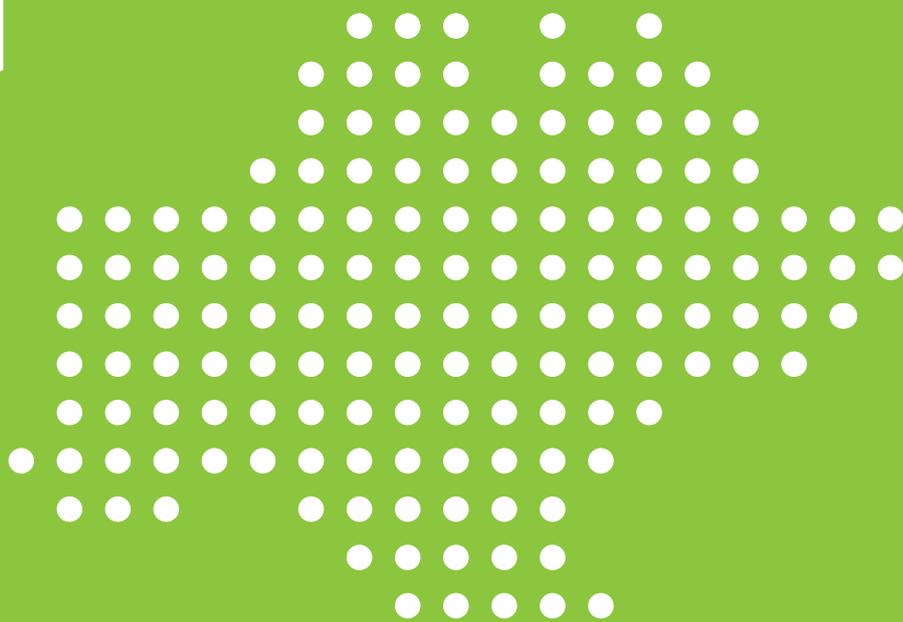




2017

synthèse régionale des rapports d'activité

des Commissions Des Usagers
de la région Occitanie



P. 2
INTRODUCTION

P. 3
**1. COMPOSITION
DE LA COMMISSION
DES USAGERS (CDU)**

P. 3
Composition réglementaire

P. 4
Désignation et moyens d'actions
des Représentants des Usagers au
sein des CDU

P. 5
**2. LES REPRÉSENTANTS
DES USAGERS DANS
L'ÉTABLISSEMENT**

P. 5
Formation des Représentants des
Usagers

P. 5
Implication des Représentants des
Usagers

P. 19
**6. MESURE
DE LA SATISFACTION
DES USAGERS**

P. 19
Le **questionnaire** de sortie

P. 20
**7. CONTRIBUTION
DE LA CDU À LA POLITIQUE
D'AMÉLIORATION CONTINUE
DE LA QUALITÉ ET DE LA SÉCURITÉ
DES PRISES EN CHARGE**

P. 20
Les **recommandations** émises et
actions correctives réalisées

P. 20
La **certification** de la HAS

P. 21
Le **projet** des usagers

P. 21
Information sur les événements
indésirables graves (EIG)

P. 22
Accueil et prise en charge des
personnes en situation de handicap



P. 6
3. FONCTIONNEMENT
DE LA COMMISSION DES USAGERS

P. 6
Le **contenu** du règlement de la
Commission des Usagers

P. 7
Réunion de la Commission des
Usagers

P. 8
Modalités d'élaboration et de
diffusion du rapport d'activité

P. 8
Communication de la liste
actualisée des membres de la CDU

P. 9
Commission des Usagers et
Groupements Hospitaliers de
Territoire

P. 23
8. LES DROITS
DES USAGERS

P. 23
La **prise en charge** de la douleur

P. 24
Le **respect** des croyances
et des convictions

P. 24
La **prise en charge** du décès

P. 25
La **lettre** de liaison

P. 26
Formation / Information des
professionnels de l'établissement

P. 27
La **bienveillance**

P. 10
4. MODALITÉS
DE TRAITEMENT DES PLAINTES
ET RÉCLAMATIONS D'USAGERS

P. 10
Recensement des réclamations

P. 11
Répartition des réclamations par
domaines et proportion d'actions
correctives identifiées par la CDU

P. 11
Traitement des réclamations

P. 12
La **médiation**

P. 13
Communication des dossiers
médicaux

P. 28
ANNEXES

P. 28
ANNEXE 1
Nombre de Représentants des
Usagers désignés par l'ARS Occitanie
par association agréée d'usagers du
système de santé

