**Commission des usagers (CDU)**

Rapport d’activité annuel de l’année **2023**

Remplissage 2024

**CONSIGNES DE REMPLISSAGE :**

* Vous avez la possibilité de remplir et modifier ce formulaire **en plusieurs fois** sans perdre les informations déjà saisies dès lors que vous aurez validé la page en cliquant sur le bouton “**Enregistrer”.**
* Vous pouvez à tout moment revenir sur la saisie en cours, en cliquant sur les boutons « **précédent** » ou « **suivant**».
* Si la connexion n’est pas utilisée (plus de 30 minutes), elle sera interrompue automatiquement.
* L’accès aux pages suivantes n’est possible qu’une fois la totalité des champs obligatoires remplis (champ marqué d’une \*)
* **Pour conserver une trace des données de votre rapport d’activité, vous pouvez** **imprimer le récapitulatif de vos réponses en fin de questionnaire ou** :
* **Imprimer page par page** en cliquant sur l’icône « Imprimer » et en sélectionnant l’imprimante de votre choix.
* **Convertir au format.pdf et sauvegarder** sur votre disque dur **page par page** en cliquant sur l’icône « Imprimer » et en sélectionnant votre convertisseur (Adobe, PDF creator …)

L’année dernière, des travaux de simplification, reformulation, précision ont été réalisés par un groupe de travail composé notamment de représentants d’établissements, d’associations et d’usagers. Ces premiers travaux ont permis de faire évoluer le questionnaire. Les indicateurs les moins utiles et les plus intégrées dans les pratiques ont été supprimés. D’autres items ont été précisés ou ajoutés. Ces travaux seront amenés à se poursuivre en 2024 pour permettre aux établissements de disposer d’un document permettant d’exploiter au mieux les données renseignées.

**Pour préparer au mieux votre saisie et le recueil des informations nécessaires nous vous invitons à utiliser ce modèle** **sous format word également disponible sur le site de l’ARS dans la rubrique document à télécharger.**

Attention ce document word ne doit en aucun cas nous être transmis. **Seule la saisie en ligne de votre rapport d’activité sera prise en compte.**

**PÉRIODE DE SAISIE DU RAPPORT D’ACTIVITÉ : ENTRE LE 21 MARS 2024 ET 6 JUIN 2024**

**Seules les données enregistrées au 7 juin 2024 seront prises en compte.**

**CONTACT :** Pour toute information relative au contenu de l’enquête, veuillez envoyer un mail à :

**ARS-IDF-CDU@ars.sante.fr**

**RELANCE :**

Le département Démocratie Sanitaire de l’ARS IDF organisera des relances.

* Une première pour s’assurer de la bonne réception de l’enquête. Pour éviter de la recevoir, vous pouvez commencer par remplir les données d’identification de l’établissement.
* Un second message de rappel sera envoyé avant le 6 juin 2024.

.

**Sommaire du questionnaire**

[L’établissement de santé 3](#_heading=h.gjdgxs)

[La commission des usagers 3](#_heading=h.30j0zll)

[Les représentants des usagers 8](#_heading=h.1fob9te)

[Les réclamations 9](#_heading=h.3znysh7)

[La médiation 13](#_heading=h.2et92p0)

[L’information à destination des usagers 14](#_heading=h.tyjcwt)

[Les droits des usagers 15](#_heading=h.3dy6vkm)

[Le rôle de la commission des usagers dans la politique qualité 19](#_heading=h.1t3h5sf)

[La mesure de la satisfaction des usagers 20](#_heading=h.4d34og8)

[L’avis des membres de la commission 21](#_heading=h.2s8eyo1)

A noter :

*Lorsque le mot « usagers » est utilisé, il s’agit des patients et de leurs proches et non des « représentants des usagers ».*

# L’établissement de santé

# Certains champs sont pré-remplis par les données saisies l’année dernière : à modifier uniquement en cas de changement.

**Nom de l’établissement**:obligatoire, modifiable

**Statut** : liste déroulante obligatoire

* AP-HP
* Public
* ESPIC
* Privé

**Activité :** choix multiple obligatoire

* MCO
* SSR
* Psy
* HAD
* SLD
* Autre

**N° FINESS entité géographique** : obligatoire non modifiable

**N° FINESS entité juridique** : obligatoire modifiable

**Adresse**:obligatoire modifiable

**Code postal** : obligatoire modifiable

**Commune :** obligatoire modifiable

**E-mail de la direction de l’établissement :** champ d’affichage modifiable

(de préférence adresse générique)

**Référent interne sur les relations avec les usagers** (personne en poste au moment de la saisie du formulaire)**:**

* Nom : champ d’affichage modifiable
* Prénom : champ d’affichage modifiable
* Téléphone (10 numéros sans espace) : champ d’affichage modifiable
* E-mail : champ d’affichage modifiable
* Fonction dans l'établissement**:** champ d’affichage modifiable

**Nombre d’entrées totales dans l’établissement** (ou file active) : champ saisie obligatoire (12 caractères)

**À noter**

Le **nombre d’entrées totales dans l’établissement** doit recouvrir la **totalité de l’activité de l’établissement** dont l’hospitalisation complète, l’ambulatoire et l’hospitalisation de jour, et inclure les passages aux urgences et les consultations externes.

#

# Le représentant légal de l’établissement ou son représentant :

* Nom : champ saisie obligatoire
* Prénom : champ saisie obligatoire
* Téléphone (10 numéros sans espace) : champ saisie obligatoire
* E-mail : champ saisie obligatoire
* Fonction dans l’établissement s’il ne s’agit pas du directeur : champ saisie optionnelle

# La commission des usagers

**La composition**

Les membres obligatoires

**Le représentant légal de l’établissement ou son représentant :**

Le représentant légal de l'établissement est-il Président ou vice-Président de la CDU ?

