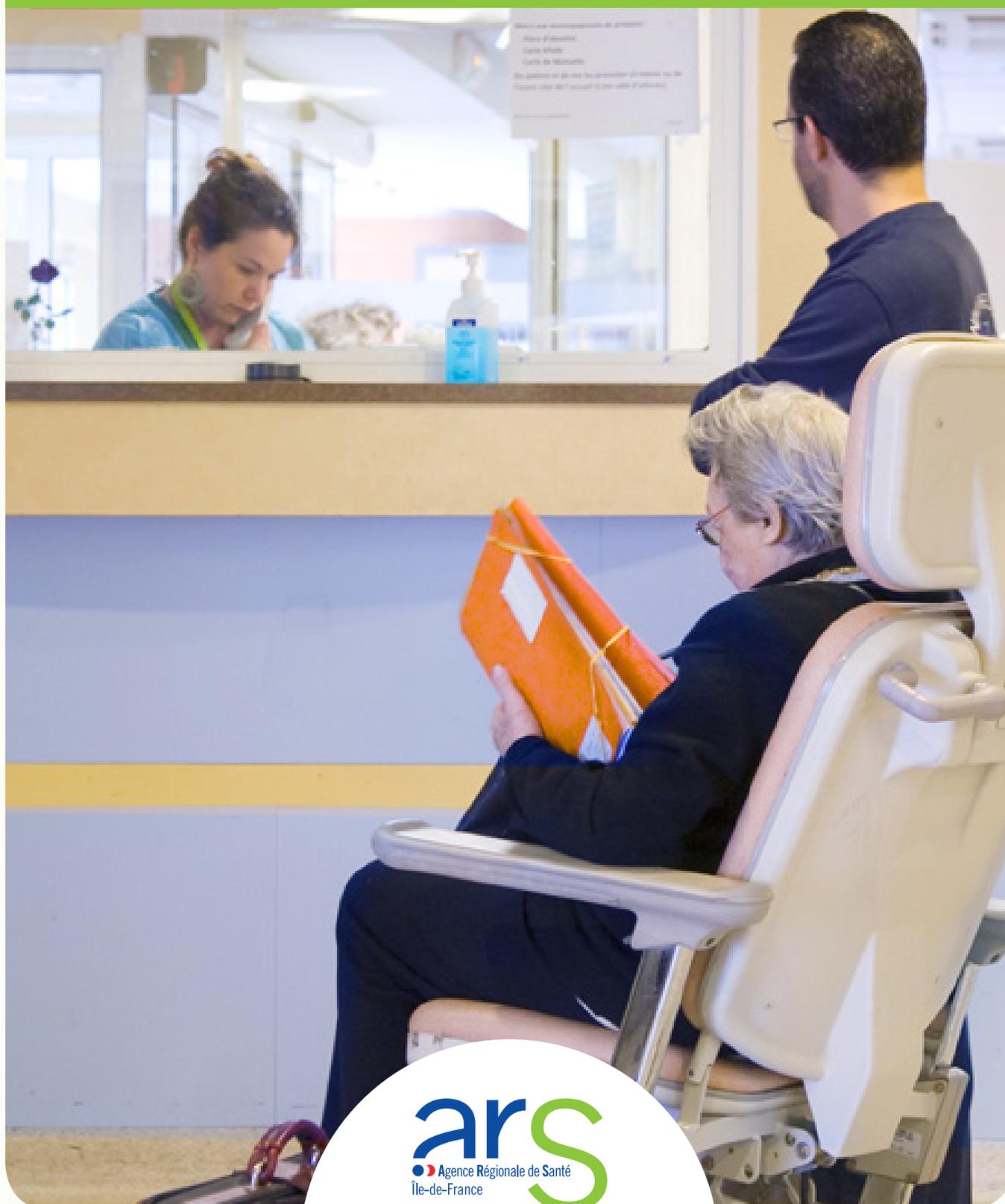


Droits des usagers de la santé

Synthèse régionale
des rapports d'activité 2017
des commissions des usagers
des établissements de santé





DROITS ET COMMISSIONS DES USAGERS (CDU)

Synthèse régionale des rapports d'activité 2017

LE SOMMAIRE

2017 : la première année des Commissions des usagers (CDU)	p.6
Les CDU en Île-de-France	p.8
La composition des CDU	p.10
Le fonctionnement des CDU	p.12
Les représentants des usagers	p.14
Les réclamations	p.16
La médiation	p.18
La mesure de la satisfaction des usagers	p.20
L'information à destination des usagers	p.22
L'accès au dossier médical	p.24
La politique liée à la qualité de l'accueil et de la prise en charge	p.26
Professionnels de santé et droits des usagers	p.28
L'accompagnement des usagers	p.30
Les CDU : un levier pour l'amélioration de la qualité ?	p.32
Conclusion	p.34
Le glossaire	p.36
Les rappels réglementaires	p.38

Date de publication : Novembre 2018

Directeur de la publication : Aurélien ROUSSEAU

Introduction

Le département démocratie sanitaire de l'Agence Régionale de Santé Ile-de-France (ARS IDF) vous présente la synthèse régionale sur l'activité 2017 des commissions des usagers (CDU).

Instaurées par la loi Kouchner de 2002, sous l'intitulé de CRUQPC, disposant de missions élargies depuis la loi de modernisation du système de santé de 2016, ces commissions sont un lieu d'écoute et d'échange entre les professionnels, les représentants des usagers, les équipes de directions et les médiateurs.

Chaque établissement de santé transmet annuellement à l'Agence son rapport d'activité via un questionnaire uniformisé et dématérialisé pour permettre une comparaison des données d'une année sur l'autre. L'étude de ces rapports fait l'objet d'une synthèse régionale publiée et met en lumière les bonnes pratiques des établissements, les points à améliorer et l'évolution des dynamiques.

