u>Pourcentage</u>
------------	---------------	--------------------

<u>OUI</u>	<u>11</u>	<u>84%</u>
<u>NON</u>	<u>2</u>	<u>16%</u>
<u>Total</u>	<u>13</u>	<u>100%</u>

Tableau 6 : Gestion interne de la procédure administrative par type d'établissement

Q2a	Non réponse	oui	non	TOTAL
Q0				
privé	2	5	2	9
public	5	6	0	11
TOTAL	7	11	2	20

Tableau 13 : Enregistrement d'accès au dossier médical

Q6a	Nb. cit.	Fréq.
Non réponse	2	10,0%
oui	11	55,0%
non	7	35,0%
TOTAL OBS.	20	100%

Tableau 14 : Enregistrement par type d'établissement

Q6a	Non réponse	oui	non	TOTAL
Q0				
privé	1	4	4	9
public	1	7	3	11
TOTAL	2	11	7	20

Tableau 17 : Moyens utilisés par les usagers pour accéder à leur dossier médical par type d'établissement

Q0	privé	public	TOTAL
Q7			
Non réponse	1	1	2
demande téléphonique	1	2	3
courrier manuscrit	6	9	15
formulaire type	2	2	4
demande verbale	2	1	3
demande par internet	0	0	0
autres	3	0	3
TOTAL	15	15	30

Tableau 18 : Etablissement vérifiant l'identité du demandeur

Q8	Nb. cit.	Fréq.
Non réponse	4	20,0%
rarement	3	15,0%
jamais	2	10,0%
oui	11	55,0%
TOTAL OBS.	20	100%

Tableau 19 : Etablissement proposant l'aide d'un professionnel de santé lors de la consultation du dossier médical

Q9a	Nb. cit.	Fréq.
Non réponse	4	20,0%
systématiquement	11	55,0%
souvent	2	10,0%
rarement	2	10,0%
jamais	1	5,0%
TOTAL OBS.	20	100%

Tableau 21 : Type de professionnel de santé proposé lors de la consultation du dossier du dossier médical par type d'établissement

Q9b	Q0	privé	public	TOTAL
Non réponse		3	3	6
médecin		6	8	14
autre professionnel de santé		1	0	1
administrateur		1	1	2
autres		1	1	2
TOTAL		12	13	25

Tableau 22 : Remontée des demandes d'accès au dossier médical dans les services

Q10a	Nb. cit.	Fréq.
Non réponse	3	15,0%
systématiquement	13	65,0%
souvent	2	10,0%
rarement	1	5,0%
jamais	1	5,0%
TOTAL OBS.	20	100%

Tableau 23 : Remontée des demandes d'accès au dossier médical dans les services par type d'établissement

Q10a Q0	Non réponse	systematiquement	souvent	rarement	jamais	TOTAL
privé	1	6	2	0	0	9
public	2	7	0	1	1	11
TOTAL	3	13	2	1	1	20

Tableau 25 : Choix du lieu de consultation du dossier médical par l'utilisateur et par les établissements

Q11a	Nb. cit.	Fréq.
Non réponse	3	15,0%
oui	10	50,0%
non	7	35,0%
TOTAL OBS.	20	100%

Tableau 26 : mode de consultation imposé par certains établissements

Q11b	Nb. cit.	Fréq.
Non réponse	8	40,0%
sur place dans l'établissement	8	40,0%
photocopie du dossier et envoi postal	11	55,0%
TOTAL OBS.	20	

Tableau 27 : Prise en charge financière d'utilisateur pour accéder à son dossier médical

Q13a	Nb. cit.	Fréq.
Non réponse	1	5,0%
oui	7	35,0%
non	12	60,0%
TOTAL OBS.	20	100%

Tableau 28 : Etablissements proposant un devis à l'utilisateur suite à sa demande d'accès à son dossier médical

Q14	Nb. cit.	Fréq.
Non réponse	5	25,0%
oui	3	15,0%
non	12	60,0%
TOTAL OBS.	20	100%

Tableau 29 : Etablissement respectant le délai des 8 jours pour remise du dossier médical

Q15a	Nb. cit.	Fréq.
Non réponse	2	10,0%
systematiquement	9	45,0%
souvent	3	15,0%
rarement	4	20,0%
jamais	2	10,0%
TOTAL OBS.	20	100%

Tableau 30 : Etablissement respectant le délai des 8 jours pour remise du dossier médical par type d'établissement

Q15a	Non réponse	systematiquement	souvent	rarement	jamais	TOTAL
Q0						
privé	0	6	2	1	0	9
public	2	3	1	3	2	11
TOTAL	2	9	3	4	2	20

Tableau 32 : Mode de demande de consultation par rapport au nombre de demande de consultation en 2005

Q16	Non réponse	Moins de 10	De 10 à 20	De 20 à 30	De 30 à 40	De 40 à 50	De 50 à 60	60 et plus	TOTAL
Q7									
Non réponse	2	0	0	0	0	0	0	0	2
demande téléphonique	2	1	0	0	0	0	0	0	3
courrier manuscrit	7	6	1	0	0	0	0	1	15
formulaire type	2	1	1	0	0	0	0	0	4
demande verbale	2	1	0	0	0	0	0	0	3
demande par internet	0	0	0	0	0	0	0	0	0
autres	1	2	0	0	0	0	0	0	3
TOTAL	16	11	2	0	0	0	0	1	30