* Président
* Vice-Président
* Non concerné

Taux de participation à la CDU[[1]](#footnote-1) : champ de saisie obligatoire – cf. bas de page

**Le responsable de la politique qualité**

Taux de participation à la CDU : champ de saisie obligatoire – cf. bas de page

**Les médiateurs**

Médiateur médecin : cocher : titulaire, suppléant ou aucun

Si aucun, précisez pourquoi : champ de saisie obligatoire

Les médiateurs médecins ont-ils suivi une formation ou une sensibilisation à la médiation ? oui/non

Si oui, précisez laquelle : champ de saisie obligatoire

Un médiateur médecin est-il Président ou vice-Président de la CDU ?

* Président
* Vice-Président
* Non concerné

Taux de participation à la CDU : champ de saisie obligatoire – cf. bas de page

Médiateur non médecin : cocher : titulaire, suppléant ou aucun

Si aucun, précisez pourquoi : champ de saisie obligatoire

Les médiateurs non médecin ont-ils suivi une formation ou une sensibilisation à la médiation ? oui/non

Si oui, précisez laquelle : champ de saisie obligatoire

Un médiateur non médecin est-il Président ou vice-Président de la CDU ?

* Président
* Vice-Président
* Non concerné

Taux de participation à la CDU : champ de saisie obligatoire – cf. bas de page

**Les représentants des usagers**

Représentant des usagers : cocher : titulaire 1, titulaire 2, suppléant 1, suppléant 2, aucun

Si aucun, précisez pourquoi : champ de saisie obligatoire

Les représentants des usagers ont-ils suivi une formation ? oui/non

Si oui, précisez laquelle : champ de saisie obligatoire

Un représentant des usagers est-il Président ou vice-Président de la CDU ?

* Président
* Vice-Président
* Non concerné

Taux de participation à la CDU : champ de saisie obligatoire – cf. bas de page

Les membres facultatifs

**Taux de participation à la CDU**: champ de saisie obligatoire – cf. bas de page

* La personne chargée des relations avec les usagers (PCRU) : taux
* Le président de la CME (ou conférence médicale) ou la personne désignée **titulaire** : taux
* Un représentant de la commission des soins infirmiers, de rééducation et médicotechniques **titulaire** : taux
* Un représentant de la commission des soins infirmiers, de rééducation et médicotechniques **suppléant** : taux
* Un représentant du personnel **titulaire** : taux
* Un représentant du personnel **suppléant** : taux
* Un représentant du conseil d’administration ou du conseil de surveillance **titulaire** : taux
* Un représentant du conseil d’administration ou du conseil de surveillance **suppléant** : taux

**Autres membres invités permanents**

Taux de participation à la CDU des autres membres: : champ de saisie obligatoire

Si Autre(s) membre(s), précisez sa(leur) fonction : champ de saisie obligatoire

**La personne chargée des relations avec les usagers (PCRU)**

Une personne chargée des relations avec les usagers (PCRU) a-t-elle été désignée ? oui/non

* Exerce-t-elle ses fonctions à temps plein ? : oui/non
* Apparaît-elle dans le livret d'accueil ? : oui/non
* Ses coordonnées sont-elles affichées dans les services ? : oui/non
* Participe-t-elle à d’autres instances ? : oui/non
* Si oui, précisez lesquelles :
	+ Instance décisionnelle (conseil d’administration ou de surveillance)
	+ Commission ou conférence médicale d'établissement (CME)
	+ Comité de Lutte contre les Infections Nosocomiales (CLIN)
	+ Comité de Liaison Alimentation et Nutrition (CLAN)
	+ Comité d'Hygiène, de Sécurité et des Conditions de Travail (CHSCT)
	+ Comité de Lutte contre la Douleur (CLUD)
	+ Coordination des vigilances et risques sanitaires (COVIRIS)
	+ Commission d’activité libérale (CAL)
	+ Comités de pilotage qualité (COPIL)
	+ Comité d’éthique
	+ Comité responsabilité Sociale et Environnementale (RSE)
	+ Autre
* Si autre, précisez : champ de saisie obligatoire
* La PCRU propose-t-elle des créneaux dédiés aux rencontres avec les usagers ? oui/non
* Si oui, quels sont les créneaux ? :
	+ Horaire fixe quotidien
	+ Horaire fixe hebdomadaire
	+ Horaire fixe pluri-hebdomadaire
	+ Par quinzaine
	+ Mensuel
	+ Autres
* Si autres, précisez les créneaux et le rythme : champ de saisie obligatoire
* Rencontre-t-elle les représentants des usagers ? oui/non
* Si oui, à quelle fréquence ? :
	+ Hebdomadaire
	+ Par quinzaine
	+ Mensuelle
* Rencontre-t-elle les équipes soignantes ? oui/non
* Si oui, à quelle fréquence ?
	+ Hebdomadaire
	+ Par quinzaine
	+ Mensuelle

**Le fonctionnement de la commission des usagers**

* Nombre de réunions dans l’année, avec au moins les membres obligatoires : champ de saisie obligatoire
* Si le nombre de réunions dans l’année est inférieur à 4, précisez pourquoi : champ de saisie obligatoire (Si vous n'êtes pas concernés, indiquez « Non concerné »)
* Des réunions en format restreint sont-elles organisées au-delà des 4 réunions obligatoires ? oui/non
* Si oui, à quelle fréquence :
	+ Hebdomadaire
	+ Par quinzaine
	+ Mensuelle
* Pour les établissements membres d’un GHT/GHU, existe-t-il une « commission des usagers » ? oui/non/non concerné
* Si oui, à quelle fréquence se réunit-elle ? :
	+ Trimestrielle
	+ Semestrielle
	+ Annuelle
* Les comptes rendus de la CDU sont-ils portés à la connaissance des :
	+ Membres de la CDU : oui/non
	+ De la direction qualité : oui/non
	+ De l’encadrement médical et paramédical des services : oui/non
	+ De la direction : oui/non

