



Synthèse régionale des rapports d'activité 2016

Droits des usagers et CRUQPC*

* Commissions des Relations avec les Usagers et la Qualité de la Prise en Charge



ars
Agence Régionale de Santé
Île-de-France

Droits des Usagers et Commissions des Relations avec les Usagers et de la Qualité de la Prise en Charge (CRUQPC)

Synthèse régionale des rapports d'activité 2016

LE SOMMAIRE

2016 : la dernière enquête CRUQPC	p6
La composition des CRUQPC	p8
Le fonctionnement des CRUQPC	p10
Les représentants des usagers	p12
Les réclamations	p14
La médiation	p16
La mesure de la satisfaction des usagers	p18
L'information à destination des usagers	p20
L'accès au dossier médical	p22
La politique liée à la qualité de l'accueil et de la prise en charge	p24
La sensibilisation des professionnels de santé aux droits des usagers	p26
L'accompagnement des usagers	p28
Les CRUQPC : un levier pour l'amélioration de la qualité ?	p30
Conclusion	p32
Le glossaire	p33
Les rappels réglementaires	p34

Date de publication : juillet 2018

Directeur de publication : Christophe Devys

Introduction

Le Département démocratie sanitaire de l'Agence Régionale de Santé Ile-de-France (ARS IDF) vous présente la synthèse régionale sur l'activité 2016 des Commissions des Relations avec les Usagers et de la Qualité de la Prise en charge (CRUQPC).

Instaurées par la loi Kouchner de 2002, ces commissions sont un lieu d'écoute et d'échange entre les professionnels, les représentants des usagers, les équipes de direction et les médiateurs.

Chaque établissement de santé transmet annuellement à l'ARS le rapport d'activité de sa CRUQPC. Le questionnaire est uniformisé et dématérialisé pour permettre une comparaison des données d'une année sur l'autre.

Il est renseigné par l'ensemble des membres de la commission ainsi que les directions Qualité, des Relations avec les usagers et tout autre service concerné.

L'étude quantitative et qualitative des rapports d'activité fait l'objet d'une synthèse régionale publiée par le Pôle Démocratie sanitaire de l'ARS Île-de-France.

Les établissements partagent leurs expériences et procédures pour améliorer l'accueil et la prise en charge des usagers.

Ce bilan est d'autant plus important puisqu'il s'agit de la dernière année, dix ans après sa création, portant sur l'activité des CRUQPC. Les établissements établiront pour la première fois en 2018, le bilan de mise en place de leurs nouvelles Commissions des usagers (CDU) instaurées par la Loi de modernisation de notre système de santé du 26 janvier 2016.

Michel Huguet
Directeur Démocratie Sanitaire

2016 la dernière enquête CRUQPC

Chaque établissement de santé **transmet annuellement à l'Agence Régionale de Santé (ARS) le rapport d'activité** de sa Commission des relations avec les usagers et de la qualité de la prise en charge (CRUQPC) via un questionnaire.

Le remplissage du **questionnaire homogénéisé** est **obligatoire et dématérialisé**. Il est **accessible sur le site internet¹ de l'ARS Île-de-France** depuis 2012. La trame du questionnaire est **identique** et permet une comparaison des données d'une année sur l'autre. Il est **renseigné** par l'ensemble des membres de la commission ainsi que les directions Qualité, Relations avec les usagers et tout autre service concerné.

Chiffres Clés

Les rapports d'activité



99%

des rapports ont été remis à l'ARS
(100% en 2015)

Les enquêtés



369

établissements (375 en 2015)

15%

des CRUQPC sont communes
à plusieurs sites

La répartition des CRUQPC par statut d'établissement



189

Privé lucratif

85

Établissement de santé privé
d'intérêt collectif (ESPIC)

61

Public

34

Assistance publique-Hôpitaux de Paris (AP-HP)

369 établissements concernés



87

à Paris 75 (soit 24 % des CRUQPC)

33

en Seine-et-Marne 77 (9 %)

46

dans les Yvelines 78 (12 %)

34

en Essonne 91 (9 %)

62

dans les Hauts-de-Seine 92 (17 %)

39

en Seine-Saint-Denis 93 (11 %)

35

dans le Val-de-Marne 94 (9 %)

33

dans le Val-d'Oise 95 (9 %)

Accueillant plusieurs millions de patients



18 165 295

sur la région
Île-de-France

dont :

6 669 370

à l'APHP (37%)

6 200 512

dans les établissements
publics (34%)

2 430 893

dans les ESPIC (13%)

2 864 520

dans les établissements
privés lucratifs (16%)

À noter

La différence entre le nombre d'établissements enquêtés en 2015 et 2016 s'explique par des regroupements, le remplissage d'un seul rapport d'activité pour deux sites appartenant à une même entité juridique ou encore par la fermeture d'activités.

L'Assistance publique-Hôpitaux de Paris (AP-HP) représente 37% des entrées totales de patients et fonctionne avec 34 CRUQPC en Île-de-France. Une commission a été installée par site hospitalier. Des réunions de coordination sont organisées entre les différentes CRUQPC d'un même groupe hospitalier.

Comme les années précédentes, les structures de traitement de l'insuffisance rénale chronique ne sont pas concernées par cette procédure dématérialisée. Ces établissements disposent d'une CRUQPC mais leur activité spécifique ne permet pas d'intégrer leurs données à cette synthèse.

Ce questionnaire 2016 porte pour la dernière fois sur les CRUQPC. Il est identique à celui des années 2015 et 2014.

Le questionnaire 2017 concernera pour la première fois les Commissions des usagers (CDU) et leurs nouvelles missions. Il a fait l'objet d'une redéfinition par l'ARS et ses partenaires¹ pour simplifier le remplissage des établissements et permettre une meilleure exploitation des données qualitatives.



1- Le Collectif Interassociatif Sur la Santé (CISS Île-de-France), l'Assistance Publique-Hôpitaux de Paris, les fédérations hospitalières et la Commission Spécialisée dans le domaine des Droits des Usagers (CSDU) de la Conférence Régionale de la Santé et de l'Autonomie (CRSA) participent au groupe de travail sur la représentation des usagers piloté par le Département Démocratie sanitaire de l'ARS Île-de-France.

La composition des CRUQPC

Les Commissions des relations avec les usagers et de la qualité de la prise en charge (CRUQPC) sont mises en place pour **apprécier et améliorer les pratiques** de chaque établissement de santé concernant le respect des droits et la qualité de prise en charge des patients.

Elles doivent être composées **à minima** :

- du **représentant légal** de l'établissement ou la personne qu'il désigne à cet effet ;
- d'un **médiateur médecin** et son suppléant, désignés par le représentant légal de l'établissement ;
- d'un **médiateur non médecin** et son suppléant, désignés par le représentant légal de l'établissement ;
- de deux **représentants des usagers** et de leurs suppléants, mandatés par une association agréée et désignés par le Directeur général de l'ARS.

Le **responsable de la politique qualité** dispose d'une voix consultative et ne prend pas part aux votes.

De manière facultative, les établissements peuvent décider d'associer d'autres personnes (voir p.33 sur les rappels réglementaires).