Cette synthèse permet de faire une photographie de l'effectivité des droits des usagers dans les établissements de soins franciliens. Aux acteurs de l'utiliser comme un outil permettant d'améliorer la prise en compte de la parole des usagers. C'est là l'enjeu de l'évolution de ces commissions, de passer à un lieu de constat et de bilan des plaintes et réclamations à un lieu où les avis et propositions sont exposés et suivies pour au final une amélioration de la qualité de la prise en charge.

Ce bilan est le premier portant sur la mise en place de ces nouvelles commissions des usagers.

En vous souhaitant une bonne lecture,

Michel Huguet
Directeur de la Démocratie Sanitaire

2017 : La première année des commissions des usagers

Chiffres Clés

En décembre 2016, les commissions des usagers (CDU) ont été installées en lieu et place des commissions des relations avec les usagers et de la qualité de la prise en charge (CRUQPC). Cette synthèse est la première portant sur la première année d'activité des CDU. Voici les premiers chiffres des nouvelles missions des CDU :

Place du représentant des usagers



13%

des CDU sont présidées par un RU

41%

des CDU ont comme vice- président un RU

36

CDU ont élaboré un projet usagers avec les associations

84%

des établissements informent de la possibilité de se faire accompagner par un RU lors d'une médiation

Participation des RU au rapport d'activité



21%

participent à la rédaction

44%

font des observations avant validation

24%

ne font qu'une validation

11%

ne participent pas

Qualité des prises en charge



4 610

actions correctives identifiées par les CDU suite aux réclamations (22 768 réclamations)

19%

des CDU se sont autosaisies d'un sujet relatif à la politique de qualité et de sécurité

60%

des Commissions Médicale d'Établissement associent les CDU à l'organisation des parcours de soins et la politique de qualité et de sécurité

96%

des CDU ont accès aux EIG

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.

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.**

Qu'est-ce qu'un événement indésirable grave ?

Il s'agit d'un événement inattendu au regard de l'état de santé et de la pathologie de la personne et dont les conséquences sont le décès, la mise en jeu du pronostic vital, la survenue probable d'un déficit fonctionnel permanent y compris une anomalie ou une malformation congénitale.

(source HAS 2018)

les CDU en Île-de-France

Chiffres Clés

Les rapports d'activité



98%

des rapports ont été remis à l'ARS
(99% en 2017)

Les enquêtes



364

établissements (369 en 2017)

La répartition des CDU par statut d'établissement



189

Privé lucratif

85

Établissement de santé privé d'intérêt collectif (ESPIC)

56

Public

34

Assistance publique-Hôpitaux de Paris (AP-HP)

364 établissements concernés



87 à Paris 75 (soit 24 % des CDU)

28 en Seine-et-Marne 77 (8% des CDU)

48 dans les Yvelines 78 (13% des CDU)

34 en Essonne 91 (9% des CDU)

60 dans les Hauts-de-Seine 92 (16% des CDU)

38 en Seine-Saint-Denis 93 (10% des CDU)

36 dans le Val-de-Marne 94 (10% des CDU)

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

Accueillant plusieurs millions de patients



18 855 313 sur la région Île-de-France

dont :

7 821 413 à l'APHP (41%)

5 841 737 dans les établissements publics (31%)

2 442 678 dans les ESPIC (13%)

2 749 485 dans les établissements privés lucratifs (15%)

À noter

La différence entre le nombre d'établissements enquêtés en 2017 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 la fermeture d'activités.

L'Assistance publique-Hôpitaux de Paris (AP-HP) représente 41% des entrées totales de patients et fonctionne avec 34 CDU en Île-de-France. Une commission a été installée par site hospitalier. Des réunions de coordination sont organisées entre les différentes CDU 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 CDU mais leur activité spécifique ne permet pas d'intégrer leurs données à cette synthèse.

Le questionnaire 2017 porte 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- France Assos Santé 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 CDU

Les Commissions des usagers (CDU) 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.38 sur les rappels réglementaires).

Depuis la loi de 2016, la CDU peut-être présidée par un représentant des usagers (RU) .

Chiffres Clés

Les médiateurs médecins et non médecins



1 193 désignés sur les 1460 requis soit 82% (-4% par rapport à 2016)

dont : **600** médecins (soit 50% des médiateurs en poste)

593 non médecins

23% ont bénéficié d'une action de formation en 2017

218 établissements ont les 4 médiateurs requis (soit 60% contre 67% en 2016)

Les membres facultatifs



84% des commissions en comptent parmi leurs membres et ils sont :

- un président de la CME ou une personne désignée (dans 73% des commissions comprenant des membres facultatifs)
- un représentant de la Commission des soins infirmiers, de rééducation et médicotecniques (31%)
- un représentant du personnel (59%)
- un représentant du conseil d'administration ou du conseil de surveillance (35%)

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

Les représentants des usagers



35% des postes sont vacants (34% en 2016)

34% des établissements fonctionnent avec les 4 requis (34% en 2016)

13% des CDU sont présidées par un RU

La liste nominative des membres dans les établissements



76% inscrivent les coordonnées à jour des membres

91% l'affichent dans les lieux fréquentés par les usagers

82% la remettent à chaque patient avec le livret d'accueil

Responsable de la politique qualité

96% des établissements ont un responsable qui participe à la CDU (-3%)

90% des établissements affichent la liste des membres facultatifs

76% mettent les coordonnées des membres sur la liste

Zoom sur...

... Les nouvelles Commissions des usagers (CDU)

Prévu par la loi de modernisation de notre système de santé, **les CRUQPC sont devenus CDU** au sein des établissements de santé publics et privés en décembre 2016.