Espace de commentaire libre sur les différentes réunions

* Le règlement intérieur de la CDU a-t-il été actualisé ? oui/non
* Si oui, à quelle fréquence ? :
	+ Il y a moins de trois ans
	+ Il y a plus de trois ans
* Par quels moyens les coordonnées des membres de la CDU sont-elles portées à la connaissance des usagers ? :
	+ Affichage
	+ Livret d’accueil
	+ Télévision
	+ Communication orale/ réunions
	+ Permanence
	+ Rencontre avec le personnel
	+ Site internet de l’établissement
	+ Autre
* Si autre, précisez : champ de saisie obligatoire
* Le personnel de l’établissement est-il informé du rôle et des activités de la commission ? : oui/non
* Si oui, par quels moyens :
	+ Affichage
	+ Livret d’accueil (des usagers ou du personnel)
	+ Communication orale/réunions
	+ Intranet/Journal interne
	+ Autre

**Si autre**, précisez : champ saisie obligatoire

**Le rapport d’activité annuel**

Le questionnaire de l’ARS tient-il lieu de rapport annuel ? : oui/non

Les RU et la CDU ont-ils participé au remplissage de ce questionnaire de l’ARS ?: oui/non

Un document propre à l’établissement, sous une forme plus lisible par les usagers et les professionnels est-il élaboré ? : oui/non

Les RU et la CDU ont-ils participé à l’élaboration de ce document ? : oui/non

Le rapport d’activité a-t-il été présenté :

* Au conseil /à la commission de surveillance ou au conseil d’administration : oui/non
* Au directoire ou à l’instance de direction : oui/non
* A la commission ou conférence médicale d’établissement (CME) : oui/non
* Aux usagers : oui/non
* A d’autres instances : oui/non
* Si oui, précisez : champ de saisie obligatoire

Les représentants des usagers ont-ils présenté ou co-présenté le rapport annuel ? : oui/non

Si oui, dans quelles instances ? :

* Au conseil/à la commission de surveillance ou au conseil d’administration
* Au directoire ou à l’instance de direction
* A la commission ou conférence médicale d’établissement (CME)
* A d’autres instances

Si oui, précisez : champ de saisie obligatoire

Le rapport annuel a-t-il été présenté et voté en CDU avant envoi à l’ARS ? : oui/non

Si oui, précisez la date de sa validation : xx/xx/xx

# Les représentants des usagers

**A noter**

**On retrouve dans le référentiel de la Haute Autorité de Santé sur la certification des établissements de santé pour la qualité des soins**« Critère 3.2-11 L’établissement assure l’implication des représentants des usagers et des associations de patients au sein de l’établissement, dans les instances et dans la vie de l’établissement »

Vont-ils à la rencontre des :

- Patients et/ou leurs proches : oui/non

- Si oui, sur quels sujets ? : liste déroulante

|  |
| --- |
| * Le fonctionnement de la CDU
* Le rôle des représentants d’usagers et les moyens mis à leur disposition
 |
| * La gestion des réclamations
 |
| * Le processus de médiation
 |
| * L’accès à l’information des patients et de leur famille
 |
| * L’accès au dossier médical
 |
| * La fin de vie
 |
| * La politique liée à la qualité de l’accueil et de la prise en charge des personnes
 |
| * L’information sur les événements indésirables graves (EIG) et les actions correctives mises en place
 |
| * La prise en compte des observations des associations conventionnées intervenant dans l’établissement
 |
| * La mesure de la satisfaction des usagers
* Autre
 |

Si autre, précisez : champ de saisie obligatoire

- Associations ayant passé une convention avec l’établissement

- Si oui, sur quels sujets ? : liste déroulante

|  |
| --- |
| * Le fonctionnement de la CDU
* Le rôle des représentants d’usagers et les moyens mis à leur disposition
 |
| * La gestion des réclamations
 |
| * Le processus de médiation
 |
| * L’accès à l’information des patients et de leur famille
 |
| * L’accès au dossier médical
 |
| * La fin de vie
 |
| * La politique liée à la qualité de l’accueil et de la prise en charge des personnes
 |
| * L’information sur les événements indésirables graves (EIG) et les actions correctives mises en place
 |
| * La prise en compte des observations des associations conventionnées intervenant dans l’établissement
 |
| * La mesure de la satisfaction des usagers
* Autre
 |

Si autre, précisez : champ de saisie obligatoire

-Equipes soignantes

-Si oui, sur quels sujets ? liste déroulante :

|  |
| --- |
| * Le fonctionnement de la CDU
* Le rôle des représentants d’usagers et les moyens mis à leur disposition
 |
| * La gestion des réclamations
 |
| * Le processus de médiation
 |
| * L’accès à l’information des patients et de leur famille
 |
| * L’accès au dossier médical
 |
| * La fin de vie
 |
| * La politique liée à la qualité de l’accueil et de la prise en charge des personnes
 |
| * L’information sur les événements indésirables graves (EIG) et les actions correctives mises en place
 |
| * La prise en compte des observations des associations conventionnées intervenant dans l’établissement
 |
| * La mesure de la satisfaction des usagers
* Autre
 |

Si autre, précisez : champ de saisie obligatoire

-Maison des usagers

-Si oui, sur quels sujets ? :

|  |
| --- |
| * Le fonctionnement de la CDU
* Le rôle des représentants d’usagers et les moyens mis à leur disposition
 |
| * La gestion des réclamations
 |
| * Le processus de médiation
 |
| * L’accès à l’information des patients et de leur famille
 |
| * L’accès au dossier médical
 |
| * La fin de vie
 |
| * La politique liée à la qualité de l’accueil et de la prise en charge des personnes
 |
| * L’information sur les événements indésirables graves (EIG) et les actions correctives mises en place
 |
| * La prise en compte des observations des associations conventionnées intervenant dans l’établissement
 |
| * La mesure de la satisfaction des usagers
* Autre
 |

Si autre, précisez : champ de saisie obligatoire

Espace de commentaire libre si vous souhaitez précisez dans quel cadre s’effectuent ces rencontres

Les représentants des usagers ont-ils été sollicités directement par des usagers ?: oui/non

Si oui, à quelle fréquence ? :

* Rarement
* Assez souvent
* Souvent

Et selon quelles modalités ? :