Chiffres Clés

Les médiateurs médecins et non médecins



1 269 désignés sur les 1476 requis soit 86% (+1% par rapport à 2015)

dont :

649 médecins (soit 51% des médiateurs en poste)

620 non médecins

21% ont bénéficié d'un action de formation en 2016

247 établissements ont les 4 médiateurs requis (soit 67% contre 65% en 2015)

Les représentants des usagers



34% des postes sont vacants (36% en 2015)

2,7 postes sont occupés en moyenne par établissement

34% des établissements fonctionnent avec les 4 requis (29 % en 2015)

Les membres facultatifs



74% des commissions en comptent parmi leurs membres et ils sont :

- un président de la CME ou une personne désignée (dans 70% des commissions comprenant des membres facultatifs)
- un représentant de la Commission des soins infirmiers, de rééducation et médicotextuels (66%)
- un représentant du personnel (45%)
- un représentant du conseil d'administration ou du conseil de surveillance (28%)

En dehors des membres facultatifs prévus par la loi, les commissions accueillent des invités tels que : représentant de la direction, représentant associatif, maison des usagers, cadre de service, professionnel de santé ou social, représentant des services techniques, juridique, etc.

La liste nominative des membres dans les établissements



83% affichent le numéro de téléphone d'une personne contact

79% inscrivent les coordonnées à jour des représentants des usagers

73% inscrivent les coordonnées à jour des médiateurs

93% l'affichent dans les lieux fréquentés par les usagers

72% la remettent à chaque patient avec le livret d'accueil

44% la mettent à disposition sur internet

32% font les 3

Zoom sur...

... Les nouvelles Commissions des usagers (CDU)

- La loi de modernisation de notre système de santé prévoit la transformation des CRUQPC en CDU au sein des établissements de santé publics et privés au plus tard le 3 décembre 2016.
- La composition des CDU ne change pas par rapport à celle des CRUQPC.
- Les membres qui les composent ont été renouvelés le 1er décembre 2016 en Ile-de-France.

Elles disposent de nouvelles compétences par rapport aux CRUQPC :

- Elles participent à l'élaboration de la politique menée dans l'établissement en ce qui concerne l'accueil, la prise en charge, l'information et les droits des usagers.
- Elles sont associées à l'organisation des parcours de soins ainsi qu'à la politique de qualité et de sécurité élaborée par la commission ou la conférence médicale d'établissement.
- Elles peuvent se saisir de tout sujet portant sur la politique de qualité et de sécurité, faire des propositions et être informées des suites données.
- Elles sont informées des événements indésirables graves (EIG) et des actions menées par l'établissement pour y remédier.
- Elles recueillent les observations des associations de bénévoles dans l'établissement.
- Elles peuvent proposer un projet des usagers exprimant leurs attentes et leurs propositions après consultation des représentants des usagers et des associations de bénévoles ayant passé une convention avec l'établissement.
- Un représentant des usagers membre de la commission peut accompagner l'auteur d'une réclamation lors de sa rencontre avec le médiateur.



Le fonctionnement des CRUQPC

Les Commissions des relations avec les usagers et de la qualité de la prise en charge (CRUQPC) se réunissent **au moins quatre fois par an** avec les **membres obligatoires**. D'autres réunions, en composition élargie, peuvent être organisées sur la base du règlement intérieur de l'établissement.

Le **rapport annuel d'activité** de la CRUQPC doit être élaboré par **l'ensemble** de ses membres et présenté au conseil de surveillance ou à l'organe collégial de l'établissement.

Chiffres Clés

Les réunions des CRUQPC



77% des CRUQPC ont fait plus de 4 réunions dans l'année (72 % en 2015)

3,9 réunions sont organisées en moyenne par an (3.7 en 2015)

58% des CRUQPC ont mis en place d'autres modes de travail que les réunions physiques : échanges par mail, par téléphone et visioconférence

19% des établissements organisent des réunions entre les associations présentes au sein de l'établissement et les représentants des usagers (+3%)

Les moyens par lesquels le personnel est informé



79% des établissements informent le personnel au cours d'une communication orale ou lors de réunions

77% par affichage

71% dans le livret d'accueil

51% via l'intranet

47% dans le journal interne

29% sur internet

9% lors d'une permanence dans l'établissement

La visibilité auprès du personnel et des usagers



99% des établissements informent les usagers des activités de la CRUQPC

90% des établissements informent leur personnel du rôle et de la composition de la CRUQPC

Les moyens utilisés par les établissements pour informer les usagers sur les activités de la CRUQPC :



89% par le livret d'accueil

40% par une communication orale ou en réunion

83% par voie d'affichage

15% lors d'une permanence

48% par internet

Pour aller plus loin...

... Le rapport d'activité peut être présenté devant d'autres instances de l'établissement comme :

- La Commission des soins infirmiers, de rééducation et médicotéchniques (CSIRMT)
- Le Comité de pilotage (COFIL) de la qualité et de la sécurité des soins
- Le Comité technique d'établissement (CTE)
- Le Comité de coordination des vigilances réglementaires (COVIR) ou la Coordination des vigilances et risques sanitaires (COVIRIS)
- La réunion des cadres
- Le Comité de liaison alimentation/nutrition (CLAN), le Comité de lutte contre les infections nosocomiales (CLIN) et le Comité de lutte contre la douleur (CLUD)
- La Commission du médicament et des dispositifs médicaux stériles (COMEDIMS)



Les représentants des usagers

Les représentants des usagers (RU) sont **désignés pour trois ans par le Directeur général de l'ARS sur proposition de l'association agréée** à laquelle ils appartiennent.

Ils exercent leur mandat **associatif et bénévole au nom de tous les patients de l'hôpital**.

Les représentants des usagers sont plus nombreux depuis 2014 mais **un tiers des postes reste à pourvoir sur la région**. Leur désignation constitue un enjeu majeur pour la défense des intérêts des usagers dans de leur parcours de soins. Elle nécessite l'implication conjointe de l'ARS, des associations d'usagers et des établissements de santé.

Chiffres Clés

Les désignations



977	désignés
65%	de titulaires
20%	pour qui il s'agit du premier mandat
34%	de mandats vacants dont 4/5 de suppléants

Les moyens matériels mis à leur disposition



24%	ont un ordinateur (en baisse)
19%	ont des locaux réservés (=)
14%	ont un e-mail individuel ou collectif (-12%)
5%	ont un téléphone fixe
1%	ont un téléphone portable
53%	des établissements ne mettent aucun moyen matériel à disposition des RU

Leur visibilité au sein de l'établissement

69%	des établissements présentent les RU au personnel dès leur arrivée
23%	des établissements organisent des temps de permanence auprès du public
85%	des établissements diffusent les noms et coordonnées des représentants des usagers (83% en 2015)
58%	des établissements permettent des rencontres avec les usagers (57% en 2015)
40%	des établissements organisent des échanges avec les équipes soignantes (36% en 2015)

Zoom sur...

Les associations agréées qui comptent le plus d'utilisateurs du système de santé :

Régionales :

1. UFC QUE CHOISIR (plus de 40 RU)
2. OLD'UP (entre 15 et 20 RU)
3. UDAF 78 – Union départementale des associations familiales (entre 15 et 20 RU)
4. UDAF 93 (15 RU)
5. UDAF 94 (entre 10 et 15 RU)
6. AFTC – Association des Familles de Traumatisés crâniens (10 RU)

Nationales :

1. UNAFAM (plus de 110 RU)
2. Ligue contre le cancer (60 RU)
3. UNAF / UDAF (plus de 50 RU)
4. France Alzheimer (entre 45 et 50 RU)
5. APF – Association des paralysés de France (plus de 30 RU)
6. Vie libre (30 RU)
7. LE LIEN (entre 25 et 30 RU)
8. ADMD – Association pour le droit à mourir dans la dignité (entre 20 et 25 RU)
9. AFD – Association française des diabétiques (entre 20 et 25 RU)
10. Les petits frères des pauvres (20 RU)

Pour aller plus loin...