- **La composition** des CDU **ne change pas** par rapport à celle des CDU.
- **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 CDU

Les Commissions des Usagers (CDU) se réunissent **au moins quatre fois par an** en composition minimale avec les **membres obligatoires**. D'autres réunions, en composition élargie, peuvent être organisées sur la base du règlement intérieur de la commission.

Le **rapport annuel d'activité** de la CDU 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 de CDU



79% des CDU ont fait plus de 4 réunions dans l'année (77% en 2016 et 72% en 2015)

4 réunions sont organisées en moyenne par an (3.9 en 2016)

30% des établissements organisent des rencontres avec les associations dans leur locaux

La visibilité auprès du personnel et des usagers



98% des établissements informent les usagers des activités de la CDU (99% en 2016)

98% des établissements informent leur personnel du rôle et de la composition de la CDU (90% en 2016)

Les moyens par lesquels le personnel est informé



82% des établissements informent le personnel au cours d'une communication orale ou lors de réunions

74% par affichage

72% dans le livret d'accueil

62% via l'intranet

62% dans le journal interne

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



92% par le livret d'accueil

43% par une communication orale ou en réunion

81% par voie d'affichage

22% lors d'une permanence

51% par internet

22% lors d'une rencontre avec le personnel

La présentation du rapport d'activité

30 % des CDU présentent le rapport au conseil de surveillance ou conseil d'administration

62 % des CDU présentent le rapport en CME

La participation des représentants des usagers au rapport

Les RU ont émis des observations dans 44% des CDU

Les RU ont validé le rapport dans 24% des CDU

Les RU ont participé au rapport dans 21% des CDU

Les RU ne participent pas au rapport dans 11% des CDU

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)
- La Commission ou Comité des Usagers du Groupement Hospitalier de territoire (GHT)
- Le Conseil de la Vie Sociale (CVS) lorsqu'un établissement médico-social est rattaché
- Toute instance interne sur la qualité et les soins



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. La prochaine désignation aura lieu en décembre 2019.

Ils exercent leur mandat **associatif et bénévole au nom de tous les patients, et leurs entourages, de l'établissement de santé.**

Les représentants des usagers sont plus nombreux depuis 2014 mais **plus d'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



938

désignés

65%

de titulaires

35%

de mandats vacants dont 4/5 de suppléants (+1%)

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)

17%

des établissements permettent des réunions entre les associations présentes et les RU.

72%

des établissements permettent des rencontres avec les usagers (58% en 2016)

61%

des établissements organisent des échanges avec les équipes soignantes (40% en 2016)

Les moyens matériels mis à leur disposition



22%

ont un ordinateur (-2%)

57%

ont des locaux réservés (+38%)

34%

ont un e-mail individuel ou collectif (+20%)

23%

ont un téléphone fixe ou portable

30%

des établissements ne mettent aucun moyen matériel à disposition des RU

Zoom sur...

Les associations agréées qui comptent le plus d'usagers 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 Traumatés 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, des brochures ou badges d'identification
- Des salles de réunion
- Un secrétariat
- Un accès au self/restaurant de l'hôpital au même prix que les professionnels
- Un accès à l'intranet de l'établissement
- Une boîte aux lettres
- Un badge d'accès aux locaux
- Un badge de présentation pour circuler dans l'établissement

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

- Les droits des patients
- Le livret d'accueil
- Le compte qualité et le patient traceur
- Le questionnaire de satisfaction
- La signalétique et l'affichage au sein de l'hôpital
- Comité d'éthique, bientraitance et mieux vivre
- Comité de développement durable
- Comité de sûreté sécurité
- Comité ambulatoire
- Comité de pilotage qualité, gestion des risques et identitovigilance
- Comité ou Commission des Usagers du GHT
- La semaine sécurité patient

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

- Le comité de lutte contre les infections nosocomiales – CLIN (dans 58% des établissements)
- Le comité de liaison alimentation et nutrition – CLAN (39%)
- Le comité de lutte contre la douleur – CLUD 32% des établissements
- La coordination des vigilances et risques sanitaires – COVIRIS (20%)
- Le conseil de surveillance ou d'administration – 26 % CS
- La commission ou la conférence médicale d'établissement – CME (seulement 6% contre 10% en 2016)
- Le comité d'hygiène, de sécurité et des conditions de travail (CHSCT) : 2% des établissements
- Le comité d'activité libéral CAL 37 % des établissements concernés

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*).

Administration ou surveillance

Les établissements de santé assurant le service public hospitalier [...] garantissent la participation des représentants des usagers du système de santé. Pour les établissements de santé privés, cette participation est réalisée par l'intermédiaire de représentants avec voix consultative dans les conditions définies à l'article L. 6161-1-1. En l'absence de conseil d'administration, de conseil de surveillance ou d'organe en tenant lieu, le chef d'établissement est tenu de consulter les représentants des usagers siégeant au sein de la commission des usagers, prévue à l'article L. 1112-3, sur la stratégie et la gestion de l'établissement, dans des conditions fixées par voie réglementaire ; (Article L6112-2 Modifié par Ordonnance n°2018-20 du 17 janvier 2018 - art. 21)

Les réclamations

Tout usager doit pouvoir exprimer ses griefs **oralement ou par écrit** au sein d'un établissement de santé. La Commission des usagers (CDU) 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



24 443

réclamations écrites et orales recensées

16 864

(69%)

écrites (16979 en 2016)

7 579

(31%)

orales (5879 en 2016)

2016 : 22858 | 2015 : 22254 | 2014 : 21074 | 2013 : 19331

23

 établissements ont déclaré n'avoir reçu aucune réclamation écrite (21 en 2016)

0,13%

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

Les grands domaines de réclamations



34%

La prise en charge sur les aspects médicaux

25%

L'accueil et l'administration

22%

La vie quotidienne et l'environnement

14%

La prise en charge sur les aspects paramédicaux

6%

Le respect de la personne

Le recueil des réclamations est organisé dans :

99%

des établissements pour les réclamations écrites

88%

des établissements pour les réclamations **orales** (+4%)

17168

Réclamations traitées soit 70 % ont fait l'objet d'une réponse écrite (74 % en 2016)

96%

des établissements rendent accessible le registre des réclamations à tous les membres de la CDU (14 établissements 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 presque 100 % des établissements.