* Plutôt par téléphone
* Plutôt par mail
* Plutôt lors de rencontres physiques

Les représentants des usagers siègent-ils dans d'autres instances ? oui/non

Si oui, lesquelles :

* Instance décisionnelle (conseil d’administration ou de surveillance) oui/non
* Commission ou conférence médicale d'établissement (CME) oui/non
* Comité de Lutte contre les Infections Nosocomiales (CLIN) oui/non
* Comité de Liaison Alimentation et Nutrition (CLAN) oui/non
* Comité d'Hygiène, de Sécurité et des Conditions de Travail (CHSCT) oui/non
* Comité de Lutte contre la Douleur (CLUD) oui/non
* Coordination des vigilances et risques sanitaires (COVIRIS) oui/non
* Commission d’activité libérale (CAL)
* Comités de pilotage qualité (COPIL)
* Comité d’éthique
* Comité responsabilité sociétale et environnementale (RSE)
* Autre groupe de travail

Si autre, précisez : champ saisie **obligatoire**

Des réunions entre les associations présentes dans l’établissement et les représentants des usagers sont-elles organisées ? : oui/non

Si oui, précisez : champ saisie optionnelle

Quels moyens mettez-vous à la disposition des représentants des usagers ? :

* Aucun
* Locaux/salle de réunion
* Local dédié à la permanence et l’accueil des usagers (par exemple maison des usagers)
* Boite aux lettres dédiées
* Restauration
* Adresse e-mail
* Téléphone
* Ordinateur
* Autre

Si autre, précisez : champ saisie obligatoire

Les représentants des usagers bénéficient-ils d’une indemnisation au titre de leur congé de représentation ? : (indiquer le nombre de représentant des usagers)

* Aucun
* 1
* 2
* 3
* 4

Avez-vous proposé aux représentants des usagers de rembourser leur frais de déplacement ? : oui/non

Si oui, combien ont obtenu le remboursement de leur frais de déplacement ? champ saisie

# Les réclamations

Comment les RU sont-ils associés à la gestion des réclamations ? :

* Présentation, analyse et recommandations lors des réunions CDU
* Avis systématique demandé
* Proposition de rencontre avec les réclamants
* Possibilité de consultation du registre des plaintes et réclamations et des réponses faites aux réclamants
* Transmission systématique d'une copie des réclamations et des réponses apportées
* Autre

Si Autre, précisez : champ saisie obligatoire

Combien de réclamants les RU et médiateurs ont-ils reçus pour les accompagner dans leurs démarches ? : champ de saisie

**Le recensement**

**Méthode pour calculer le taux :**

Nombre de réclamations divisé par le nombre d’entrées totales dans l’établissement (complétée page 1) x 100 = taux %

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
|  | **Nombre** | **Taux****% de réclamations sur le nombre d’entrées dans l’établissement** |
| Nombre de réclamations **orales** (y compris par téléphone) | champ saisie obligatoire | **%** |
| Nombre de réclamations **écrites** (courrier, mail, fax…) | champ saisie obligatoire | **%** |
| Nombre de réclamations **totales** (écrites et orales) | champ saisie obligatoire | **%** |
| Nombre de réclamations **faites par l’usager** lui-même | champ saisie obligatoire | **%** |
| Nombre de réclamations **faites par l’entourage** de l’usager | champ saisie obligatoire | **%** |
| Nombre de réclamations traitées (ayant fait l'objet d'une réponse écrite au 31 décembre 2023)  | champ saisie obligatoire | **%** |

|  |  |
| --- | --- |
| Nombre d’éloges reçues | champ saisie obligatoire |

Les courriers dans leur intégralité et les réponses apportées sont-ils rendus accessibles à tous les membres de la CDU ? oui/non

**La répartition par domaines et motifs**

**À noter**

Une réclamation peut comporter **plusieurs motifs**. Dans ce cas, elle devra être comptabilisée dans chaque rubrique concernée.

Inscrivez 0 s’il n’y a pas de réclamation pour un motif et cocher non à « Mise en place d’un plan d’action »

Cliquer sur le bouton « **Recalculer/Enregistrer** » qui se situe à la fin de la page avant de passer à la page suivante.

Un calcul automatique du total par sous-rubrique sera alors réalisé pour vous permettre de voir les résultats

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **Accueil et administration**  | Nombre de réclamations **reçues par motif** | Mise en place d’un plan d’action |
| **Accueil et administration** |  | Oui/non |
| Accueil physique |  | Oui/non |
| Standard téléphonique |  | Oui/non |
| Attente/Délais liés aux admissions |  | Oui/non |
| Attente/Délais liés à la prise de rendez-vous |  | Oui/non |
| Attente/délais liés aux consultations  |  | Oui/non |
| Difficultés à joindre le service |  | Oui/non |
| Facturation |  | Oui/non |
| Dépassement d'honoraires |  | Oui/non |
| Dysfonctionnement dans le traitement administratif du dossier  |  | Oui/non |
| Refus de soins |  | Oui/non |
| Défaut d’offre (transfert vers un autre établissement par manque de lits)  |  | Oui/non |
| Signalisation (intérieure, extérieure) |  | Oui/non |
| Horaires de visites des patients  |  | Oui/non |
| Conditions de sortie du patient  |  | Oui/non |
| Autres  |  | Oui/non |

Si vous avez déclaré un (des) nombre(s) dans « Autres ». Pourriez-vous détailler quels sont les motifs de ces réclamations : Réponse obligatoire

Nombre de réclamations reçues, pour l’ensemble des motifs (**accueil et administration**): calcul automatique

Nombres d’actions correctives totales identifiées par la CDU : champ de saisie obligatoire

Quelles sont les actions correctives pour lesquelles la CDU a été motrice ? : champ de saisie libre