... Dans les moyens matériels mis à disposition des RU :

- Des panneaux d'affichage réservés
- Des cartes de visite ou des brochures
- Des salles de réunion
- Un secrétariat
- Un accès au self/restaurant de l'hôpital
- Un accès à l'intranet de l'établissement

... Dans l'implication des RU dans les groupes de travail thématiques :

- Les droits des patients
- Le livret d'accueil
- Le compte qualité (certification HAS)
- Le questionnaire de satisfaction
- La signalétique et l'affichage au sein de l'hôpital
- Comité d'éthique et bientraitance
- Développement durable

... Dans la participation des RU aux différentes instances de l'établissement :

- Le comité de lutte contre les infections nosocomiales – CLIN (dans 71% des établissements)
- Le comité de liaison alimentation et nutrition – CLAN (56%)
- Le comité de lutte contre la douleur – CLUD (38% des établissements)
- La coordination des vigilances et risques sanitaires – COVIRIS (27%)
- Le conseil de surveillance – (84 %CS)
- Le conseil d'administration – (CA 7 %)
- La commission ou la conférence médicale d'établissement – CME (seulement 10%)
- Le comité d'hygiène, de sécurité et des conditions de travail (CHSCT) (1% des établissements)

Rappel

Les membres de la commission sont indemnisés au titre des frais de déplacement engagés dans le cadre de leur mission. (Article R1112-90 créé par décret n°2005-213 du 2 mars 2005).

Les réclamations

Tout usager doit pouvoir exprimer ses griefs **oralement ou par écrit** au sein d'un établissement de santé. La Commission des relations avec les usagers et de la qualité de la prise en charge (CRUQPC) est informée de l'ensemble des réclamations déposées par les usagers ainsi que des suites données par l'établissement.

Le nombre de réclamations **augmente** chaque année depuis 2012. Cette hausse doit être interprétée avec prudence et mise en relation avec l'évolution du nombre d'entrées totales de patients dans les établissements. Elle peut être le résultat d'une meilleure communication auprès des usagers sur la possibilité de formuler une réclamation, d'un recensement plus complet de la part des établissements, ou d'une insatisfaction réelle et grandissante sur certaines thématiques.

Chiffres Clés

Le recensement



22 858

réclamations écrites et orales recensées

16 979

écrites (74%)

5 879

orales (26%)

2015 : 22254 | 2014 : 21074 | 2013 : 19331 | 2012 : 19048

21

établissements ont déclaré n'avoir reçu aucune réclamation écrite

0,13%

des entrées totales de patients font l'objet d'une réclamation depuis 2012

Le recueil des réclamations est organisé dans :

100%

des établissements pour les réclamations écrites

84%

des établissements pour les réclamations orales

16980

Réclamations traitées soit 74 % ont fait l'objet d'une réponse écrite (68 % en 2015)

94%

des établissements rendent accessible le registre des réclamations à tous les membres de la CRUQPC (6% ne le font pas)

98%

des établissements ont mis en place une procédure formalisée de traitement des réclamations (+1%). Dans ce cas, les usagers sont informés de la procédure dans 92 % des établissements.

17

jours de délai moyen de réponse à une réclamation, hors accusé de réception (16,5 jours en 2014)

Les premiers domaines de réclamations



34%

La prise en charge sur les aspects médicaux

26%

L'accueil et l'administration

20%

La vie quotidienne et l'environnement

16%

La prise en charge sur les aspects paramédicaux

3%

Le respect de la personne

Les premiers motifs de réclamations tous domaines confondus



2 916

réclamations sur la facturation (13%)

1925

réclamations sur la perte, le vol ou l'endommagement d'un objet (8%)

1551

réclamations sur les relations avec le médecin (7%)

1329

réclamations sur les relations avec le personnel (6%)

1227

réclamations sur l'information fournie au malade ou aux membres de sa famille (5%)

Autres motifs de réclamations

... concernant la prise en charge sur les aspects médicaux

- Les conditions de sortie du patient
- Le délai de transmission du compte-rendu d'hospitalisation
- Le report, l'annulation d'une intervention ou d'une prise en charge
- Une erreur médicamenteuse
- Un désaccord sur la prescription
- Une discontinuité des soins lors du changement de service

... concernant l'accueil et l'administration

- Des difficultés liées à la prise de rendez-vous
- Un dysfonctionnement dans la prise en charge administrative du dossier du patient
- Une indisponibilité, des difficultés à joindre le standard ou les services
- Un manque, un défaut d'information à destination des patients et des proches
- Un refus de prise en charge dans les services ou à l'hôpital

... concernant la vie quotidienne et l'environnement

- Le comportement des autres patients, des voisins de chambre (non-respect, agressivité)
- L'absence de confort et l'aménagement des chambres (climatisation, chauffage, douche, accès internet)
- Les nuisances sonores et olfactives
- Du matériel, un équipement inadapté, dégradé ou indisponible
- Les transports et le stationnement

... concernant la prise en charge sur les aspects paramédicaux

- La prise en charge par les ambulances
- L'absence ou la faible prévention de la chute du patient
- Le manque d'explications sur la prise en charge
- L'absence de coordination et de communication entre les services
- Le changement récurrent des équipes

... concernant le respect de la personne

- Le langage et l'attitude du personnel vis-à-vis du patient
- Le manque d'écoute et de bienveillance des professionnels
- L'annonce du décès

La médiation

La médiation en milieu hospitalier a pour finalité de garantir les conditions d'un **dialogue en présence d'un tiers**, entre le patient et le professionnel mis en cause.

À la réception d'une **réclamation écrite**, le représentant légal de l'établissement informe le requérant de la **possibilité de saisir un médiateur** ou l'informe qu'il procède à cette saisine.

La médiation demeure pourtant sous-utilisée au sein des établissements de santé et doit être proposée à chacun des requérants. En 2016, 1 646 médiations ont été proposées sur 22 858 réclamations recensées soit 7 %.

Chiffres Clés

Les médiations en Ile de France



1 060 en 2016 (1092 en 2015)

96% des établissements informent les usagers de la possibilité de saisir directement le médiateur

Les moyens par lesquels les usagers sont informés de la possibilité de saisir un médiateur directement



93% dans le livret d'accueil

77% par voie d'affichage

45% sur le site internet de l'hôpital

15% dans des brochures spécifiques

La répartition des médiations



61% médicales (59% en 2015)

19% non-médicales

20% communes

L'information des usagers sur la possibilité de saisir un médiateur après une demande spécifique ou une réclamation



95% des établissements informent les professionnels de santé de l'existence et du rôle des médiateurs médecins et non-médecin

94% des établissements informent les usagers de l'existence d'un médiateur après une demande spécifique ou une réclamation

87% dans la réponse à la réclamation

65% dès le premier entretien avec un professionnel de santé de l'établissement

Le recours à la médiation par statut d'établissement



Réclamations ayant donné lieu à une médiation :

8% ESPIC **5%** Public (dont Armées)

5% Privé **2%** AP-HP

Le rapport de médiation



82% des établissements le présentent à la CRUQPC (80% en 2015)

79% des établissements l'envoient au plaignant (76% en 2014)



La mesure de la satisfaction des usagers

Les établissements de santé doivent procéder à une **évaluation régulière** de la satisfaction des usagers, notamment sur les conditions d'accueil et de séjour.

Le questionnaire de sortie et **les enquêtes de satisfaction** font partie des différents outils utilisés par les établissements pour recueillir l'avis des usagers. Ce recueil organisé des commentaires et propositions permettent d'améliorer la qualité du service rendu aux patients.