P. 29
ANNEXE 2
La répartition des plaintes et
réclamations reçues par les
établissements de santé par
domaines et motifs

P. 30
ANNEXE 3
Principales recommandations émises
par les établissements de santé

P. 31
ANNEXE 4
Exemples de propositions exprimées
dans le projet des usagers

P. 32
ANNEXE 5
Exemples d'actions mises en œuvre
après la signature de la Charte
Romain Jacob

P. 14
5. L'INFORMATION
À DESTINATION DES USAGERS ET
DES PROFESSIONNELS DE SANTÉ

P. 14
L'**information** des usagers et des
professionnels de santé sur l'existence
de la Commission des Usagers

P. 15
Une **personne** chargée des relations
avec les usagers (PCRU)

P. 15
Une **maison** des usagers

P. 16
Le **livret** d'accueil et la charte de la
personne hospitalisée

P. 17
La **personne** de confiance

P. 18
Les **Directives** anticipées de fin de
vie

P. 18
Information sur les indicateurs de
qualité et de sécurité des soins

© Ars Occitanie, 01/2019



INTRODUCTION

La Loi 2016-41 du 26 janvier 2016 de modernisation de notre système de santé a transformé la Commission des Relations avec les Usagers et de la Qualité de la Prise en charge (CRUQPC) en Commission Des Usagers (CDU).

Le décret 2016-726 du 1er juin 2016 relatif à la commission des usagers des établissements de santé « modifie la composition et le fonctionnement de la commission des usagers en prévoyant que le président soit élu parmi les représentants des usagers, des médiateurs ou le représentant légal de l'établissement ».

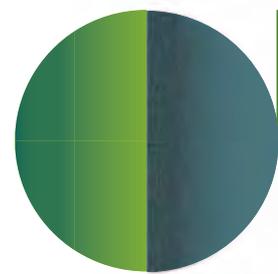
La trame de recueil des rapports d'activité de la Commission Des Usagers 2017 a intégré l'ensemble des évolutions prévues par la Loi de 2016.



Les **286 établissements de santé** de la région Occitanie ont transmis les rapports CDU 2017 à l'ARS à l'exception d'un établissement.

ACTIONS DE L'ARS

Saisine de
l'établissement
concerné



1

COMPOSITION DE LA COMMISSION DES USAGERS (CDU)

Composition réglementaire

Chaque CDU a élu un Président. Il s'agit :

- dans **60%** des établissements du représentant légal de l'établissement (ou de la personne désignée à cet effet),
- dans **16%** d'un Représentant des Usagers,
- dans **24%** du Médiateur médical ou non médical.

La quasi-totalité des CDU disposent d'un médiateur médical et d'un médiateur non médical titulaires.

Le nombre de postes non pourvus de médiateurs médicaux et non médicaux suppléants est stable par rapport à 2016 (10%).



Participent à la CDU, en fonction du Règlement Intérieur :

- Le Président de la CME dans **84%** des établissements,
- Le représentant de la commission des soins infirmiers titulaires dans **56%** des établissements (suppléants dans 29%),
- Le représentant du personnel titulaire dans **40%** des établissements (suppléants dans 24%),
- Le représentant du conseil de surveillance titulaire dans **43%** des établissements (suppléants dans 19%),
- Le Représentant du personnel infirmier ou aide-soignant titulaire dans près de **60%** des établissements.

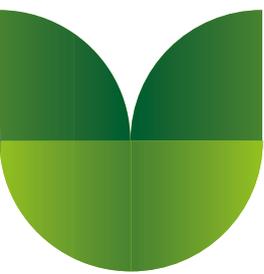
Le Responsable de la politique qualité participe à la CDU dans près de **95%** des établissements. Ce chiffre reste stable par rapport à 2016.



Article R. 1112-81 du code de la santé publique : « I.-La commission est composée comme suit :

- 1° Le représentant légal de l'établissement ou la personne qu'il désigne à cet effet ;
- 2° Deux médiateurs et leurs suppléants, désignés par le représentant légal de l'établissement dans les conditions prévues à l'article R. 1112-82 ;
- 3° Deux représentants des usagers et leurs suppléants, désignés par le directeur général de l'Agence Régionale de Santé dans les conditions prévues à l'article R. 1112-83 ;

Article R. 1112-86 du code de la santé publique : « le responsable de la politique qualité assiste aux séances de la commission avec voix consultative ».