**Prise en charge-Aspects médicaux**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
|  | Nombre de réclamations reçues par motif | Mise en place d’un plan d’action |
| **Prise en charge - Aspects médicaux**  |  | Oui/non |
| Délais de prise en charge |  | Oui/non |
| Information du malade/de la famille |  | Oui/non |
| Délais de transmission des informations médicales (notamment le compte-rendu d’hospitalisation)  |  | Oui/non |
| Contestation du diagnostic médical, de la prescription ou des actes médicaux |  | Oui/non |
| Accès au dossier médical |  | Oui/non |
| Secret médical, confidentialité |  | Oui/non |
| Non recueil du consentement |  | Oui/non |
| Qualité des soins médicaux |  | Oui/non |
| Prise en charge de la douleur |  | Oui/non |
| Report de bloc |  | Oui/non |
| Report d’actes /consultations |  | Oui/non |
| Annulation de consultations |  | Oui/non |
| Infections iatrogènes, nosocomiales et liées à des produits de santé |  | Oui/non |
| Complications, séquelles |  | Oui/non |
| Relations avec le médecin |  | Oui/non |
| Manque de praticien |  | Oui/non |
| Accompagnement de fin de vie/directives anticipées |  | Oui/non |
| Coordination des soins, régulation urgences |  | Oui/non |
| Refus bon transport |  | Oui/non |
| Autres |  | Oui/non |

Si vous avez déclaré un (des) nombre(s) dans « Autres ». Pourriez-vous détailler quels sont les motifs de ces réclamations : Réponse obligatoire

Nombre total de réclamations reçues pour l’ensemble des motifs (**Prise en charge-Aspects médicaux**)

 : calcul automatique

Nombres d’actions correctives totales identifiées par la CDU : champ de saisie obligatoire

Quelles sont les actions correctives pour lesquelles la CDU a été motrice ? : champ de saisie libre

**Prise en charge-Aspects paramédicaux - Nombre de réclamations**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
|  | Nombre de réclamations reçues par motif | Mise en place d’un plan d’action |
| **Prise en charge - Aspects paramédicaux** |  | Oui/non |
| Qualité des soins paramédicaux |  | Oui/non |
| Organisation des examens |  | Oui/non |
| Circuit du médicament (erreur ou défaut dans la distribution)  |  | Oui/non |
| Accompagnement à la toilette, au repas/ surveillance |  | Oui/non |
| Manque de disponibilité du personnel |  | Oui/non |
| Relations avec le personnel |  | Oui/non |
| Information du malade/de la famille |  | Oui/non |
| Insuffisance de personnel ou remplacement récurrent |  | Oui/non |
| Coordination et communication entre les équipes/services  |  | Oui/non |
| Liberté de circulation (enfermement, isolement…) |  | Oui/non |
| Prévention des chutes/des escarres |  | Oui/non |
| Insuffisance de rééducation |  | Oui/non |
| Soins post-mortem et conservation du corps |  | Oui/non |
| Autres |  | Oui/non |

Si vous avez déclaré un (des) nombre(s) dans « Autres ». Pourriez-vous détailler quels sont les motifs de ces réclamations : Réponse obligatoire

Nombre total de réclamations reçues pour l’ensemble des motifs (**Prise en charge-Aspects paramédicaux)**: calcul automatique

Nombres d’actions correctives totales identifiées par la CDU : champ de saisie obligatoire

Quelles sont les actions correctives pour lesquelles la CDU a été motrice ? : champ de saisie libre

**Vie quotidienne-Environnement**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
|  | Nombre de réclamations reçues par motifs | Mise en place d’un plan d’action |
| **Vie quotidienne - Environnement** |  | Oui/non |
| Alimentation, diététique |  | Oui/non |
| Prestations hôtelières  |  | Oui/non |
| Locaux (accès, sécurité, configuration chambre) |  | Oui/non |
| Prothèses (perte, endommagement) |  | Oui/non |
| Vol, objet endommagé |  | Oui/non |
| Non-respect des gestes d’hygiènes |  | Oui/non |
| Hygiène et propreté des locaux |  | Oui/non |
| Présence de nuisibles |  | Oui/non |
| Comportement des autres patients/voisins de chambre (violences, agressivité) |  | Oui/non |
| Nuisances sonores et olfactives |  | Oui/non |
| Matériel et équipement inadapté, dégradé ou indisponible |  | Oui/non |
| Transport et stationnement  |  | Oui/non |
| Transport interne |  | Oui/non |
| Transport externe |  | Oui/non |
| Autres |  | Oui/non |

Si vous avez déclaré un (des) nombre(s) dans « Autres ». Pourriez-vous détailler quels sont les motifs de ces réclamations : Réponse obligatoire

Nombre total de réclamations reçues pour l’ensemble des motifs (**Vie quotidienne-Environnement)** : calcul automatique

Nombres d’actions correctives totales identifiées par la CDU : champ de saisie obligatoire

Quelles sont les actions correctives pour lesquelles la CDU a été motrice ? : champ de saisie libre

**Respect de la personne**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
|  | Nombre de réclamations **reçues** par motif | Mise en place d’un plan d’action |
| **Respect de la personne**  |  | Oui/non |
| Maltraitance (physique et/ou psychologique) /négligence et privation de droits |  | Oui/non |
| Discrimination (raciale, religieuse…) |  | Oui/non |
| Respect de la dignité et de l’intimité  |  | Oui/non |
| Langage et attitude des professionnels vis-à-vis du patient et/ou de la famille |  | Oui/non |
| Manque d’écoute et de bienveillance des professionnels |  | Oui/non |
| Modalités d’annonce d’un décès à la famille |  | Oui/non |
| Autres |  |  |

Si vous avez déclaré un (des) nombre(s) dans « Autres ». Pourriez-vous détailler quels sont les motifs de ces réclamations : Réponse obligatoire

Nombre total de réclamations reçues pour l’ensemble des motifs (**Respect de la personne)** : calcul automatique

Nombres d’actions correctives totales identifiées par la CDU : champ de saisie obligatoire

Quelles sont les actions correctives pour lesquelles la CDU a été motrice ? : champ de saisie libre

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
|  | Nombre total des réclamations reçues pour l’ensemble des motifs | Nombre total d'actions correctives identifiées par la CDU |
| Total des réclamations, ensemble des motifs | calcul auto | calcul auto |

|  |  |
| --- | --- |
| Nombre total de réclamations indemnitaires  | champ saisie obligatoire |
| Nombre total de demandes formulées devant la **CCI** | champ saisie obligatoire |
| Nombre total de **contentieux introduits** | champ saisie obligatoire |

La CDU est-elle informée de la nature et de l’issue des recours amiable ou contentieux formulés contre l’établissement ? : oui/non

|  |
| --- |
| **Espace de commentaire libre :** champ saisie **optionnelle**  |

**Les délais de réponse aux réclamations (en jours)**

Quel délai pour répondre au requérant en jour ?