Le questionnaire de sortie devrait être utilisé par tous les établissements et **l'exploitation des résultats** des différentes méthodes devrait être renforcée.

Chiffres Clés

Les outils réglementaires Le questionnaire de sortie



- 91%** des établissements l'utilisent (objectif 100 %)
- 67%** des établissements le remettent à la sortie du patient
- 55%** des établissements le remettent aux usagers dans le livret d'accueil
- 91%** des CRUQPC analysent les résultats des questionnaires de satisfaction lorsque cette procédure est mise en place.

Sur quoi porte-t-il ?

- 100%** sur la prestation paramédicale
- 98%** sur les prestations médicale, hôtelière et sur l'information du patient

Sur quel autres sujets pourrait-il davantage interroger les usagers ?

- 42%** des établissements interrogent les usagers au sujet du recueil du consentement
- 24%** des établissements interrogent les usagers au sujet de l'accès au dossier médical

Les points de satisfaction des usagers

- 43%** des usagers sont satisfaits des prestations paramédicales
- 35%** sont satisfaits des prestations médicales
- 12%** sont satisfaits des conditions d'accueil et d'hébergement respectant la dignité et l'intimité des patients

Les points à améliorer selon les usagers

- 78%** des usagers ne sont pas satisfaits des prestations hospitalières
- 8%** des usagers ne sont pas satisfait de l'information fournie au patient
- 5%** des usagers ne sont pas satisfaits des prestations administratives

Les enquêtes de satisfaction



- 69%** des établissements franciliens y ont recours (58 % en 2015)
- 5481** enquêtes menées (9 694 en 2015)
- 117 005** personnes enquêtées (151 923 en 2015)
- 95%** des CRUQPC sont informées des résultats des enquêtes de satisfaction

Pour aller plus loin...

... Dans les autres outils utilisés ou développés par les établissements

- **L'enquête nationale e-Satis** : questionnaire en ligne renseigné par les patients hospitalisés plus de 48h en Médecine-Chirurgie-Obstétrique (MCO). Voir le site internet de la HAS : www.has-sante.fr/portail/jcms/c_2030354/
- **Le patient-traceur** : analyse de la qualité et de la sécurité de la prise en charge d'un patient tout au long de son parcours dans l'établissement. Voir le guide méthodologique de la HAS : www.has-sante.fr/portail/upload/docs/application/pdf/2015-01/guide_methodo_patient_traceur.pdf
- **Des supports à destination des usagers** (borne interactive de satisfaction, boîte à idées, cahier d'expression, tablettes, etc.)
- **Des rencontres avec les soignants** ou la personne chargée des relations avec les usagers
- **Des audits** (qualité, bientraitance, prise en charge de la douleur)
- **Un contact** avec les patients après leur sortie (téléphone, mail)
- **Un micro-trottoir**
- **Le « Bureau de l'Évaluation de l'Expérience Patient »** : structure pluridisciplinaire et participative qui donne la parole aux patients dans le but de collaborer avec eux sur l'amélioration de l'organisation des soins, en lien avec les professionnels de santé suivi des réclamations par les membres de la CRUQPC
- **Recensement et valorisation des courriers de remerciements**

Les autres outils utilisés ou développées pour les usagers

- **«Scope santé» site de la haute autorité de santé (HAS)** pour informer sur le niveau de qualité de tous les hôpitaux et cliniques de France <https://www.scopesante.fr/#/>



L'information à destination des usagers

L'information permet à chaque usager de bénéficier des connaissances nécessaires à l'exercice de son **libre jugement** et à son **implication** dans son traitement.

Pour être **acteur de sa santé**, il doit pouvoir bénéficier d'une **information générale sur ses droits** ainsi que **des informations particulières sur sa prise en charge médicale**. Il doit pouvoir exprimer ses **souhaits relatifs à la fin de vie** (conditions éventuelles de limitation ou d'arrêt des traitements).

Pour le bon déroulement du séjour, chaque établissement remet au patient, lors de son admission, **un livret d'accueil** auquel est annexée **la charte du patient hospitalisé**.

Chiffres Clés

Le livret d'accueil



89% des établissements le remettent à l'usager ou à ses proches lors de son entrée, en cas d'hospitalisation non programmée

77% des établissements fournissent des explications orales lors de sa distribution à l'usager

29% des établissements y insèrent un formulaire de directives anticipées concernant la fin de vie (26 % en 2015)

Les organisations mises en place pour dispenser des informations médicales aux patients et à leurs proches



84% des établissements ont mis en place une organisation spécifique (84 % en 2015)

67% des établissements disposent d'un lieu spécifique (77 % en 2015)

57% des établissements ont désigné une personne référente au sein du personnel (66 % en 2014)

La charte de la personne hospitalisée



96% des établissements l'affichent dans les lieux fréquentés par les usagers

94% l'affichent dans les différents pôles, services et unités de l'hôpital

26% des établissements l'affichent dans chaque chambre

Les directives anticipées relatives à la fin de vie



97% des établissements délivrent une information aux usagers (55 % en 2015)

87% des établissements informent les médecins et soignants (idem en 2015)

64% des établissements informent le personnel (hors soignants)

L'information sur les frais liés à la prise en charge



79% des établissements affichent une information sur les tarifs dans tous les lieux de consultation (80 % en 2015)

55% des établissements informent les usagers de l'obligation de réaliser un devis pour les montants supérieurs à 70€ (41 % en 2015)

Pour aller plus loin...

... Dans le livret d'accueil

- Pour les interventions programmées, il pourrait être davantage remis **en amont de l'hospitalisation** pour permettre au patient d'appréhender plus sereinement les conditions de son séjour. Il pourrait être par ailleurs systématiquement accompagné d'explications orales pour répondre aux différentes interrogations des usagers et de leurs accompagnants.

... Dans l'affichage de la charte de la personne hospitalisée

- Celle-ci pourrait être affichée dans toutes **les chambres des patients**, en plus des **unités et des lieux fréquentés par le public** mais aussi :
 - Sur le **site internet** de l'établissement
 - Dans ou devant les **ascenseurs**
 - **À l'accueil ou au service des admissions**
 - **En langues étrangères et en braille**
 - **À destination du personnel soignant et non soignant**
 - **À la direction qualité**
 - Dans le **bureau de la personne chargée des relations avec les usagers**

... Dans les procédures de communication des informations médicales aux patients et à leurs proches

- **Un cahier de liaison** pour favoriser la communication soignants/famille
- **Des entretiens individuels avec le praticien hospitalier**
- **Des dispositifs d'entretiens spécifiques en oncologie**
- **Des réunions avec la personne chargée des relations avec les usagers**, avec ou sans les médecins concernés
- **Un staff médical** avec le médecin référent, le patient et ses proches si souhaité



L'accès au dossier médical

Les patients peuvent accéder directement à l'ensemble des informations relatives à leur état de santé détenues par les hôpitaux et cliniques .

Le **délai maximum** de traitement des demandes est fixé à 8 jours pour les dossiers de moins de 5 ans et à 2 mois pour les dossiers plus anciens.

Chiffres Clés

Les demandes



41 870 en 2016

40 388 en 2015

37 880 en 2014

34 663 en 2013

Les délais moyens de traitement



9 jours pour les dossiers de moins de 5 ans
(aucune évolution n'est constatée depuis 2013)

14 jours pour les dossiers de plus de 5 ans
(15 jours en 2015)

La répartition des demandes



79% proviennent du patient lui-même

21% de ses ayants-droits ou d'un tiers habilité

Les réclamations sur les difficultés d'accès



974 en 2016 (4,3 % des réclamations totales)

718 en 2015 (3,2 % des réclamations totales)

1 256 en 2014 (6 % des réclamations totales)

888 en 2013 (4,6 % des réclamations totales)

Le traitement



84% des demandes reçues ont abouti à la communication du dossier médical au requérant (84 % en 2015)

68% des établissements envoient un courrier d'accusé de réception de la demande (70 % en 2015)

À noter : Les demandes ne sont pas traitées en l'absence de pièces justificatives.