Désignation et moyens d'actions des Représentants des Usagers au sein des CDU*

Désignation des Représentants des Usagers

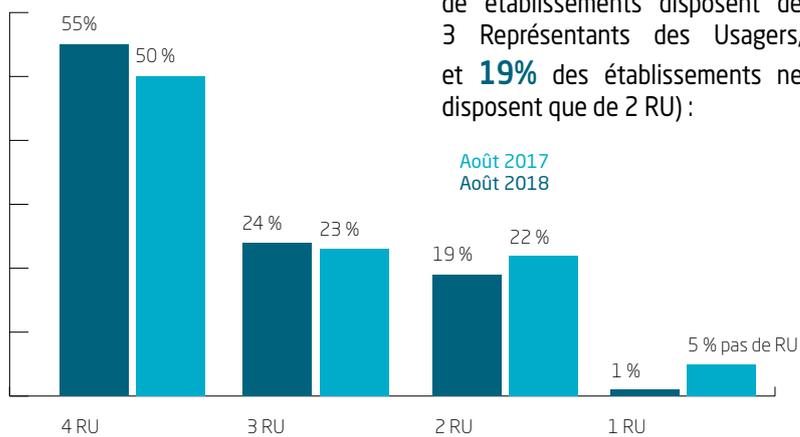


La situation au 31 août 2018, s'est améliorée par rapport à la situation observée à la même date en 2017 sur deux points :

1 seul établissement n'a pas installé sa CDU faute de candidatures au poste de Représentant des Usagers (contre 15 établissements en 2016).

55% des établissements fonctionnent avec les 4 Représentants des Usagers requis (contre 50% en 2016).

Sur les autres indicateurs, la proportion reste stable (**24%** de établissements disposent de 3 Représentants des Usagers, et **19%** des établissements ne disposent que de 2 RU) :



L'ARS accompagne les associations nouvellement agréées pour qu'elles proposent des Représentants des Usagers pour siéger au sein des Commissions Des Usagers.

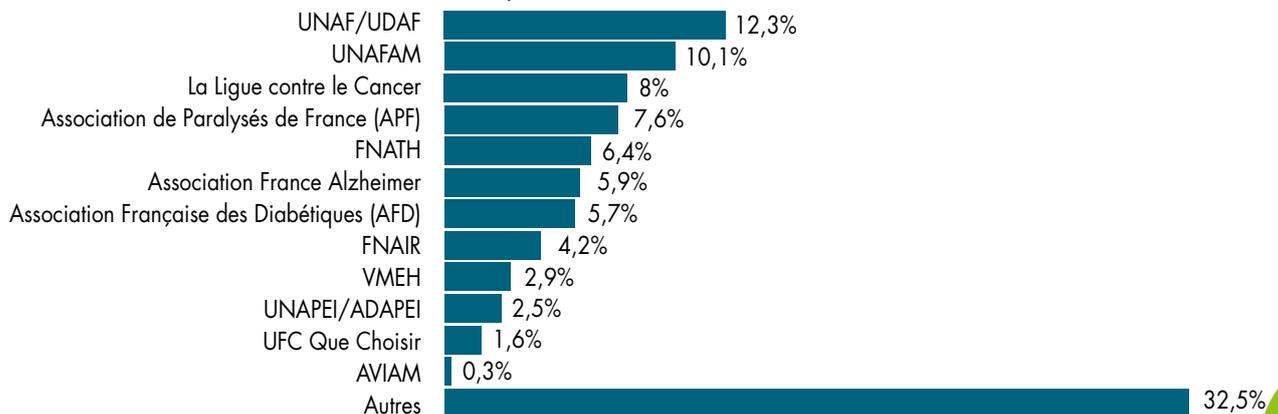
9 nouvelles associations ont été agréées par l'ARS au niveau régional en 2017.

(Cf. en annexe le nombre de Représentants des Usagers désignés par l'ARS par association agréée d'usagers du système de santé).

ACTIONS DE L'ARS

- Sensibilisation des associations d'usagers nouvellement agréées
- Mise en ligne sur le site internet de l'ARS d'un annuaire des RU désignés faisant apparaître les postes vacants
- Co-organisation avec France Assos Santé de la réunion des Présidents des associations agréées

Les associations les plus représentées dans la région Occitanie sont les mêmes que celles présentées en 2016 :



* Source : données ARS 2018

2

LES REPRÉSENTANTS DES USAGERS DANS L'ÉTABLISSEMENT

Formation des Représentants des Usagers

- Le RU titulaire 1 a suivi la formation de base dans **81%** des établissements,
- Le RU titulaire 2 a suivi la formation de base dans **77%** des établissements.



Participation des Représentants des Usagers

Les Représentants des Usagers vont à la rencontre :

- des patients et/ou de leurs proches dans **75%** des établissements,
- des équipes soignantes dans **64%**,

Participation des Représentants des Usagers aux instances de l'établissement :

- au CLIN dans **58%** des établissements,
- au COPIL Qualité dans **42%**,
- au Conseil d'Administration ou Conseil de Surveillance dans plus de **30%**,
- au CLAN, CLUD et Comité éthique dans plus de **30%**,
- à la Conférence ou Commission Médicale d'Établissement dans **9%**.