15,6

jours de délai moyen de réponse à une réclamation, en 2016 (17 jours en 2016)

Les premiers motifs de réclamations tous domaines confondus



2 608

 réclamations sur la facturation (11%)

1 433

 réclamations sur la qualité des soins (6%)

1 357

 réclamations sur les relations avec le médecin (7%)

1 313

 réclamations sur l'information du malade/ de la famille (5%)

1 218

 réclamations sur les relations avec le personnel (5%)

1 208

 réclamations sur la perte, le vol ou l'endommagement d'un objet (5%)

Les CDU ont proposé 4 610 actions correctives en 2017 suite à l'étude de ces réclamations.

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, sur le dossier médical
- Une discontinuité des soins au changement de service
- La contestation d'une hospitalisation sous contrainte
- Le défaut d'information
- libre choix du médecin

... concernant l'accueil et l'administration

- Des difficultés liées à la prise de rendez-vous ou liées à l'annulation
- Un dysfonctionnement dans la prise en charge administrative du dossier du patient
- Une indisponibilité, des difficultés à joindre le standard ou les services
- 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 trop onéreux

... 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

... concernant le respect de la personne

- Le manque d'écoute et de bienveillance des professionnels
- L'annonce du décès
- Signalement de maltraitance contesté par la famille

Les actions correctives proposées par les CDU en 2017

1. Mise en place de café débat éthique
2. Formation « Humanitude » et humanisation des locaux
3. Augmentation de la signalétique
4. Création d'un circuit d'information sur les repas
5. Audit sur la confidentialité des données
6. Etude de l'évolution des réclamations et croisement avec les EIG

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, et informe de la possibilité de se faire accompagner, pour la rencontre avec le médiateur d'un représentant des usagers membre de la commission des usagers.

La médiation demeure pourtant sous-utilisée au sein des établissements de santé et doit être proposée à chacun des requérants.

En 2017, 2145 médiations ont été proposées sur 24 453 réclamations recensées soit 9 % des réclamations.

Chiffres Clés

Les médiations en Ile de France



2 145 médiations proposées (1646 en 2016)

708 médiations réalisées (1060 en 2016 soit -33%)

33% des propositions de médiations aboutissent

99% des établissements les informent de la possibilité de saisir directement le médiateur

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



78% dans le livret d'accueil

83% par voie d'affichage à l'accueil

57% sur le site internet de l'hôpital

46% par voie d'affichage dans les services

La répartition des médiations



60% médicales (61% en 2015)

16% non- médicales

24% communes

L'information des usagers sur ce dispositif



83% des établissements informent l'usager sur la possibilité de se faire accompagner par un représentant des usagers

94% des établissements informent les professionnels de santé de l'existence et du rôle des médiateurs médecins et non médecins

Le recours à la médiation par statut d'établissement



Réclamations ayant donné lieu à une médiation :

3% ESPIC

6% Public (dont Armées)