À noter

Depuis 2013, entre 0.2% et 0.3% des entrées totales de patients font l'objet d'une demande d'accès au dossier médical. 6 % des réclamations reçues dans les établissements publics ou de l'AP-HP concernent l'accès au dossier médical contre 0,5 % dans les établissements privés à but lucratif et non lucratif.

Pour aller plus loin...

... comment obtenir son dossier médical

Consultez la fiche du Défenseur des droits dans le guide «Usagers : votre santé, vos droits» www.defenseurdesdroits.fr/sites/default/files/atoms/files/ddd_gui_20140303_sante_droits.pdf

... dans la réduction des délais

Les établissements pourraient **réduire le délai moyen d'obtention des dossiers médicaux de moins de 5 ans** et ainsi **répondre à l'objectif réglementaire de 8 jours**.

L'envoi systématique d'un **accusé de réception** pourrait également être organisé afin de confirmer au demandeur l'enregistrement de sa demande et lui **préciser la procédure à suivre**.



La politique liée à la qualité de l'accueil et de la prise en charge

La qualité de l'accueil et de la prise en charge des patients est un objectif majeur pour tout établissement de santé.

Le **respect de la dignité, le soulagement de la douleur et la promotion de la bientraitance** sont des enjeux essentiels de la qualité de l'accueil et de la prise en charge.

L'accompagnement du patient doit être adapté à **ses besoins** et correspondre à **ses choix**.

L'accueil doit être de qualité et adapté aux **publics spécifiques**. Ils doivent pouvoir accéder aux locaux, utiliser les équipements, se repérer dans l'établissement, bénéficier des prestations proposées, comprendre les informations et s'exprimer. Les dispositifs d'accueil spécifiques sont plus nombreux d'année en année depuis 2012. Néanmoins, 6 % des établissements continuent à ne pas être accessibles aux personnes à mobilité réduite.

Chiffres Clés

La personne de confiance



77% des établissements délivrent aux usagers une information sur la possibilité de désigner une personne de confiance en dehors du livret d'accueil (80% en 2015)

90% des établissements ont défini une procédure pour recueillir l'identité de la personne de confiance (92 % en 2015)

L'intimité et la dignité des personnes



86% des établissements l'ont intégré dans leur questionnaire de sortie (94% en 2015)

1,1% des réclamations totales portent sur ce sujet (idem en 2015)

La prise en charge de la douleur



92% des établissements délivrent aux usagers une information sur cette thématique (98 % en 2015)

98% des établissements évaluent systématiquement la douleur dans les services (idem en 2015)

Les croyances et les convictions



91% des établissements mettent en place des dispositifs pour assurer le respect des croyances religieuses le libre exercice des cultes (91 % en 2014)

87% des établissements délivrent une information aux usagers sur le respect des croyances et des convictions

Cette information est dispensée par le livret d'accueil (90% des établissements), l'affichage (48 % des établissements) ou une procédure spécifique organisée à l'accueil (27 %).

Les procédures mises en place en cas de décès



85% des établissements assurent le respect des rites et des croyances (idem en 2015)

81% des établissements permettent le recueillement auprès du défunt (idem en 2015)

40% des établissements désignent un référent dans les services (43% en 2015)

La promotion de la bientraitance



82% des établissements déclarent mettre en œuvre des actions de promotion de la bientraitance (85 % en 2015)

70% des établissements proposent à leur personnels des formations ou séances de sensibilisation à la bientraitance (64 % en 2014)

Zoom sur...

... Les dispositifs d'accueil des publics spécifiques

- **85 %** des établissements ont mis en place un dispositif spécifique **pour les personnes non francophones** (87 % en 2015)
- **54 %** des établissements ont mis en place un dispositif spécifique **pour les personnes non et mal voyantes** (52 % en 2015)
- **52 %** des établissements ont mis en place un dispositif spécifique **pour les personnes illettrées ou analphabètes** (50 % en 2015)
- **44 %** des établissements ont mis en place un dispositif spécifique **pour les personnes sourdes** (45 % en 2015)
- **30 %** des établissements ont mis en place ces quatre dispositifs à la fois (29 % en 2015)
- **10 %** des établissements déclarent n'avoir mis en place aucun dispositif (10 % en 2015)

Pour aller plus loin...

... Dans les procédures liées à la prise en charge du décès

- Proposer un accompagnement des familles dans **les démarches**
- Mettre en place une procédure spécifique d'**annonce du décès**
- Signer une convention avec **les pompes funèbres** pour l'orientation des familles et le respect des croyances
- Permettre une intervention des **psychologues** auprès des proches



La sensibilisation des professionnels de santé aux droits des usagers

Les professionnels de santé doivent être sensibilisés et formés **sur les droits de leurs patients** pour leur assurer une prise en charge de qualité.

Les établissements devraient dispenser plus d'informations et de formations aux professionnels sur des sujets tels que **l'accès au dossier médical et la rédaction de directives anticipées** relatives à la fin de vie.

Chiffres Clés

L'évaluation des pratiques professionnelles



58%

des établissements ont recours aux évaluations de pratiques professionnelles (EPP) sur le respect des droits des usagers (58% en 2015) soit 561 EPP dans la région Ile-de-France

Les formations les plus dispensées par les établissements



92%

des établissements organisent des actions sur la prise en charge de la douleur

70%

des établissements sur la promotion de la bientraitance (55% en 2015) soit 11 708 professionnels

Pour aller plus loin...

... Dans les supports utilisés pour sensibiliser les professionnels de santé aux droits de leurs patients

- Utiliser le **journal interne** de l'établissement
- Mettre en place des **procédures spécifiques**
- Animer des ateliers lors de la **semaine thématique sur la sécurité du patient**
- Utiliser des **questionnaires/quizz**
- Utiliser le **livret d'accueil du personnel**

CONSULTATION



L'accompagnement des usagers

L'écoute du public et la prise en compte de ses attentes est une condition nécessaire à l'amélioration de la qualité de la prise en charge des personnes en établissement de santé.

Les personnes **chargées des relations avec les usagers** assurent l'interface entre les usagers, les professionnels et la direction de l'établissement.

Les **maisons des usagers** ont vocation à accueillir les associations présentes au sein de l'établissement. Ce dispositif a permis d'ouvrir un lieu d'accueil, d'échanges, d'écoute et d'information pour les usagers et les associations.