Implication des Représentants des Usagers

- **76%** des établissements de santé associent les Représentants des Usagers à la rédaction du questionnaire d'évaluation de la sortie,
- **80%** à la rédaction du livret d'accueil,
- **65%** à la rédaction des fiches d'information remises aux patients.



Des efforts sont menés par les établissements de santé pour améliorer l'implication des usagers dans la rédaction des supports d'information.



3

FONCTIONNEMENT DE LA COMMISSION DES USAGERS

L'article R. 1112-89 du code de la santé publique : « La commission établit son règlement intérieur. Le secrétariat est assuré à la diligence du représentant légal de l'établissement. Chaque établissement met à la disposition de la commission ainsi que des médiateurs les moyens matériels nécessaires à l'exercice de leurs missions. »

L'article R. 1112-90 du code de la santé publique : « Les membres de la commission sont indemnisés au titre des frais de déplacement engagés dans le cadre de leur mission ».

L'article R. 1112-80 du code de la santé publique : « I.-La commission veille au respect des droits des usagers et facilite leurs démarches. A cet effet, 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, selon des modalités définies par le règlement intérieur de l'établissement. Dans les conditions prévues aux articles R. 1112-93 et R. 1112-94, la commission examine celles de ces plaintes et réclamations qui ne présentent pas le caractère d'un recours gracieux ou juridictionnel et veille à ce que toute personne soit informée sur les voies de recours et de conciliation dont elle dispose. »

Le Contenu du règlement intérieur de la Commission Des Usagers



La quasi-totalité des établissements de santé disposent d'un Règlement Intérieur de la CDU.

- **98%** d'entre eux associent les Représentants des Usagers à sa mise à jour (contre 94% en 2016),
- **60%** y inscrivent les modalités de remboursement des frais de déplacement (contre 48% en 2016),
- **93%** y définissent les conditions de mise à disposition des réclamations aux membres de la CDU.

Ces données sont en progression par rapport à l'exercice 2016.

Réunion de la Commission Des Usagers

Tous les établissements pour lesquels des Représentants des Usagers ont été désignés par l'ARS, ont installé leur CDU en 2017 (contre 15 établissements en 2016).

80% des établissements de santé ont réuni la CDU au moins 4 fois au cours de l'année 2017. Ce chiffre est en nette progression par rapport à 2016 (70%).

Les motifs avancés par les établissements de santé pour justifier l'absence de quatre réunions annuelles réglementaires, sont comme en 2016 des restructurations ou réorganisations internes, des problèmes de disponibilité des membres et la carence dans la désignation des Représentants des Usagers.

Certains établissements opposent l'absence ou le faible nombre de réclamations reçues sur l'année ou la priorité donnée à la visite de certification.

Le taux moyen de participation des membres à **77%** reste stable par rapport à 2016.

Les compte-rendus de CDU sont portés à la connaissance des membres de la CDU et de la Direction Qualité de l'établissement dans la quasi-totalité des établissements. Ils ne sont portés à la connaissance de l'encadrement que dans près de **85%** des établissements. Ce taux reste stable par rapport à 2016.

Seul **1 établissement sur 2** affiche les compte-rendus de la CDU dans les services.



L'article R. 1112-88 du code de la santé publique : « La commission se réunit sur convocation de son président au moins une fois par trimestre et aussi souvent que nécessaire pour procéder à l'examen des plaintes et réclamations qui lui sont transmises dans les conditions prévues à l'article R. 1112-94. La réunion est de droit à la demande de la moitié au moins des membres ayant voix délibérative ».



4 établissements ont indiqué avoir prévu un règlement intérieur de la CDU fixant un nombre inférieur de réunions dans l'année.

ACTIONS DE L'ARS

Saisine des
établissements
concernés

Modalités

d'élaboration et de diffusion
du rapport d'activité



Près de **83%** des établissements de santé associent les Représentants des Usagers à la rédaction du rapport annuel d'activité de la CDU, contre 77% en 2016.

Cet effort est à poursuivre.

91% des établissements valident le rapport annuel de la CDU en séance plénière (contre 85% en 2016).



Seul 1/3 des établissements ont transmis procès-verbal de validation.

Seuls **30%** des établissements présentent le rapport de la CDU au conseil de surveillance ou au conseil d'administration et **65%** au Directoire.

Communication de la liste actualisée des membres de la CDU

La liste actualisée des membres de la CDU est communiquée aux usagers dans plus de **8 établissements sur 10**, et les coordonnées actualisées des membres de la CDU ne sont communiquées que dans **63%** des établissements.

Place des associations de bénévoles à conforter

18% seulement des établissements déclarent que des réunions de la CDU sont prévues avec les associations de bénévoles exerçant dans l'établissement. La place des bénévoles doit être renforcée dans les établissements de santé. L'ARS, dans sa synthèse régionale 2016, avait attiré l'attention des établissements de santé sur cette initiative encore trop peu déployée.