3% Privé

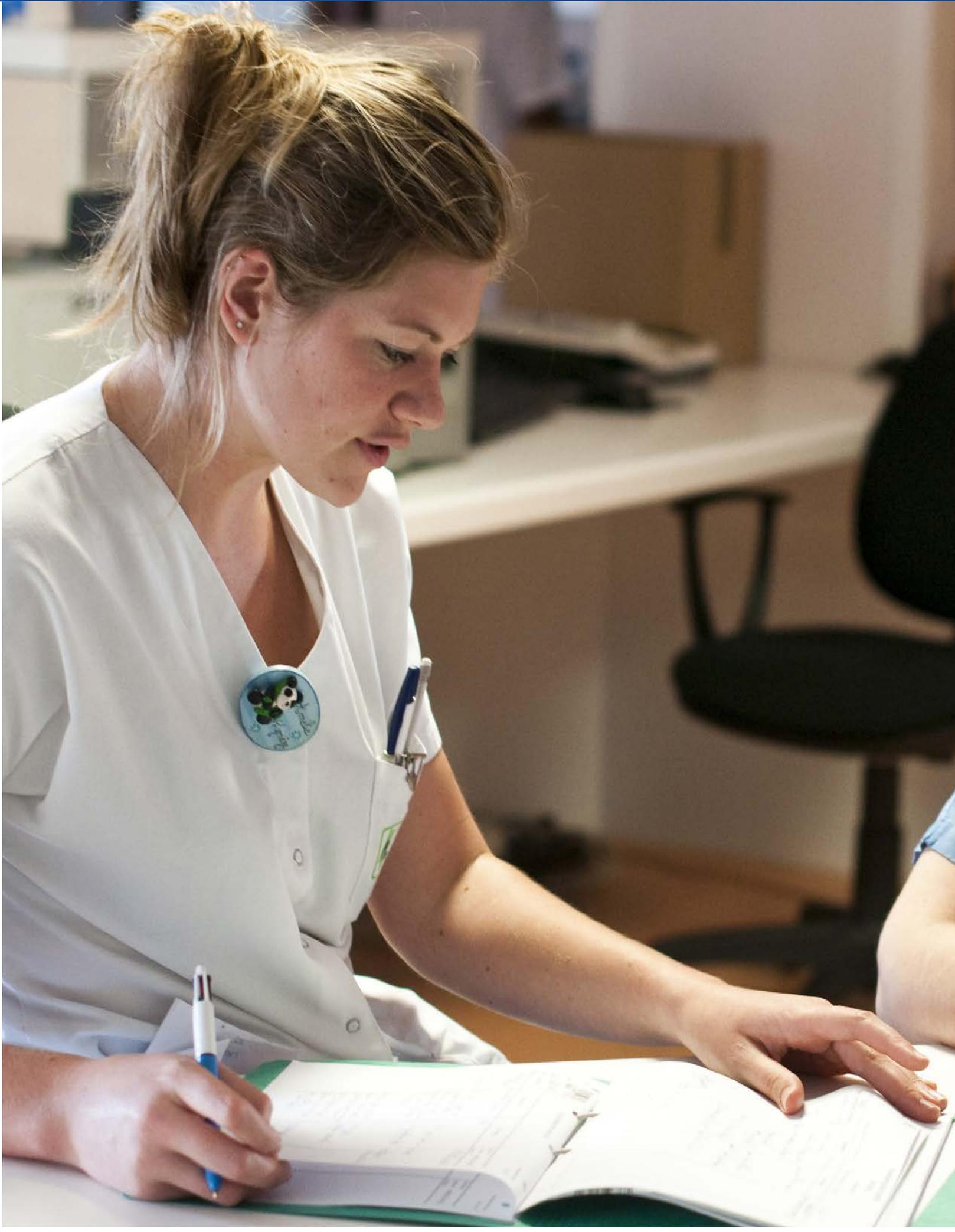
2% AP-HP

Le rapport de médiation



73% des établissements le présentent à la CDU (-9%)

79% des établissements l'envoient au plaignant



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 %)
- 73%** des établissements le remettent à la sortie du patient
- 49%** des établissements le remettent aux usagers dans le livret d'accueil
- 88%** des CDU analysent les résultats des questionnaires de satisfaction lorsque cette procédure est mise en place.

-
- 91%** de ces CDU ont proposé des actions correctives
 - 399 608** questionnaires ont été remplis en 2017

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

- 84%** des établissements présentent et débattent de leurs résultats annuels des indicateurs de qualité en CDU
- 92%** des établissements les affichent

Les points de satisfaction des usagers

- 70%** des établissements ont la prestation hôtelière en point qui recueille le plus de satisfaction

Les points à améliorer selon les usagers

- 47%** des établissements ont la prestation paramédicale comme le moins la satisfaction.

Les enquêtes de satisfaction



- 70%** des établissements franciliens y ont recours (69 % en 2016)
- 1 023** enquêtes menées (contre 5 481 en 2016, 9 694 en 2015)
- 84 904** personnes enquêtées (contre 117 005 en 2016, 151 923 en 2015)

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'Evaluation 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 CDU.
- **Recensement et valorisation des courriers de remerciements**

Les autres outils utilisés ou développés 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 systématiquement à l'utilisateur ou à ses proches
- 91%** des établissements le remettent à l'utilisateur ou à ses proches lors de son entrée, en cas d'hospitalisation non programmée
- 51%** des établissements le remettent en amont en cas d'hospitalisation programmée
- 87%** des établissements fournissent des explications orales lors de sa distribution à l'utilisateur (+10%)

Il y a une information sur :

- La rédaction des directives anticipées dans 86% des établissements
- Le recueil du consentement dans 89% des établissements

La charte de la personne hospitalisée

- 93%** des établissements l'affichent dans les lieux fréquentés par les usagers
- 92%** l'affichent dans l'unité ou le service de prise en charge
- 24%** des établissements l'affichent dans chaque chambre

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

- 45%** des établissements affichent une information sur les tarifs dans tous les lieux de consultation (79 % en 2016)
- 45%** des établissements informent les usagers de l'obligation de réaliser un devis pour les montants supérieurs à 70 euros

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

- 67%** des établissements ont mis en place une organisation spécifique (84 % en 2016)
- 43%** des établissements ont désigné une personne référente au sein du personnel (57 % en 2016)

Les directives anticipées relatives à la fin de vie

- 85%** des établissements délivrent une information aux usagers (97 % en 2016)
- 86%** des établissements informent les professionnels de santé

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. Une présentation claire de la commission des usagers et de la procédure peut figurer dans le livret d'accueil pour rendre le travail de la CDU plus visible.

... 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



40 007 en 2017

41 870 en 2016

40 388 en 2015

37 880 en 2014

34 663 en 2013

Les délais moyens de traitement



8.9 jours pour les dossiers de moins de 5 ans (9 jours en 2016)

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

La répartition des demandes



78% proviennent du patient lui-même

22% de ses ayants-droits ou d'un tiers habilité

Les réclamations sur les difficultés d'accès



567 en 2017 (2.3 % des réclamations totales)

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 et 2016),

61% des établissements envoient un courrier d'accusé de réception de la demande (68% en 2016)

À noter : Les demandes ne sont pas traitées en l'absence de pièces justificatives (pièce d'identité et qualité de bénéficiaire d'un droit d'accès).

À noter

Depuis 2013, entre 0,2 % et 0,3 % des entrées totales de patients dans les établissements font l'objet d'une demande d'accès au dossier médical.

34% des établissements ne facturent pas les frais de reproduction.

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

Il n'y a pas de dossier médical unique par patient. Le patient dispose d'un dossier par professionnel de santé avec qui il est en relation (médecin généraliste, dentiste, hôpital...).