Chiffres Clés

La personne chargée des relations avec les usagers



- 47%** des établissements ont une personne à plein temps
- 96%** des établissements l'associent systématiquement aux réunions de la CRUQPC (95 % en 2015)
- 76%** des établissements affichent ses coordonnées dans les services
- 72%** des établissements organisent sa rencontre avec les usagers (72 % en 2015)
- 74%** des établissements organisent des rencontres pour les équipes soignantes sur la thématique des usagers (au moins 4 fois par an)

La maison des usagers



- 28** au total en Île-de-France (idem en 2014)
- 7%** des établissements sont concernés
- 96%** ont un local dans l'établissement
- 7** associations sont en moyenne représentées

L'ouverture d'une maison des usagers selon le statut de l'établissement



- 10** dans des établissements publics (soit 17 % de ces établissements)
- 9** à l'AP-HP (soit 27 % de ces établissements)
- 6** dans des établissements privés d'intérêt collectif (ESPIC) (soit 7 % de ces établissements)
- 3** dans des établissements privés (soit 2 % de ces établissements)

La désignation de la PCRU selon le statut de l'établissement



- 100%** des établissements de l'AP-HP
- 90%** des établissements publics
- 70%** des établissements privés d'intérêt collectif
- 67%** des établissements privés

Les principales activités de la maison des usagers



- 96%** de l'information auprès du public
- 46%** de l'animation auprès du public
- 43%** des établissements qui les accueillent font des ateliers

La visibilité de la PCRU au sein de l'établissement



- 74%** des établissements la mentionnent dans le livret d'accueil



Les CRUQPC, un levier pour l'amélioration de la qualité ?

Les Commissions des relations avec les usagers et de la qualité de la prise en charge (CRUQPC) contribuent à l'amélioration de l'accueil et de la qualité de la prise en charge des personnes malades et de leurs proches au sein des établissements de santé. Elle doivent pour cela disposer d'une information complète sur l'**avis des usagers**, les **réclamations** et les **enquêtes de satisfaction**. Si les commissions sont quasiment toutes associées aux actions d'amélioration de l'établissement (97 % en 2015 et 2014), elles sont toutefois moins nombreuses à formuler des recommandations et à évaluer leur application.

Présentation du rapport d'activité



86% des établissements font participer les membres de la CRUQPC à la rédaction du rapport d'activité

64% des établissements le présentent au conseil de surveillance ou à l'instance de direction

60% des établissements le présentent à la commission ou conférence médicale d'établissement – CME

autres : comité de direction (6%), conseil d'administration (3%), COPIL qualité (5%)

Les observations négatives des représentants des usagers sur le rapport annuel de la CRUQPC



14% des établissements ont reçu des observations négatives.

Ces réserves concernent principalement :

- La mesure de la satisfaction des usagers 29%
- Le dossier médical 16%
- Le droit d'accès à l'information 16%
- L'utilisation de la médiation 16%
- Les représentants d'usagers et les moyens mis à leur disposition 14%
- Le fonctionnement de la CRUQPC 12%
- La gestion des réclamations 10%
- La fin de vie 10%

Les observations positives des représentants des usagers sur le rapport annuel de la CRUQPC



59% des établissements ont reçu des observations positives.

Celles-ci portent principalement sur :

- Le fonctionnement de la CRUQPC (81 % des rapports d'activité concernés)
- La gestion des réclamations (68 % des rapports d'activité concernés)
- La mesure de la satisfaction des usagers (64 % des rapports d'activité concernés)
- La politique liée à la qualité de la prise en charge de l'accueil des personnes (50 % des rapports d'activité concernés)

Pour aller plus loin...

... Sur les autres sujets recueillant la satisfaction des représentants des usagers

- Leur implication dans la démarche de **certification**
- La prise en compte de leurs **avis et propositions** par la Direction de l'établissement
- La mise en place d'une **activité culturelle** à destination des patients
- La sensibilisation des professionnels à la bienveillance.
- Le respect des croyances et des rites des patients et prise en compte des personnes étrangères (barrière de la langue).
- La réactivité de la CRUQPC pour répondre aux demandes

... Sur l'avis de la CRUQPC relatif aux actions menées par l'établissement

63 % d'entre-elles ont donné leur avis sur au moins l'un des sujets suivants :

- **Le droit à l'information** : 96 % des CRUQPC sont satisfaites voire très satisfaites
- **Le droit d'accès au dossier médical** : 97 % des CRUQPC sont satisfaites voire très satisfaites
- **Les mesures prises pour l'amélioration de la qualité de la prise en charge** : 97 % des CRUQPC sont satisfaites voire très satisfaites
- **L'évaluation des pratiques en matière de respect des droits et de qualité de prise en charge** : 75 % des CRUQPC sont satisfaites voire très satisfaites
- **L'expression du consentement éclairé** : 92 % des CRUQPC en sont satisfaites voire très satisfaites

Par rapport à 2015, les CRUQPC se disent :

Davantage satisfaites :

- de l'expression du consentement éclairé (77 % seulement en 2015)
- du droit à l'information (95 % en 2015)
- du droit d'accès au dossier médical (93 % en 2015)
- des mesures pour l'amélioration de la qualité de la prise en charge (93 % en 2015)

Moins satisfaites :

- de l'évaluation des pratiques en matière de respect des droits et de la qualité de la prise en charge (92 % en 2015)

Zoom sur

... Les nouvelles compétences des Commissions des usagers (CDU)

- Elles **participent** à l'élaboration de la **politique menée dans l'établissement** en ce qui concerne l'accueil, la prise en charge, l'information et les droits des usagers
- Elles sont **associées** à l'organisation des parcours de soins ainsi qu'à la **politique de qualité et de sécurité** élaborée par la Commission ou Conférence médicale d'établissement (CME)
- Elles disposent d'un **droit d'auto-saisine et de suite** sur ces sujets
- Elles ont accès à la **liste des événements indésirables graves (EIG)** ainsi qu'aux **actions correctives** mises en place pour y remédier, **dans le respect et l'anonymat des patients**

Conclusion

L'analyse des rapports des CRUQPC montre le dynamisme régional et l'implication des usagers, directions et professionnels dans ces commissions.

Cependant, il existe encore des marges de progression. Après présentation de la synthèse, l'ARS, la commission spécialisée droits des usagers de la CRSA et le groupe de travail sur la représentation des usagers ont formulé les recommandations suivantes :

- Poursuivre les efforts de recrutement de RU, la démocratie ne peut être effective sans représentant des usagers. Se mettre en objectif : 0 établissement sans RU.
- Développer les échanges entre les patients, leurs proches et les représentants des usagers afin de garantir les conditions d'un dialogue et d'une écoute pour une meilleure représentativité.
- Développer les dispositifs d'accueil des publics spécifiques (analphabètes, mal-voyants, sourds, etc.)
- Mieux informer les usagers sur la facturation (13% des réclamations) et les devis pour les actes de plus de 70 euros (55% des établissements informent les usagers)
- Arriver à 100% des établissements pour les indicateurs suivants : au moins 4 réunions de la CRUQPC par an, la synthèse est élaborée par les membres de la CRUQPC, le rapport de médiation est envoyé au plaignant, le registre des plaintes est accessible aux représentants des usagers.
- Développer les actions visant à promouvoir la bientraitance et y associer les représentants des usagers.
- Doter la CRUQPC de moyen de fonctionnement
- Echanger sur les actions dans le domaine de la qualité de prise en charge et des résultats des diverses enquêtes (E-SATIS par exemple).
- Communiquer sur le rôle et les missions de la CRUQPC
- Réduire le délai moyen d'obtention des dossiers médicaux de moins de 5 ans et ainsi répondre à l'objectif réglementaire de 8 jours.
- Envoyer systématiquement un accusé de réception pour confirmer l'enregistrement de la réclamation et préciser la procédure

Depuis début 2017, les CDU commissions des usagers ont remplacé les CRUQPC acquérant ainsi de nouvelles compétences. L'amélioration globale des indicateurs montre que les commissions devraient être en mesure de réaliser ces nouvelles missions. L'agence régionale de santé Ile de France sera donc attentive pour pouvoir dresser un bilan de ces évolutions.