La liste des associations de bénévoles est portée à la connaissance des usagers dans seulement **67%** des établissements. Parmi eux, 6 établissements sur 10, l'intègrent au livret d'accueil ou l'affichent au sein de l'établissement.

L'article R. 1112-80 du code de la santé publique : « 3°- La commission rend compte de ses analyses et propositions dans le rapport mentionné à l'article L. 1112-3.

Ce rapport ne comporte que des données anonymes. Après avis des autres instances consultatives concernées, il est transmis au conseil d'administration ou à l'organe collégial qui en tient lieu, quinze jours au moins avant la séance au cours de laquelle ce dernier délibère sur la politique de l'établissement en ce qui concerne les droits des usagers et la qualité de l'accueil et de la prise en charge. Il est également transmis, avec les éléments d'information énumérés au 1°, à l'agence régionale de santé et à la conférence régionale de la santé et de l'autonomie. »



Commission Des Usagers et Groupements Hospitaliers de Territoire

Le comité des usagers ou la commission des usagers de groupement est présidé par le directeur de l'établissement support du groupement. La convention constitutive fixe sa composition et ses compétences, et notamment, en cas de commission des usagers du groupement, le nombre de représentants en son sein des commissions des usagers des établissements parties au groupement et les compétences qui lui sont déléguées par les commissions des usagers des établissements parties au groupement.

Sur les 14 GHT institués dans la région, 11 GHT ont mis en place un Comité des Usagers de GHT.

Les avis émis par le comité des usagers ou par la commission des usagers de groupement sont transmis aux membres du comité stratégique et à chacune des commissions des usagers des établissements parties au groupement hospitalier de territoire.

Le décret 2016-524 du 27 avril 2016 relatif aux Groupements Hospitaliers de Territoire (GHT) a inséré dans le Code de la Santé Publique, l'article R 6132-11 qui prévoit l'instauration soit d'une Commission Des Usagers (CDU) du GHT, soit d'un comité des usagers du GHT.

L'article R.6132-11 du code de la santé publique : la convention constitutive prévoit la mise en place d'un comité des usagers ou d'une commission des usagers de groupement, conformément à l'option retenue dans leur avis par la majorité des commissions des usagers des établissements parties au groupement.

4

MODALITÉS DE TRAITEMENT DES PLAINTES ET RÉCLAMATIONS D'USAGERS

L'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. En cas d'impossibilité ou si les explications reçues ne le satisfont pas, il est informé de la faculté qu'il a soit d'adresser lui-même une plainte ou réclamation écrite au représentant légal de l'établissement, soit de voir sa plainte ou réclamation consignée par écrit, aux mêmes fins. Dans la seconde hypothèse, une copie du document lui est délivrée sans délai. »

L'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, selon des modalités définies par le règlement intérieur de l'établissement. »

L'article L. 1112-3 du code de la santé publique : « [...] La commission est informée de l'ensemble des plaintes et des réclamations formées par les usagers de l'établissement ainsi que des suites qui leur sont données. »

Recensement des réclamations

Les établissements déclarent avoir reçu 7 550 plaintes ou réclamations dont la quasi-totalité sont écrites.

35 établissements (contre 25 établissements en 2016) déclarent n'avoir été destinataires d'aucune réclamation en 2017.



La quasi-totalité des établissements déclarent qu'une information a été délivrée aux usagers sur la possibilité de formuler une réclamation à l'établissement essentiellement via le livret d'accueil.

Dans **90%** des établissements, une procédure est mise en place et prévoit la possibilité d'avoir recours et être accompagné par un Représentant des Usagers.

97% des établissements prévoient dans leur procédure, la proposition de médiation et la saisine de la CDU (contre 78% en 2016).

Plus de **95%** des établissements de santé mettent à disposition des membres de la CDU l'ensemble des plaintes et réclamations adressées.

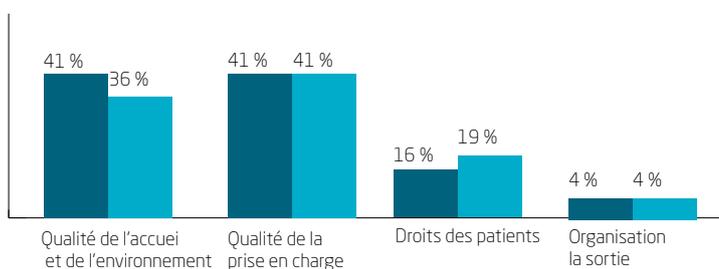
13 317 éloges reçus par les établissements de santé (contre 8 803 en 2016).