Délai **moyen** de **réponse finale au requérant** : champ saisie obligatoire (4 caractères)

Délai **minimum** : champ saisie obligatoire (4 caractères)

Délai **maximum** : champ saisie obligatoire (4 caractères)

Des **actions d’amélioration** ont-elles été mises en place pour réduire les délais ? : oui/non

**Si oui,** précisez **:** champ saisie obligatoire

|  |
| --- |
| **Espace de commentaire libre :** champ saisie **optionnelle** |

#

# La médiation

Les usagers sont-ils informés de la possibilité de saisir le médiateur : oui/non

* Dans l’accusé de réception ? oui/non
* Dans le courrier de réponse ? oui/non
* Oralement ? oui/non

**Si oui**, sont-ils informés qu’ils peuvent se faire accompagner d’un représentant des usagers de la CDU lors de leur rencontre avec le médiateur ? oui/non

Nombre de médiations **proposées** : champ saisie obligatoires (4 caractères)

Quels sont les griefs/sujets pour lesquels une médiation a été proposée : liste déroulante

* Accueil et administration : oui/non
* Prise en charge (aspects médicaux) : oui/non
* Prise en charge (aspects paramédicaux) : oui/non
* Vie quotidienne (environnement) : oui/non
* Respect de la personne : oui/non
* Autre

Si autre, précisez : champ saisie obligatoire

Nombre total de médiations **réalisées** : champ saisie obligatoires (4 caractères)

* Dont **médicales** : champ saisie obligatoires (4 caractères)
* Dont **non médicales** : champ saisie obligatoires (4 caractères)
* Dont **communes** aux deux médiateurs : champ saisie obligatoires (4 caractères)

Nombre de médiations réalisées **en présence d’un représentant des usagers** de la CDU ? champ saisie obligatoire

**Le rapport de médiation est-il systématiquement :**

* Envoyé à tous les membres de la CDU (accompagné de la réclamation) ? oui/non
* Envoyé au patient ? oui/non

# L’information à destination des usagers

**Le livret d’accueil**

Date de la dernière mise à jour du livret d’accueil**:** champ saisie

Le livret d'accueil est-il proposé en Facile à Lire et à Comprendre ou dans d'autres formats adaptés ? : oui/non

Certains services proposent-ils leur propre livret d'accueil à la place du livret d'accueil de l’établissement ? oui/non

Une évaluation de la remise du livret d’accueil aux usagers a-t-elle été réalisée ? oui/non

Si oui quel est le pourcentage d’usagers déclarant avoir reçu le livret d’accueil ? Précisez : champ saisie obligatoire

Le livret d’accueil existe-t-il sous format dématérialisé sur le site de l'établissement ? oui/non

Outre les éléments règlementaires devant figurer dans un livret d'accueil, retrouve-t-on les éléments suivants :

* Les modalités de contacts de la CDU : oui/non
* Les coordonnées pour joindre directement les RU : oui/non
* En cas de médiation la possibilité d'être accompagné par un RU : oui/non

**L’information sur les frais liés à la prise en charge**

Une information sur les tarifs est-elle disponible dans tous les lieux de consultations ? oui/non

Les usagers sont-ils informés de l’obligation pour un professionnel de leur fournir un devis pour les montants supérieurs à 70 euros ? oui/non

Le patient reçoit-il les informations sur les frais liés à sa prise en charge, dès son entrée? oui/non *(si en capacité)*

Le patient reçoit-il les informations sur les frais liés à sa prise en charge, à sa sortie? oui/non

**L’accompagnement des usagers**

Existe-t-il une **maison ou un espace des usagers** au sein de votre établissement ? : oui/non

**Si oui**:

* Combien d’associations de bénévoles sont conventionnées avec l’établissement? champ saisie obligatoire

**Si non,** pourquoi ?

Combien d’heures de permanence hebdomadaire sont proposées par les associations ? : (choix unique)

* Entre 1h et 3h
* L’équivalent d’une demi-journée
* L’équivalent d’une journée
* Plus d’une journée
* Autre

Si autre : précisez : champ saisie obligatoire

Quels sont les partenariats développés entre la maison des usagers et les professionnels de l’établissement ? : champ de saisie obligatoire

# Les droits des usagers

**L’accès au dossier médical**

**A noter**

**On retrouve dans le référentiel de la Haute Autorité de Santé sur la certification des établissements de santé pour la qualité des soins**« Critère 3.2-09 L’établissement est organisé pour permettre au patient d’accéder à son dossier »

Les demandes d’accès

|  |  |
| --- | --- |
| Nombre de demandes **reçues** | Nombre de demandes **traitées**(ayant abouti à la communication du dossier médical au requérant) |
| du patient lui-même : champ saisie obligatoire | provenant du patient lui-même : champ saisie obligatoire  |
| de ses ayant droits ou d'un tiers habilité : champ saisie obligatoire  | provenant de ses ayant droits ou d'un tiers habilité : champ saisie obligatoire  |

La consultation du dossier médical est-elle possible ? : oui/non

Les modalités de traitement

Pour les dossiers médicaux de **moins** de 5 ans :

* Délai moyen de traitement *(en jours)*: champ saisie obligatoire
* Durée maximum de transmission *(en jours)* : champ saisie obligatoire

Si le délai moyen dépasse le délai légal (8 jours), indiquez le motif de ce dépassement : (espace de commentaire libre)

Pour les dossiers médicaux de **plus** de 5 ans :