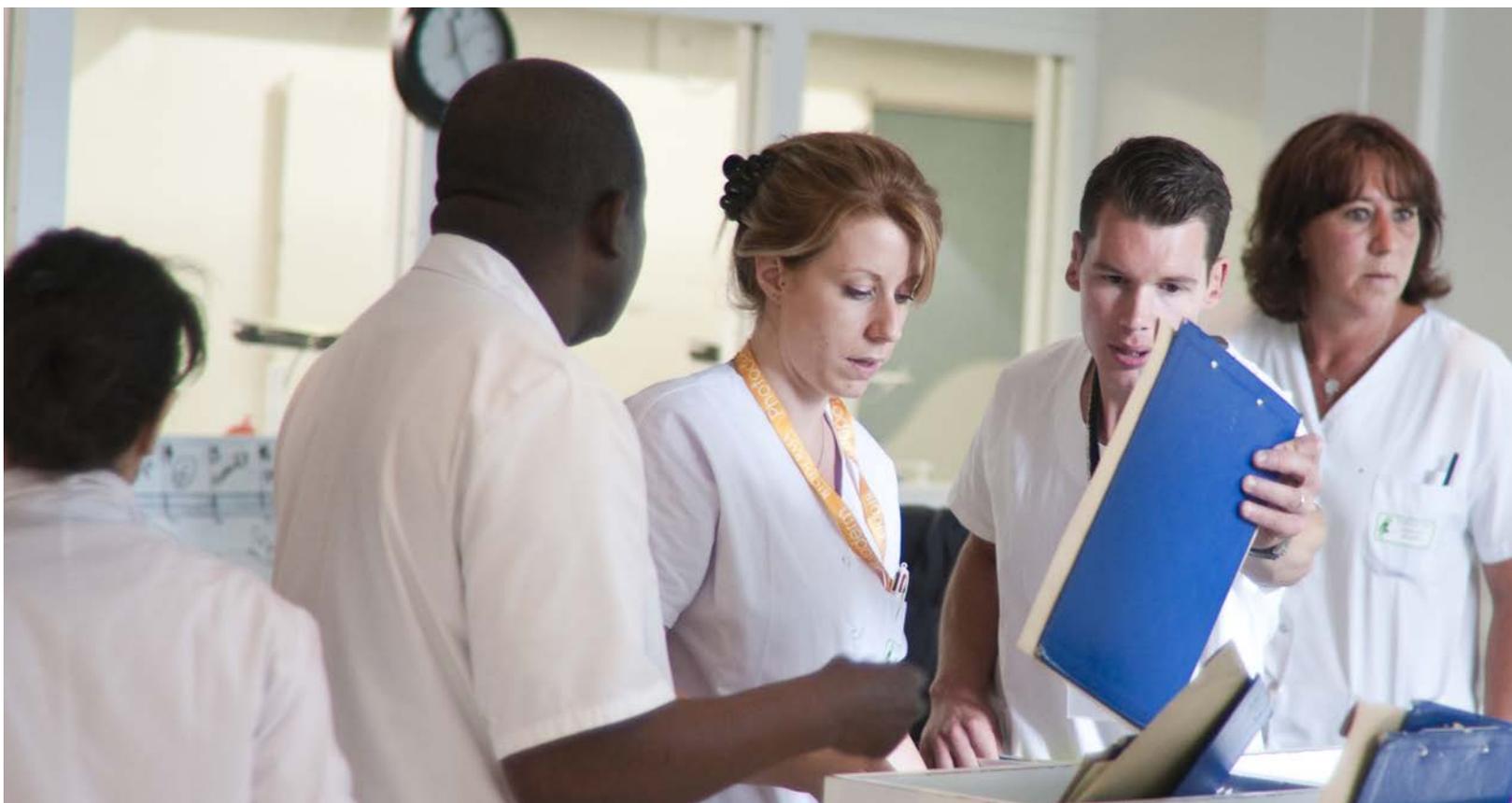
Chaque dossier comprend les informations liées à un même professionnel.

- De nombreux documents sont accessibles au patient concerné. Il s'agit notamment :
- des résultats d'examen ;
- compte-rendu de consultation, d'intervention, d'exploration ou d'hospitalisation ;
- protocoles et des prescriptions thérapeutiques mis en œuvre ;
- feuilles de surveillance ;
- correspondances entre professionnels de santé.

À l'inverse, certains documents ne sont pas communicables au patient ou à ses représentants :

- informations recueillies auprès de tiers n'intervenant pas dans la prise en charge thérapeutique ;
- celles concernant un tel tiers (par exemple : membre de la famille, assistant de service social) ;
- ou certaines notes des professionnels de santé pouvant être considérées comme personnelles. Il doit s'agir de documents de travail qui ne contribuent pas à l'élaboration et au suivi du diagnostic et du traitement ou à une action de prévention.

service-public.fr



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, en 2017, 7 % des établissements continuent de ne pas être accessibles aux personnes à mobilité réduite.

Chiffres Clés

La personne de confiance



96% des établissements délivrent aux usagers une information sur la possibilité de désigner une personne de confiance en dehors du livret d'accueil (77% en 2016)

95% des établissements ont défini une procédure pour recueillir l'identité de la personne de confiance (90 % en 2016)

La prise en charge de la douleur



86% des établissements délivrent aux usagers une information sur cette thématique en dehors du livret d'accueil (92% en 2016)

98% des établissements évaluent systématiquement la douleur dans les services (=)

Les procédures mises en place en cas de décès



83% des établissements assurent le respect des rites et des croyances (=)

80% des établissements permettent le recueillement auprès du défunt

67% des établissements ont une procédure spécifique d'annonce du décès à la famille

L'intimité et la dignité des personnes



190 réclamations soit 0.8% des réclamations

Les croyances et les convictions



31% des établissements désignent un référent à ce sujet

80% des établissements mettent en place un lieu dédié à l'exercice des cultes

84% des établissements délivrent une information aux usagers sur le respect des croyances et des convictions

La promotion de la bientraitance



89% des établissements déclarent mettre en œuvre des actions de promotion de la bientraitance (82 % en 2016)

77% des établissements proposent à leurs personnels des formations ou séances de sensibilisation à la bientraitance (70 % en 2016) soit 10 761 professionnels touchés en 2017

Zoom sur...

