**Rapport de la commission des usagers (CDU)**

Questionnaire 2025 sur les données de l’année 2024

**Document préparatoire à la saisie du questionnaire en ligne**

<https://ars.net-survey.eu/SurveyManager/surveys/arsif/CDU2025_ra2024_R_200325/ethnos.asp>

**Pour préparer au mieux votre saisie et le recueil des informations nécessaires auprès de l’ensemble des membres de la CDU, et des services de l’établissement nous vous incitons à utiliser cette trame Word.**

Ce document est une aide préparatoire. Seule la saisie en ligne de votre rapport **sera prise en compte.**

L’équipe de la démocratie en santé de l’ARS IDF est à votre disposition si vous avez des questions ou suggestions :**ARS-IDF-CDU@ars.sante.fr**

**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 préremplis par les données issues de la base nationale FINESS, les autres sont à modifier ou compléter.

**Nom de l’établissement**:non modifiable

**Statut** : non modifiable

* AP-HP
* Public
* ESPIC
* Privé

**Activité :** **choix multiple obligatoire**

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

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

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

**Adresse**:non modifiable

**Code postal** : non modifiable

**Commune :** non 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.

# 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 :**

1. Le représentant légal de l'établissement est-il Président ou vice-Président de la CDU ?
* Président
* Vice-Président
* Non concerné
1. Taux de participation à la CDU[[1]](#footnote-1) : champ de saisie obligatoire – cf. bas de page

**Le responsable de la politique qualité**

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

**Les médiateurs**

1. Médiateur médecin : cocher : titulaire, suppléant ou aucun
* Si aucun, précisez pourquoi : champ de saisie obligatoire
1. Les médiateurs médecins ont-ils suivi une formation ou une sensibilisation à la médiation ? oui/non
* Si oui, précisez laquelle : champ de saisie obligatoire
1. Un médiateur médecin est-il Président ou vice-Président de la CDU ?
* Président
* Vice-Président
* Non concerné
1. Taux de participation à la CDU : champ de saisie obligatoire – cf. bas de page
2. Médiateur non-médecin : cocher : titulaire, suppléant ou aucun
* Si aucun, précisez pourquoi : champ de saisie obligatoire
1. Les médiateurs non-médecins ont-ils suivi une formation ou une sensibilisation à la médiation ? oui/non
* Si oui, précisez laquelle : champ de saisie obligatoire
1. Un médiateur non-médecin est-il Président ou vice-Président de la CDU ?
* Président
* Vice-Président
* Non concerné
1. Taux de participation à la CDU : champ de saisie obligatoire – cf. bas de page

**Les représentants des usagers**

1. Représentant des usagers : cocher : titulaire 1, titulaire 2, suppléant 1, suppléant 2, aucun
* Si aucun, précisez pourquoi : champ de saisie obligatoire
1. Les représentants des usagers ont-ils suivi une formation ? oui/non
* Si oui, précisez laquelle : champ de saisie obligatoire
1. Un représentant des usagers est-il Président ou vice-Président de la CDU ?
* Président
* Vice-Président
* Non concerné
1. Taux de participation à la CDU : champ de saisie obligatoire – cf. bas de page

**La composition - Les membres facultatifs**

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

1. 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)**

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

Si oui

1. Exerce-t-elle ses fonctions à temps plein ? : oui/non
2. Apparaît-elle dans le livret d'accueil ? : oui/non
3. Ses coordonnées sont-elles affichées dans les services ? : oui/non
4. Participe-t-elle à d’autres instances ? : oui/non
* Si oui, précisez lesquelles : champ de saisie obligatoire
1. 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
1. Rencontre-t-elle les représentants des usagers ? oui/non
* Si oui, à quelle fréquence ? :
	+ Hebdomadaire
	+ Par quinzaine
	+ Mensuelle
1. Rencontre-t-elle les équipes soignantes ? oui/non
* Si oui, à quelle fréquence ?
	+ Hebdomadaire
	+ Par quinzaine
	+ Mensuelle

**Le fonctionnement de la commission des usagers**

1. Nombre de réunions dans l’année, avec au moins les membres obligatoires : champ de saisie obligatoire
2. 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 »)
3. 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
1. 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
1. 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

1. 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
2. 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
1. 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
1. **Si autre**, précisez : champ saisie obligatoire

**Le rapport d’activité annuel**

1. Le questionnaire de l’ARS tient-il lieu de rapport annuel ? : oui/non
2. Les RU et la CDU ont-ils participé au remplissage de ce questionnaire de l’ARS ? : oui/non
3. Un document propre à l’établissement, sous une forme plus lisible par les usagers et les professionnels est-il élaboré ? : oui/non
4. Les RU et la CDU ont-ils participé à l’élaboration de ce document ? : oui/non
5. 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 à d’autres instances, précisez : champ de saisie obligatoire
1. 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 à d’autres instances, précisez : champ de saisie obligatoire
1. Le rapport annuel a-t-il été présenté et voté en CDU avant envoi à l’ARS ? : oui/non
2. 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 »

**Les représentants des usagers :**

**Vont-ils à la rencontre des :**

1. 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
1. 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
1. 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

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

1. 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
1. 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**
1. 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
1. 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
1. 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
1. 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

1. 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
1. 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 %

1. Nombre de réclamations : saisir
2. Taux de réclamations sur le nombre d’entrées dans l’établissement

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
|  | **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)  | champ saisie obligatoire | **%** |