* Délai moyen de traitement *(en jours)*: champ saisie obligatoire
* Durée maximum de transmission *(en jours)* : champ saisie obligatoire

Si le délai moyen dépasse le délai légal (61 jours), indiquez le motif de ce dépassement : (espace de commentaire libre)

En cas de décès de la personne malade, le motif du demandeur et l'absence de volonté contraire du patient sont-ils vérifiés ? oui/non

Les frais de reproduction et d’envoi sont-ils facturés par l’établissement ? oui/non

**La lettre de liaison**

La lettre de liaison est-elle remise à chaque patient au moment de sa sortie d’hospitalisation par le médecin ou un membre de l’équipe de soins ? oui/non

Si oui :

* Systématiquement
* Souvent
* Parfois

L’existence d’un espace numérique de santé créé par le patient est-elle vérifiée afin d’y verser la lettre de liaison ? oui/non

**L’accueil des personnes**

**On retrouve dans le référentiel de la Haute Autorité de Santé sur la certification des établissements de santé pour la qualité des soins**« Critère 3.2-07 L’établissement assure l’accessibilité de ses locaux aux personnes vivant avec un handicap

Existe-t-il un dispositif d’accueil spécifique pour les personnes ? :

|  |  |
| --- | --- |
| Non et mal voyantes : oui/non | précisez si vous le souhaitez |
| Malentendantes : oui/non | précisez si vous le souhaitez |
| Handicap moteur : : oui/non | précisez si vous le souhaitez |
| Autres handicaps (psychiques) oui/non | précisez si vous le souhaitez |
| Non francophones : oui/non | précisez si vous le souhaitez |
| Analphabètes : oui/non | précisez si vous le souhaitez |

Les locaux de soins sont-ils accessibles aux personnes à mobilité réduite ? oui/non

Pour les établissements ayant signé la charte [Romain Jacob](https://www.handidactique.org/wp-content/uploads/2015/03/Handidactique-charteRomainJacob-Nationale.pdf), cette dernière est-elle affichée ? oui/non

Existe-t-il un référent "Handicap" dans votre établissement, chargé de l'ensemble de la problématique de l'accès aux soins des personnes en situation de handicap ? oui/non

**La prise en charge de la douleur**

Le personnel soignant est-il formé à la prise en charge de la douleur? oui/non

Si oui, sous quelle forme (espace de commentaire libre)

La procédure de prise en charge de la douleur comporte-t-elle un volet spécifique pour les personnes en situation de handicap ? oui/non/absence de procédure

La prise en charge de la douleur est-elle une thématique retenue par la CDU pour une amélioration spécifique en rapport avec des réclamations sur ce thème ? oui/non

**La personne de confiance**

La mise en œuvre de la procédure visant à recueillir l’identité de la personne de confiance est-elle évaluée régulièrement ? oui/non

Si oui a-t-elle conduit à des mesures d’amélioration ? oui/non

L’existence de la personne de confiance est-elle tracée dans le Dossier Patient ? oui/non

**Les directives anticipées de fin de vie**

L’existence de directives anticipées est-elle tracée dans le Dossier Patient ? oui/non

Le personnel de l’établissement est-il informé de cette obligation d’information ? oui/non

Le personnel soignant est-il formé sur les directives anticipées? oui/non

**La prise en charge du décès**

Existe-t-il:

* Une possibilité de recueillement auprès du défunt : oui/non
* Un respect des rites et des croyances : oui/non

**Le respect des croyances et des convictions**

Une information est-elle délivrée aux usagers sur cette thématique ?oui/non

**Si oui,** de quelle manière : champ saisie obligatoire

Existe-t-il un ou des lieu(x) de recueillement ? oui/non

Y a-t-il des difficultés de respect du principe de laïcité par les professionnels ou par les usagers ? oui/non

**La sensibilisation des professionnels de santé**

Des **évaluations des pratiques professionnelles** (EPP) sont-elles organisées sur le respect des droits des usagers et portées à la connaissance de la CDU ? oui/non

**Si oui**, combien dans l’année ? champ saisie obligatoire

Et sur quelles thématiques ?: champ saisie obligatoire

|  |
| --- |
| **Espace de commentaire libre :** champ saisie **optionnelle** |

#

# Le rôle de la commission des usagers dans la politique qualité

La CME associe-t-elle les membres de la CDU à **l’organisation des parcours de soins et la politique de qualité et de sécurité**? oui/non

**Si oui**, de quelle façon ? champ saisie **obligatoire Si non**, pourquoi ? champ saisie

La commission des usagers a-t-elle accès aux **EIG** ainsi qu’aux **actions correctives** mises en place par l’établissement pour y remédier ? oui/non

La commission des usagers a-t-elle accès aux évènements indésirables associés aux soins ainsi qu’aux actions correctives mises en place par l’établissement pour y remédier ? oui/non

Pour les établissements publics, le bilan de la commission d’activité libérale (CAL) est-il communiqué à la commission des usagers ? oui/non/non concerné

La commission des usagers a-t-elle débattu des observations recueillies auprès des associations de bénévoles ayant signé une convention avec l’établissement ? oui/non

La commission des usagers est-elle associée à l’élaboration du projet d’établissement ? oui/non

**Si oui**, de quelle façon : champ saisie obligatoire

Un projet des usagers a-t-il été élaboré ? oui/non

**Si vous le souhaitez, partagez votre expérience :** champ saisie optionnelle

**La certification**

La commission des usagers est-elle associée à la construction et l’enrichissement du compte qualité ? oui/non

La commission des usagers est-elle associée au dispositif du patient-traceur ? oui/non

**À noter** : *La* ***méthode du patient-traceur*** *permet d’analyser de manière rétrospective le parcours d’un patient de l’amont de son hospitalisation jusqu’à l’aval, en évaluant les processus de soins, les organisations et les systèmes qui concourent à sa prise en charge.*

Voir le guide méthodologique « Le patient-traceur en établissement de santé. Méthode d’amélioration de la qualité et de la sécurité des soins », HAS, 2014 : *https://www.has-sante.fr/portail/upload/docs/application/pdf/2015-01/guide\_methodo\_patient\_traceur.pdf*