... Les dispositifs d'accueil des publics spécifiques

- **81 %** des établissements ont mis en place un dispositif spécifique **pour les personnes non francophones** (85 % en 2016)
- **45 %** des établissements ont mis en place un dispositif spécifique **pour les personnes non et mal voyantes** (54 % en 2016)
- **37 %** des établissements ont mis en place un dispositif spécifique **pour les personnes illettrées ou analphabètes** (52 % en 2016)
- **39 %** des établissements ont mis en place un dispositif spécifique **pour les personnes sourdes** (41 % en 2016)
- **39%** des établissements ont mis en place un dispositif spécifique **pour les handicaps psychiques**
- **16 %** des établissements ont mis en place **ces cinq dispositifs à la fois**
- **14 %** des établissements déclarent **n'avoir mis en place aucun dispositif**

Pour aller plus loin...

... Dans les dispositifs d'accueils spécifiques

- Accompagnement physique par un membre du personnel ou un « gilet bleu » - jeune volontaire du service civique
- Documents (charte du patient hospitalisé ou livret d'accueil) en braille, grand format, autres langues et sonore
- Formation des secrétaires admission - accueil
- Appels vocaux dans les salles d'attente
- Procédures internes prise en charge patient fragile, population spécifique
- Signalétique en braille
- Matériel de repas adapté
- Ascenseur adapté
- Bandes rugueuses, tapis podotactile
- Installation de mains-courants
- Liste du personnel parlant une langue étrangère et langue des signes
- Kit MediPicto
- Ardoises, bloc note, pictogrammes
- Procédures internes prise en charge patient fragile, population spécifique

Les dispositifs d'accueil pour les personnes ayant un handicap psychique

- Unité de soutien psychologique et psychiatrique
- Formation des secrétaires à la gestion de l'agressivité
- Chambre adaptée aux personnes souffrant d'intolérance aux ondes
- Locaux adaptés : parking, dépose minute, toilettes, portes automatiques, larges couloirs.
- Groupe de travail (dans le cadre de la certification v2014 sur la PEC des populations spécifiques)
- Formations : PEC handicap psychiques, PEC patient suicidaire
- Présentation d'un livret d'accueil au cours d'un entretien individuel

Représentant des usagers, comment améliorer les parcours de santé des personnes en situation de handicap,
Guide HAS2018 (https://www.has-sante.fr/portail/upload/docs/application/pdf/2018-10/doc_ru_2018_09_26.pdf)

Professionnels de santé et 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



50%

des établissements ont recours aux évaluations de pratiques professionnelles (EPP) sur le respect des droits des usagers (58% en 2016) soit 420 EPP dans la région Ile-de-France (561 en 2016)

Des actions de formation et d'information



99%

des établissements organisent des actions sur la prise en charge de la douleur (92% en 2016)

93%

des établissements le respect des croyances et des convictions

96%

des établissements sur la désignation d'une personne de confiance

95%

des établissements sur l'accès au dossier médical

86%

des établissements sur le respect de la neutralité et des principes de laïcité

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**
- S'appuyer sur la **Journée Européenne de vos Droits en Santé**
- Utiliser des **questionnaires/quizz**
- Utiliser le **livret d'accueil du personnel**
- Suivre un **e-learning droits des usagers en santé**

... Zoom sur

... Le patient traceur

Méthode d'amélioration de la qualité des soins en équipe pluriprofessionnelle et pluridisciplinaire, elle permet d'analyser la prise en charge d'un patient et son parcours dans l'établissement en se basant sur l'expérience patient et de ses proches.

Plus d'informations sur : https://www.has-sante.fr/portail/upload/docs/application/pdf/2015-01/guide_methodo_patient_traceur.pdf



Hôpital sans tabac



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



PCRU

75% des établissements ont une personne qui occupe les fonctions de chargée des relations avec les usagers

Dans ces établissements :

49% des établissements ont une PCRU qui exerce cette fonction à temps partiel

99% des établissements l'associent systématiquement aux réunions de la CDU

95% des établissements organisent sa rencontre avec les usagers

76% des établissements affichent ses coordonnées dans les services

76% des établissements organisent des rencontres pour les équipes soignantes sur la thématique des usagers (au moins 1 fois par mois)

La visibilité de la PCRU au sein de l'établissement



74% des établissements l'identifie dans le livret d'accueil

La maison des usagers



7% des établissements possèdent une maison des usagers soit 30 maisons des usagers

9 associations sont en moyenne représentées

Activités :

- Permanence
- Hébergement
- Ecoute
- Ateliers de prévention
- Orientation
- Suivi individualisé
- Information sur des pathologies spécifiques
- Activité pour les patients
- Recueil des plaintes

Projet des usagers

10% des CDU ont proposé un projet des usagers

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



9 dans un établissement public

12 à l'AP-HP

6 dans des établissements privés d'intérêt collectif (ESPIC)

3 dans des établissements privés

A noter

Le décret du 1er juin 2016 relatif à la commission des usagers donne la possibilité de proposer à l'établissement un projet des usagers.