Le glossaire

AP-HP	Assistance publique-Hôpitaux de Paris
ARS	Agence régionale de santé
CA	Conseil d'administration
CAL	Commission de l'activité libérale
CDU	Commission des usagers
CHSCT	Comité d'hygiène, de sécurité et des conditions de travail
CISS	Collectif interassociatif sur la santé
CLAN	Comité de liaison alimentation/nutrition
CLIN	Comité de lutte contre les infections nosocomiales
CLUD	Comité de lutte contre la douleur
CME	Commission ou Conférence médicale d'établissement
COMEDIMS	Commission du médicament et des dispositifs médicaux stériles
COFIL	Comité de pilotage
COVIR	Comité de coordination des vigilances réglementaires
COVIRIS	Coordination des vigilances et risques sanitaires
CRSA	Conférence régionale de la santé et de l'autonomie
CRUQPC	Commission des relations avec les usagers et de la qualité de la prise en charge
CS	Conseil de surveillance
CSDU	Commission spécialisée dans le domaine des droits des usagers
CSIRMT	Commission des soins infirmiers, de rééducation et médicotecniques
CTE	Comité technique d'établissement
EIG	Événement indésirable grave
EPP	Évaluation des pratiques professionnelles
ESPIC	Établissement privé d'intérêt collectif
MCO	Médecine-Chirurgie-Obstétrique
PCRU	Personne chargée des relations avec les usagers
RU	Représentant des usagers

Les rappels réglementaires

- loi n°2002-303 du 4 mars 2002 relative aux droits des malades et à la qualité du système de santé
- décret n°2005-213 du 2 mars 2005 relatif à la commission des relations avec les usagers et de la qualité de la prise en charge
- articles L. 1114-1, L. 1112-3 et R. 1112-79 à R. 1112-94 du code de la santé publique
- loi n°2009-879 du 21 juillet 2009 portant réforme de l'hôpital et relative aux patients, à la santé et aux territoires
- loi n°2016-41 du 26 janvier 2016 de modernisation de notre système de santé (article 183)
- décret n° 2016-726 du 1er juin 2016 relatif à la commission des usagers des établissements de santé

LA COMPOSITION DES CRUQPC/CDU

La loi n° 2002-303 du 4 mars 2002 relative aux droits des malades et à la qualité du système de santé a instauré la création, dans chaque établissement de santé public ou privé, d'une commission des relations avec les usagers et de la qualité de la prise en charge (CRUQPC).

La loi n°2016-41 du 26 janvier 2016 de modernisation de notre système de santé prévoit sa transformation en commission des usagers (CDU) avec de nouvelles compétences et une composition identique.

Elles doivent être composées :

- du représentant légal de l'établissement ou la personne qu'il désigne à cet effet ;
- d'un médiateur médecin et son suppléant, désignés par le représentant légal de l'établissement ;
- d'un médiateur non médecin et son suppléant, désignés par le représentant légal de l'établissement ;
- de deux représentants des usagers et leurs suppléants, mandatés par une association agréée et désignés par le Directeur général de l'Agence régionale de santé (ARS).

Le responsable de la politique de la qualité assiste aux séances de la commission avec voix consultative (*article R.1112-86 du code de la santé publique*).

Le règlement intérieur de l'établissement peut compléter la composition de la commission par des membres facultatifs, définis aux II à VI de l'article R. 1112-81 du code de la santé publique :

- Dans les **établissements publics** de santé, autres que l'Assistance publique-Hôpitaux de Paris (AP-HP) :
 - 1) Le président de la commission médicale d'établissement ou le représentant qu'il désigne parmi les médecins membres de cette commission ;
 - 2) Un représentant de la commission du service de soins infirmiers et son suppléant, désignés par le directeur du service de soins infirmiers
 - 3) Un représentant du personnel et son suppléant, choisis par les membres du comité technique d'établissement en son sein ;
 - 4) Un représentant du conseil de surveillance et son suppléant, choisis par et parmi les représentants des collectivités locales et les personnalités qualifiées.
- Dans chaque hôpital ou groupe hospitalier de l'**AP-HP** :
 - 1) Le président de la commission médicale d'établissement locale ou le représentant qu'il désigne parmi les médecins membres de cette commission ;
 - 2) Un représentant de la commission locale de soins infirmiers de rééducation et médicotechniques et son suppléant, désignés par le président de la commission.
 - 3) Un représentant du personnel et son suppléant, choisis par les membres du comité technique local d'établissement en son sein ;
 - 4) Un représentant de la commission de surveillance et son suppléant, choisis par et parmi les représentants des collectivités locales et les personnalités qualifiées.

- Dans les établissements de santé **privés** :

1) Le président de la commission médicale ou de la conférence médicale ou le représentant qu'il désigne parmi les médecins membres de cette commission ou de cette conférence ;

2) Un représentant du personnel infirmier ou aide-soignant et son suppléant, désignés par le représentant légal de l'établissement ;

5) Un représentant du conseil d'administration ou de l'organe collégial qui en tient lieu et son suppléant, choisis par et parmi les membres qui n'y représentent pas les professionnels ou les usagers.

La liste nominative et actualisée des membres de la commission (*article R. 1112-84 du code de la santé publique*) :

- est arrêtée par le représentant légal de l'établissement
- est affichée dans l'établissement et transmise au directeur de l'ARS
- est remise à chaque patient avec le livret d'accueil

LES REPRÉSENTANTS DES USAGERS

Les représentants des usagers sont désignés pour trois ans par le Directeur général de l'ARS **sur proposition des associations d'usagers agréées**, au niveau régional ou national.

Seules les associations agréées représentent les usagers du système de santé dans les instances hospitalières (*article L. 1114-1 du code de la santé publique*).

L'agrément des associations est subordonné à une activité dans le domaine de la qualité de la santé et de la prise en charge des malades.

Les représentants des usagers peuvent demander la prise en charge des frais de déplacements engagés dans le cadre de leur mission (*article R. 1112-90 du code de la santé publique*). L'établissement doit les rembourser sur présentation de justificatifs de la durée réelle des déplacements.

LES RÉUNIONS DES CRUQPC (ARTICLE R. 1112-88 DU CODE DE LA SANTÉ PUBLIQUE)

La CRUQPC doit se réunir au moins une fois par trimestre, soit 4 fois par an, sur convocation de son président.

Elle doit se réunir aussi souvent que nécessaire pour procéder à l'examen des plaintes et réclamations qui lui sont transmises.

Toute réunion demandée par au moins la moitié des membres ayant voix délibérative doit être tenue.

LES RÉCLAMATIONS

Article R. 1112-91 à 94 du code de la santé publique : tout usager d'un établissement de santé doit être mis à même d'exprimer oralement ses griefs auprès des responsables des services de l'établissement. Il peut adresser lui-même une réclamation écrite au représentant légal de l'établissement.

Article R. 1112-80 du code de la santé publique : l'ensemble des plaintes et réclamations adressées à l'établissement de santé par les usagers ou leurs proches ainsi que les réponses qui y sont apportées par les responsables de l'établissement sont tenues à la disposition des membres de la commission.

LA MÉDIATION

Article R. 1112-92 du code de la santé publique : à la réception d'une réclamation écrite, le représentant légal de la structure doit informer le requérant dans les meilleurs délais de la possibilité de saisir un médiateur ou l'informer qu'il procède à cette saisie.

En cas de médiation et dans un délai de huit jours suivant la rencontre avec l'auteur de la réclamation, le médiateur adresse le compte rendu au président de la commission qui le transmet sans délai, accompagné de la réclamation, aux membres de la commission ainsi qu'au plaignant (*article R. 1112-94 du code de la santé publique*).