La CDU est-elle informée des suites et résultats de la certification HAS ? : oui/Non

Si oui, quels sujets ont été abordés par la CDU ? champ saisie **optionnelle**

|  |
| --- |
| **Espace de commentaire libre sur la politique qualité (gestion des risques, certification):** champ saisie **optionnelle**  |

**La bientraitance**

**On retrouve dans le référentiel de la Haute Autorité de Santé sur de la certification des établissements de santé pour la qualité des soins**« Critère 3.2-04 L’établissement veille à la bientraitance »

Des formations ou séances de sensibilisation à la bientraitance sont-elles proposées aux personnels ? oui/non

**Si oui** :

* Nombre de professionnels concernés : champ saisie obligatoire
* Précisez si vous le souhaitez : champ saisie **optionnelle**

Les RU sont-ils associés aux actions de sensibilisation ou de formation à la bientraitance ? oui/non

# Isolement et contention

*Pour les établissements de santé autorisés en psychiatrie et désignés par le directeur général de l'agence régionale de santé pour assurer des soins psychiatriques sans consentement en application du I de l'article L. 3222-1*

La commission des usagers a-t-elle donné un avis sur le rapport rendant compte des pratiques d’admission en chambre d’isolement et de contention ? oui/non/pas concerné

# La mesure de la satisfaction des usagers

**Le questionnaire de sortie**

**À noter**

Le questionnaire de sortie est à différencier du dispositif d’e-Satis. Si vous utilisez seulement e-Satis, indiquez non.

Utilisez-vous un questionnaire de sortie (hospitalisation complète et ambulatoire) ? oui/non

Est-il remis personnellement aux patients ? oui/non

Les RU ont-ils participé à la distribution du questionnaire de sortie ? oui/non

Nombre de questionnaires de sortie remplis : champ saisie obligatoire

Parmi ces items, lequel recueille le **moins** de satisfaction : liste déroulante

* La prestation paramédicale
* La prestation médicale
* Les conditions d’accueil et d’hébergement respectant la dignité et l’intimité des patients
* La prestation administrative
* L’information du patient et de ses proches
* La prestation hôtelière
* Le recueil du consentement

Parmi ces items, lequel recueille le **plus** de satisfaction : liste déroulante

* La prestation paramédicale
* La prestation médicale
* Les conditions d’accueil et d’hébergement respectant la dignité et l’intimité des patients
* La prestation administrative
* L’information du patient et de ses proches
* La prestation hôtelière

Une analyse des questionnaires de satisfaction est-elle faite par la CDU ?oui/non

**Si oui**, des actions sont-elles mises en place après analyse des résultats ? oui/non

Si non, pourquoi ?

**Les enquêtes de satisfaction**

Réalisez-vous des enquêtes de satisfaction ? oui/non

**Si oui :**

* Nombre d’enquêtes dans l’année : champ saisie obligatoire
* Nombre de personnes enquêtées : champ saisie obligatoire

**Les indicateurs de qualité et de sécurité des soins (IQSS)**

Les résultats annuels des indicateurs qualité de l’établissement sont-ils présentés et débattus en commission des usagers ?oui/non

**Les autres outils**

Participez-vous au dispositif national e-Satis ? oui/non/non concerné

**Si oui,** quel score de satisfaction globale et d’expérience avez-vous obtenu ? : champ saisie obligatoire

**Si oui, sur la base des résultats obtenus**, avez-vousmis en place des actions pour améliorer la satisfaction globale des personnes accueillies ? oui/non

**Si vous le souhaitez, précisez lesquelles** : champ saisie **optionnelle**

Avez-vous mis en place d’autres outils de mesure de la satisfaction ? oui/non

**Si oui**, précisez : champ saisie obligatoire

La CDU est-elle informée des résultats de ces enquêtes ? : oui/non

Si oui, de quels sujets la CDU s’est-elle saisie ? : (espace de commentaire libre)

# L’avis des membres de la commission des usagers

***Un avis global et concerté est requis.*** *Des avis complémentaires peuvent néanmoins être apportés par les différents membres de la commission.*

Quels sont les **points forts** de votre commission ? champ saisie **obligatoire**

|  |
| --- |
|  |

Quels sont les **axes d’amélioration** de son fonctionnement ? champ saisie **obligatoire**

|  |
| --- |
|  |

Quelle est l’action emblématique 2023 de votre CDU ? champ saisie **optionnelle**

|  |
| --- |
|  |

Espace commentaires libres champ saisie **optionnelle**

|  |
| --- |
|  |

***Merci de votre participation !***

35 rue de la Gare Millénaire 2 – 75935 – Paris Cedex 19

Standard : 01. 44.02.00.00

www.ars.iledefrance.sante.fr

35 rue de la Gare Millénaire 2 – 75935 – Paris Cedex 19

Standard : 01. 44.02.00.00

www.ars.iledefrance.sante.fr

35 rue de la Gare Millénaire 2 – 75935 – Paris Cedex 19

Standard : 01. 44.02.00.00

www.ars.iledefrance.sante.fr

35 rue de la Gare Millénaire 2 – 75935 – Paris Cedex 19

Standard : 01. 44.02.00.00

www.ars.iledefrance.sante.fr

35 rue de la Gare Millénaire 2 – 75935 – Paris Cedex 19

Standard : 01. 44.02.00.00

www.ars.iledefrance.sante.fr

35 rue de la Gare Millénaire 2 – 75935 – Paris Cedex 19

Standard : 01. 44.02.00.00

www.ars.iledefrance.sante.fr

35 rue de la Gare Millénaire 2 – 75935 – Paris Cedex 19

Standard : 01. 44.02.00.00

www.ars.iledefrance.sante.fr

1. Grille de remplissage :

100% = participation à toutes les CDU

75% = participation à trois CDU sur 4

50% = participation à deux CDU sur 4

25% = participation à une seule CDU sur 4

0 = aucune participation [↑](#footnote-ref-1)