Répartition des réclamations par domaines et proportion d'actions correctives identifiées par la CDU

Il est constaté une adéquation entre la proportion des motifs des réclamations et celle des actions correctives.

(cf. Répartition des plaintes et réclamations reçues par les établissements de santé par domaines et motifs en annexe)

■ Réclamations reçues par les établissements
■ Actions correctives identifiées par la CDU



Traitement des réclamations

Le délai moyen de traitement reste stable :

- délai moyen d'un accusé de réception d'une plainte ou réclamation : **5,3 jours**,
- Délai moyen d'une réponse circonstanciée à une plainte ou réclamation : **14,3 jours**,
- Délai moyen d'une réponse circonstanciée après médiation : **14 jours**.

En 2017, ont été formés :

- **245** recours juridictionnels,
- **256** recours gracieux,
- **343** saisines de la CCI.

90% des établissements informent la CDU du nombre, de la nature et de l'issue des recours gracieux ou juridictionnels formés contre l'établissement (contre 85% en 2016).

La médiation

Nombre de médiations proposées : **1698** (contre 1486 en 2016), soit **23%** contre 15% en 2016 :
→ dont nombre de propositions de médiations médicales : **1142** soit **15%** contre 9,5% en 2016,
→ dont nombre de propositions de médiations non médicales : **609** soit **8%** contre 4.5% en 2016.

Près de **75%** des établissements de santé adressent systématiquement le rapport de médiation au réclamant (contre 51,4% en 2016).

Plus de **83%** présentent systématiquement le rapport de médiation à la CDU (contre 60% en 2016).



Nombre de médiations réalisées : **493** (contre 537 en 2016).

Seulement 29% des médiations proposées ont effectivement été réalisées.

25% des médiations ont été réalisées en présence d'un Représentant des Usagers.

Les établissements de santé doivent davantage impliquer leurs Représentants des Usagers dans le dialogue entre l'utilisateur et l'établissement et cela suppose que les RU bénéficient d'une formation de base.

Ce dispositif étant mis en place récemment, l'ARS encourage les initiatives prises par les établissements en 2017.

Des efforts sont à mener par les établissements de santé en matière de formation des médiateurs.

En effet, au cours des deux années précédentes :

- Seuls 25% des établissements ont formé un médiateur médical et un médiateur non médical,
- 4% ont formé deux médiateurs médicaux,
- 7% ont formé deux médiateurs non médicaux.



L'article R. 1112-92 du code de la santé publique : « L'ensemble des plaintes et réclamations écrites adressées à l'établissement sont transmises à son représentant légal. Soit ce dernier y répond dans les meilleurs délais, en avisant le plaignant de la possibilité qui lui est offerte de saisir un médiateur, soit il informe l'intéressé qu'il procède à cette saisine.

Le représentant légal de l'établissement informe l'auteur de la plainte ou de la réclamation qu'il peut se faire accompagner, pour la rencontre avec le médiateur prévue à l'article R. 1112-93 d'un représentant des usagers membre de la Commission Des Usagers.

L'article R.1112-94 du code de la santé publique : « Dans les huit jours suivant la rencontre avec l'auteur de la plainte ou de la réclamation, le médiateur en adresse le compte-rendu au président de la commission qui le transmet sans délai, accompagné de la plainte ou de la réclamation, aux membres de la commission ainsi qu'au plaignant. »

Communication des dossiers médicaux

En ce qui concerne le nombre de dossiers médicaux demandés aux établissements de santé en 2017, les données sont stables :

20 965 (contre 20 601 en 2016).
→ 80% datent de moins de 5 ans

20 183 dossiers médicaux ont été traités par les établissements de santé :

→ 55% dans le délai légal de 8 jours,

→ 25% dans le délai légal de 2 mois,

→ 20% hors délai (contre 12% en 2016).

L'article L. 1111-7 du code de la santé publique : « Toute personne a accès à l'ensemble des informations concernant sa santé détenues, à quelque titre que ce soit, par des professionnels et établissements de santé, qui sont formalisées ou ont fait l'objet d'échanges écrits entre professionnels de santé, notamment des résultats d'examen, compte-rendu de consultation, d'intervention, d'exploration ou d'hospitalisation, des protocoles et prescriptions thérapeutiques mis en œuvre, feuilles de surveillance, correspondances entre professionnels de santé, à l'exception des informations mentionnant qu'elles ont été recueillies auprès de tiers n'intervenant pas dans la prise en charge thérapeutique ou concernant un tel tiers.

Elle peut accéder à ces informations directement ou par l'intermédiaire d'un médecin qu'elle désigne et en obtenir communication, dans des conditions définies par voie réglementaire au plus tard dans les huit jours suivant sa demande et au plus tôt après qu'un délai de réflexion de quarante-huit heures aura été observé. Ce délai est porté à deux mois lorsque les informations médicales datent de plus de cinq ans ou lorsque la commission départementale des soins psychiatriques est saisie en application du quatrième alinéa [...]