1. Eloges reçues

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

1. 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

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 1. **Accueil et administration**
 | Nombre de motifs de réclamations **reçues**  | 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 total de motifs de réclamation reçu : calcul automatique
1. 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
1. **Prise en charge-Aspects médicaux**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
|  | Nombre de motifs de réclamations **reçues**  | 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 motifs de réclamation reçu : calcul automatique

1. 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
1. **Prise en charge-Aspects paramédicaux - Nombre de réclamations**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
|  | Nombre de motifs de réclamations **reçues**  | 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 motifs de réclamation reçu : calcul automatique
1. 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
1. **Vie quotidienne-Environnement**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
|  | Nombre de motifs de réclamations **reçues**  | 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 motifs de réclamation reçu : calcul automatique
1. 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
1. **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 de réclamations reçues, pour l’ensemble des motifs : calcul automatique

1. 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
1. **Total**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
|  | Nombre total de motifs de l’ensemble des réclamations reçues  | 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 |

1. 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)**

1. 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)
1. 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

1. 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
1. Nombre de médiations **proposées** : champ saisie obligatoires (4 caractères)
2. 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
1. 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)
1. Nombre de médiations réalisées **en présence d’un représentant des usagers** de la CDU ? champ saisie obligatoire
2. 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**

1. Date de la dernière mise à jour du livret d’accueil**:** champ saisie
2. Le livret d'accueil est-il proposé en Facile à Lire et à Comprendre ou dans d'autres formats adaptés ? : oui/non
3. Certains services proposent-ils leur propre livret d'accueil à la place du livret d'accueil de l’établissement ? oui/non

1. 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
1. Le livret d’accueil existe-t-il sous format dématérialisé sur le site de l'établissement ? oui/non
2. 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**

1. Une information sur les tarifs est-elle disponible dans tous les lieux de consultations ? oui/non
2. 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
3. Le patient reçoit-il les informations sur les frais liés à sa prise en charge, dès son entrée? oui/non *(si en capacité)*
4. Le patient reçoit-il les informations sur les frais liés à sa prise en charge, à sa sortie? oui/non

**L’accompagnement des usagers**

1. Existe-t-il une **maison ou un espace des usagers** au sein de votre établissement ? : oui/non
* **Si non,** pourquoi ?
* **Si oui**:
1. Combien d’associations de bénévoles sont conventionnées avec l’établissement ? champ saisie obligatoire
2. 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
1. 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 »

**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

1. **Nombre de demandes reçues**
2. **Nombre de demandes traitées**

|  |  |
| --- | --- |
| 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  |

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

Les modalités de traitement

1. 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)
1. 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)
1. 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
2. Les frais de reproduction et d’envoi sont-ils facturés par l’établissement ? oui/non

 **La lettre de liaison**

1. 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
1. 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

1. 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 |

1. Les locaux de soins sont-ils accessibles aux personnes à mobilité réduite ? oui/non
2. Pour les établissements ayant signé la charte Romain Jacob, cette dernière est-elle affichée ? oui/non
3. 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**

1. 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)
1. 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
2. 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**

1. 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
1. L’existence de la personne de confiance est-elle tracée dans le Dossier Patient ? oui/non

**Les directives anticipées de fin de vie**

1. L’existence de directives anticipées est-elle tracée dans le Dossier Patient ? oui/non
2. Le personnel de l’établissement est-il informé de cette obligation d’information ? oui/non
3. Le personnel soignant est-il formé sur les directives anticipées ? oui/non

**La prise en charge du décès**

1. 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**

1. Une information est-elle délivrée aux usagers sur cette thématique ?oui/non
* **Si oui,** de quelle manière : champ saisie obligatoire
1. Existe-t-il un ou des lieu(x) de recueillement ? oui/non
2. 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**

1. 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

1. 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
1. 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
2. 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
3. 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
4. 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
5. La commission des usagers est-elle associée à l’élaboration du projet d’établissement ? oui/non
* **Si oui**, de quelle façon : champ saisie obligatoire
1. Un projet des usagers a-t-il été élaboré ? oui/non
* **Si vous le souhaitez, partagez votre expérience :** champ saisie optionnelle

**La certification**

1. La commission des usagers est-elle associée à la construction et l’enrichissement du compte qualité ? oui/non
2. 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*

1. 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 »

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

**Si oui** :

1. Nombre de professionnels concernés : champ saisie obligatoire
* Précisez si vous le souhaitez : champ saisie **optionnelle**
1. 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 du Code de la santé publique*

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.

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

1. Est-il remis personnellement aux patients ? oui/non

1. Les RU ont-ils participé à la distribution du questionnaire de sortie ? oui/non
2. Nombre de questionnaires de sortie remplis : champ saisie obligatoire
3. 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
1. 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
1. 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**

1. 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)**

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

**Les autres outils**

1. Participez-vous au dispositif national e-Satis ? oui/non/non concerné
2. **Si oui,** quel score de satisfaction globale et d’expérience avez-vous obtenu ? : champ saisie obligatoire
3. **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**
1. Avez-vous mis en place d’autres outils de mesure de la satisfaction ? oui/non
* **Si oui**, précisez : champ saisie obligatoire
1. 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.*

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

|  |
| --- |
|  |

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

|  |
| --- |
|  |

1. Quelle est l’action emblématique de l’année 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 - 0 = aucune participation

75% = participation à trois CDU sur 4

50% = participation à deux CDU sur 4

25% = participation à une seule CDU sur 4 [↑](#footnote-ref-1)