La commission peut proposer un projet des usagers, après consultation de l'ensemble des représentants des usagers de l'établissement et des représentants des associations de bénévoles ayant signé une convention avec l'établissement et intervenant en son sein. « Ce projet s'appuie sur les rapports d'activité établis en application de l'avant-dernier alinéa de l'article L. 1112-3. Il exprime les attentes et propositions des usagers au regard de la politique d'accueil, de la qualité et de la sécurité de la prise en charge et du respect des droits des usagers. La commission médicale d'établissement ou la conférence médicale d'établissement contribue à son élaboration. Il est transmis par la commission des usagers au représentant légal de l'établissement. « Le projet des usagers est proposé par la commission des usagers en vue de l'élaboration du projet d'établissement des établissements publics de santé, de la politique médicale des établissements de santé privés ou du projet institutionnel des établissements de santé privés d'intérêt collectif. »

Consulter le guide « Construire et faire vivre le projet des usagers en établissements de santé » :
https://www.has-sante.fr/portail/upload/docs/application/pdf/2018-03/brochure_projet_des_usagers.pdf



Les CDU : un levier pour l'amélioration de la qualité ?

Les Commissions des usagers (CDU) 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.

Elles 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, évaluer leur application et s'auto-saisir sur des sujets relatifs à la politique qualité.

Présentation du rapport d'activité



78% des établissements font participer les membres de la CDU à la rédaction du rapport d'activité (86% en 2016)

30% des établissements le présentent au conseil de surveillance ou conseil d'administration

63% des établissements le présentent au directoire ou à l'instance de direction

62% des établissements le présentent à la commission ou conférence médicale d'établissement – CME

Autres : 35% comité d'éthique COPIL qualité, CDU de GHT, comité des risques et des vigilances, commissions des soins infirmiers

CDU, parcours de soin et qualité

60% des CME associent les CDU à l'organisation des parcours de soins et à la politique de qualité et de sécurité

19% des CDU se sont autosaisies d'un sujet relatif à la politique de qualité et de sécurité

95% des CDU ont accès aux EIG ainsi qu'aux actions correctives pour y remédier

14% des CDU ont débattu des observations émises par les associations ayant signé une convention avec l'établissement

61% des commissions sont associées à l'élaboration du projet d'établissement

87% des commissions sont associées à la construction et l'enrichissement du compte qualité et 95% sont impliqués dans la préparation de la visite de certification

Les observations positives des représentants des usagers sur le rapport d'activité



41% des établissements ont reçu des observations positives. (-14%)

Celles-ci portent principalement sur :

- Le fonctionnement de la CDU 52% des rapports d'activités concernés
- La gestion des réclamations 50%
- La mesure de la satisfaction des usagers 44%
- Le rôle des représentants d'usagers et les moyens mis à leur disposition 38%
- L'information sur les événements indésirables graves (EIG) et les actions correctives mises en place 34%

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 bientraitance.
- Le respect des croyances et des rites des patients et prise en compte des personnes étrangères (barrière de la langue).
- La réactivité de la CDU pour répondre aux demandes

Conclusion

Les CRUCPC ont fait place aux nouvelles commissions des usagers qui ont réussi à évoluer et à commencer à s'emparer des nouvelles missions (propositions d'actions correctives suites aux réclamations, accompagnement par un RU lors des médiations, etc.) accordées par la loi de modernisation du système de santé de 2016.

Cette année, trois points retiennent l'attention.

- Le nombre de médiations effectuées connaît une diminution de 33% et n'est pas due à une baisse du nombre de médiations proposées qui lui est en augmentation de 33%. L'actualisation du guide sur la médiation, fait par l'agence en 2012, sera l'occasion de se pencher sur les raisons de cette diminution alors que le nombre de réclamations augmentent.
- Ensuite, on assiste à une diminution du nombre d'établissements proposant des dispositifs d'accueils des publics spécifiques. Or il est, au contraire, nécessaire de travailler sur l'accueil de ces personnes, ainsi des outils existent, comme le guide « Accueil, accompagnement et organisation des soins en établissement de santé pour les personnes en situation de handicap », édité par la Haute Autorité de Santé.
- Enfin, les commissions et les représentants des usagers ont encore une marge de progression pour être reconnus et intégrés comme acteurs à part entière de la politique qualité et l'amélioration des parcours de soins. Bien plus qu'une obligation légale, ces commissions sont les garantes de la bonne prise en compte de la parole des usagers. L'agence, en collaboration étroite avec ses partenaires (Fédérations, associations, personnes qualifiées sur la thématique) veillera à diffuser les bonnes pratiques issues du terrain et à accompagner les acteurs à créer les meilleures conditions possibles pour les commissions des usagers.

En conclusion, les indicateurs connaissent en majorité une augmentation positive, illustrant une place plus importante faite aux représentants des usagers dans les établissements. Le défi sera maintenant d'accompagner les établissements afin de combler les écarts vers le haut, en s'appuyant sur les actions et projets développés par les acteurs pour porter la voix des usagers.

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 médicotechniques
CTE	Comité technique d'établissement
EIG	Événement indésirable grave
EPP	Évaluation des pratiques professionnelles
ESPIC	Établissement privé d'intérêt collectif
FEHAP	Fédération des établissements hospitaliers et d'aide à la personne privés non lucratifs
FHF	Fédération Hospitalière Française
FHP	Fédération Hospitalière Privé
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*).

L'article R. 1112-81-1 prévoit que la présidence est assurée par l'un de ses membres obligatoires.

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 CDU (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.

L'article R. 1112-92 prévoit que l'auteur de la plainte ou réclamation peut se faire accompagner d'un représentant des usagers lors de la médiation.

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