5

L'INFORMATION À DESTINATION DES USAGERS ET DES PROFESSIONNELS DE SANTÉ

L'article R. 1112-84 du code de la santé publique : « Le représentant légal de l'établissement arrête la liste nominative des membres de la commission. Cette liste actualisée est affichée dans l'établissement et transmise au directeur général de l'Agence Régionale de Santé. Elle est remise à chaque patient avec le livret d'accueil, dans un document qui reproduit des dispositions des articles R.1112-91 à R.1112-94 et précise leurs modalités d'application au sein de l'établissement ».

L'information

des usagers et des professionnels de santé
sur l'existence de la Commission Des Usagers



En 2017, tous les établissements de santé ont déclaré avoir donné une information aux usagers sur l'existence de la CDU.

L'information sur le fonctionnement de la CDU à l'attention des usagers figure dans le livret d'accueil pour la quasi-totalité des établissements de santé.

Cette information est affichée dans **90%** des établissements. Elle reste encore peu disponible sur les sites internet (55%) mais ce canal de diffusion tend à s'améliorer.

L'information peut être transmise aux usagers via des plaquettes (26% des établissements) ou lors de réunions (36%).

A noter des initiatives intéressantes à destination des usagers :

Une **vingtaine d'établissements** font état d'autres moyens de communication tels que des vidéos diffusées en salle d'attente, des informations spécifiques dans les chambres, la présence d'un espace « droits des usagers » dans l'établissement ou la mise en place d'une silhouette du Représentant des Usagers à l'accueil de l'établissement.

L'information sur le fonctionnement de la CDU à l'attention des professionnels de santé de l'établissement est disponible dans **60%** des établissements sur intranet ou diffusée lors de réunions à destination du personnel.

Dans **40%** des établissements, elle est présente dans le journal interne ou dans le règlement intérieur de l'établissement.

A noter des initiatives intéressantes à destination des professionnels de l'établissement :

Une **quarantaine d'établissements** utilisent d'autres moyens de communication tels que des formations ou une information spécifique présente dans l'outil de gestion électronique des documents, ou lors de la semaine sécurité patients.



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



54% des établissements ont désigné une Personne Chargée des Relations avec les Usagers (PCRU). Pour ces établissements, elle est associée aux réunions de la CDU et va à la rencontre des usagers, des représentants des usagers et des équipes soignantes.

- Elle exerce ses fonctions à temps plein dans **35%** des cas,

- Elle apparaît dans le livret d'accueil et ses coordonnées sont affichées dans les services dans **60%** des établissements.

Une **maison** des usagers

Une Maison des Usagers a été instaurée dans seulement **12 établissements de santé**.

Le nombre d'associations conventionnées avec l'établissement qui y sont représentées varie de 1 à 45.

Les principales activités développées sont l'accueil, l'écoute, l'information, l'accompagnement des usagers mais aussi des permanences de Représentants des Usagers et/ou d'associations.



Le livret d'accueil et la charte de la personne hospitalisée

L'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. Les résultats de ces évaluations sont pris en compte dans la certification définie aux articles L.6113-3 et 4.

Chaque établissement remet aux patients, lors de leur admission, un **livret d'accueil** auquel est annexée la **charte du patient hospitalisé**, conforme à un modèle type arrêté par le ministre chargé de la santé ».

Contenu du livret d'accueil

Dans plus de **90% des établissements** le livret d'accueil fournit des informations aux usagers sur l'accès au dossier médical, la désignation d'une personne de confiance, la rédaction des directives anticipées, le recueil du consentement, les réclamations et la médiation.



Peu d'établissements ont adapté le livret d'accueil aux personnes en situation de handicap. Il est présenté en Langue des Signes Française dans 2 établissements et une quinzaine d'établissements disposent d'un livret d'accueil en version vidéo ou en braille. Il existe sous forme audio dans seulement 9 établissements.

Un certain nombre de documents permettant aux usagers de disposer d'informations particulières sur leur prise en charge au sein de l'établissement peuvent être annexés au livret d'accueil. Il en est ainsi du contrat d'engagement contre la douleur (**86%** des établissements) et du programme annuel de lutte contre les infections nosocomiales (près de **70%** des établissements).

Modalités de diffusion du livret d'accueil

Dans tous les établissements, la remise du livret d'accueil est accompagnée d'explications orales.

Cette remise s'effectue :

- lors de l'entrée dans l'établissement (en cas d'hospitalisation non programmée), dans **94%** des cas,
- en amont de l'hospitalisation (en cas d'hospitalisation programmée) dans **50%**,
- à un autre moment dans **27%** des établissements (lors de la consultation pré-anesthésique, à la demande, lors de la pré-admission...)