Le médiateur médecin est compétent pour traiter les plaintes ou réclamations qui mettent exclusivement en cause l'organisation des soins et le fonctionnement médical du service. **Le médiateur non médecin** est compétent pour traiter les plaintes ou réclamations étrangères à ces questions. Si une plainte ou réclamation concerne les deux médiateurs, ils sont simultanément saisis.

LA MESURE DE LA SATISFACTION DES USAGERS

Article L. 1112-2 du code de la santé publique : la qualité de la prise en charge des patients est un objectif essentiel pour tout établissement de santé. Celui-ci doit procéder à une évaluation régulière de leur satisfaction, portant notamment sur les conditions d'accueil et de séjour.

Article R. 1112-67 du code de la santé publique : tout hospitalisé reçoit avant sa sortie **un questionnaire** destiné à recueillir ses appréciations et ses observations.

L'INFORMATION À DESTINATION DES USAGERS

Article L. 1112-2 du code de la santé publique : chaque établissement remet aux patients, lors de leur admission, un livret d'accueil auquel est annexée la charte du patient hospitalisé.

- **Le livret d'accueil** fournit des informations sur les procédures de l'établissement et doit être régulièrement actualisé. Son contenu est précisé dans l'arrêté du 15 avril 2008 et porte notamment sur :
 - la nature des activités de l'établissement
 - l'organisation générale de l'établissement et les formalités administratives
 - les droits de la personne hospitalisée
- **La charte de la personne hospitalisée** inscrit le droit, pour la personne :
 - d'accéder directement aux informations de santé la concernant
 - de refuser les traitements ou d'en demander l'interruption
 - de désigner une personne de confiance
 - de rédiger ses directives anticipées pour faire connaître ses souhaits relatifs à sa fin de vie

Article L. 1111-3 du code de la santé publique :

- Avant exécution d'un acte, les professionnels de santé en exercice libéral doivent informer le patient de son coût et des conditions de remboursement par les régimes obligatoires.
- Les informations relatives **aux honoraires, y compris les dépassements éventuels**, doivent être affichées de façon visible et compréhensible dans la salle d'attente ou à défaut, dans le lieu d'exercice du professionnel de santé.
- Tout professionnel de santé remet au patient une information écrite préalable dès lors que, lorsqu'ils comportent un dépassement, les honoraires totaux des actes et prestations facturés lors de la consultation sont supérieurs ou égaux à 70 euros (seuil fixé par arrêté du 2 octobre 2008)

Sur la base *des articles L. 6144-1 et L. 6161-2 du code de la santé publique*, l'arrêté du 11 février 2014 fixe les conditions dans lesquelles les établissements de santé publics et privés mettent à la disposition des usagers les résultats, publiés chaque année, **des indicateurs de qualité et de sécurité des soins**.

Voir l'instruction relative aux modalités pratiques de mise à la disposition du public, 2014 : social-sante.gouv.fr/fichiers/bo/2014/14-06/ste_20140006_0000_0045.pdf

Depuis 2008, la Haute Autorité de Santé (HAS) met en œuvre des campagnes nationales de recueil d'indicateurs de qualité et de sécurité des soins (IQSS) au sein de l'ensemble des établissements de santé. Ces indicateurs sont recueillis et diffusés publiquement.

Depuis 2013, Scope Santé, www.scopesante.fr/, est le site internet d'information des usagers sur la qualité des prises en charge dans les établissements de santé. Lancé par la HAS en partenariat avec la Direction générale de l'offre de soins (DGOS) et l'Agence technique de l'information sur l'hospitalisation (ATIH), il est le support de diffusion publique pour tous les établissements de santé, notamment des résultats des indicateurs de qualité et de sécurité des soins.

- La délivrance des informations médicales

Article L. 1111-2 du code de la santé publique : toute personne a le droit d'être informée sur son état de santé. La délivrance de cette information permet au patient de prendre en toute connaissance de cause les décisions concernant sa santé.

Voir les recommandations de bonnes pratiques de la HAS relatives à la « Délivrance de l'information à la personne sur son état de santé », 2012 : www.has-sante.fr/portail/upload/docs/application/pdf/2012-06/recommandations_-_delivrance_de_linformation_a_la_personne_sur_son_etat_de_sante.pdf

LES DIRECTIVES ANTICIPÉES

Article L.1111-11 du code de la santé publique : toute personne majeure peut rédiger des directives anticipées pour le cas où elle serait un jour hors d'état d'exprimer sa volonté. Ces directives anticipées indiquent les souhaits de la personne relatifs à sa fin de vie concernant les conditions de la limitation ou l'arrêt de traitement. À condition qu'elles aient été établies moins de trois ans avant l'état d'inconscience de la personne, le médecin en tient compte pour toute décision d'investigation, d'intervention ou de traitement la concernant.

L'ACCÈS AU DOSSIER MÉDICAL

Article L. 1111-7 et R. 1111-1 à 8 du code de la santé publique : les établissements de santé doivent s'assurer de l'identité du demandeur, et en cas de décès, de l'absence d'opposition de la personne décédée ou encore offrir différentes modalités d'accès au dossier médical, dont la possibilité d'une consultation sur place. Le délai maximum de traitement des demandes d'accès au dossier médical est fixé à 8 jours pour les dossiers de moins de 5 ans et à 2 mois pour les dossiers plus anciens.

LA POLITIQUE LIÉE À LA QUALITÉ DE L'ACCUEIL ET DE LA PRISE EN CHARGE DES PERSONNES

- La personne de confiance (*article L.1111-6 du code de la santé publique*)

En cas d'hospitalisation dans un établissement de santé, il doit être proposé à toute personne majeure de désigner par écrit une personne de confiance pour l'accompagner dans ses démarches et examens médicaux et « qui sera consultée au cas où elle-même serait hors d'état d'exprimer sa volonté et de recevoir l'information nécessaire à cette fin.

- La prise en charge de la douleur

Le soulagement de la douleur est reconnu comme un droit fondamental de toute personne dans la loi relative aux droits des malades et à la qualité du système de santé du 4 mars 2002 et comme une priorité de santé publique inscrite dans la loi de santé publique de 2004. La douleur est définie comme un critère de qualité et d'évolution d'un système de santé, sa prise en charge étant considérée comme un véritable enjeu de santé publique.

- La personne malade a droit au respect de sa dignité (*article L.1110-2 du code de la santé publique*).
- Les personnes hospitalisées doivent être en mesure de participer à l'exercice de leur culte (*article R. 1112-46 du code de la santé publique*).

L'ACCUEIL DES PERSONNES

Les établissements de santé doivent être accessibles aux personnes handicapées, quel que soit leur handicap (*article R.111-19-1 du code de la construction et de l'habitation*). Les bâtiments doivent permettre à des personnes handicapées, avec la plus grande autonomie possible, de circuler, d'accéder aux locaux et équipements, d'utiliser les équipements, de se repérer, de communiquer et de bénéficier des prestations en vue desquelles cet établissement ou cette installation a été conçu. Les conditions d'accès des personnes handicapées doivent être les mêmes que celles des personnes valides ou, à défaut, présenter **une qualité d'usage équivalente** (*article R.111-19-2 du code de la construction et de l'habitation*).

Pôle démocratie sanitaire - Mission usagers
ars-idf-cdu@ars.sante.fr



iledefrance.ars.sante.fr

 [@ars_idf](https://twitter.com/ars_idf)

 [arsiledefrance](https://www.facebook.com/arsiledefrance)

ARS Île-de-France - 35, rue de la Gare 75935 Paris Cedex 19 - 01 44 02 00 00