Modalités de diffusion de la charte du patient hospitalisé

9 établissements sur 10 affichent la charte de la personne hospitalisée dans les services de soins et/ou dans les salles d'attente et lieux fréquentés par les usagers.

Quelques établissements proposent un affichage dans d'autres lieux tels que l'accueil, le bureau des admissions, les ascenseurs, les couloirs, sur le site internet...



Moins de **30%** des établissements l'affichent dans les chambres.

La quasi-totalité des établissements annexent au livret d'accueil les principes généraux de la charte de la personne hospitalisée.

La **personne** de confiance

Un temps dédié pour recueillir les coordonnées de la personne de confiance est consacré auprès des personnes hospitalisées dans plus de **70%** des établissements.

L'article L. 1111-6 du code de la santé publique : « Toute personne majeure peut désigner une personne de confiance qui peut être un parent, un proche ou le médecin traitant 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. Elle rend compte de la volonté de la personne. Son témoignage prévaut sur tout autre témoignage. Cette désignation est faite par écrit et cosignée par la personne désignée. Elle est révisable et révoquée à tout moment.

Si la patient le souhaite, la personne de confiance l'accompagne dans ses démarches et assiste aux entretiens médicaux afin de l'aider dans ses décisions.

Lors de toute hospitalisation dans un établissement de santé, il est proposé au patient de désigner une personne de confiance dans les conditions prévues au présent article. Cette désignation est valable pour la durée de l'hospitalisation, à moins que le patient n'en dispose autrement. »

La Loi 2016-87 du 02 février 2016 crée de nouveaux droits en faveur des malades et des personnes en fin de vie.

L'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 expriment la volonté de la personne relative à sa fin de vie en ce qui concerne les conditions de la poursuite, de la limitation, de l'arrêt ou du refus de traitement ou d'acte médicaux.

A tout moment et par tout moyen, elles sont révisables et révocables. Elles peuvent être rédigées conformément à un modèle dont le contenu est fixé par décret en Conseil d'Etat pris après avis de la Haute Autorité de santé. Ce modèle prévoit la situation de la personne selon qu'elle se sait ou non atteinte d'une affection grave au moment où elle les rédige.

Les directives anticipées s'imposent au médecin pour toute décision d'investigation, d'intervention ou de traitement, sauf en cas d'urgence vitale pendant le temps nécessaire à une évaluation complète de la situation et lorsque les directives anticipées apparaissent manifestement inappropriées ou non conformes à la situation médicale.

La décision de refus d'application des directives anticipées, jugées par le médecin manifestement inappropriées ou non conformes à la situation médicale du patient, est prise à l'issue d'une procédure collégiale définie par voie réglementaire et est inscrite au dossier médical. Elle est portée à la connaissance de la personne de confiance désignée par le patient ou, à défaut, de la famille ou des proches. [...] ».

L'article L.1110-5 du code de la santé publique : « 2° - [...] Toute personne a le droit d'avoir une fin de vie digne et accompagnée du meilleur apaisement possible de la souffrance. Les professionnels de santé mettent en œuvre tous les moyens à leur disposition pour que ce droit soit respecté. »

L'article L.1111-4 du code de la santé publique « 1°- [...] Toute personne a le droit de refuser ou de ne pas recevoir un traitement. Le suivi du malade reste cependant assuré par le médecin, notamment son accompagnement palliatif [...] ».



Des éléments communiqués par les établissements, il ressort que la prise de connaissance de l'existence de directives anticipées par les professionnels de santé se met en place progressivement. Chaque année sera suivi annuellement la progression du nombre de personnes déclarant avoir rédigé leurs directives anticipées.

Les indicateurs nationaux de qualité et de sécurité des soins sont généralisés à tous les établissements de santé. Ils s'articulent avec la procédure de certification V2014 de la HAS.

95% des établissements affichent les indicateurs de qualité et de sécurité des soins.

84% déclarent que les résultats annuels de ces indicateurs sont présentés et débattus en CDU.

6

MESURE DE LA SATISFACTION DES USAGERS

L'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. Les résultats de ces évaluations sont pris en compte dans la certification définie aux articles L. 6113-3 et L. 6113-4 [...] »

Le questionnaire de sortie

Diffusion du questionnaire de sortie

Le questionnaire de sortie est utilisé dans la quasi-totalité des établissements.

Il est remis aux usagers sous format papier exclusivement dans 85% des établissements :

- dans le livret d'accueil pour plus de **50%** des établissements,
- en libre disposition dans les services dans **21%**,
- lors d'un entretien spécifique avec un membre du personnel dans **31%**,
- téléchargeable sur le site internet des établissements de santé dans **19%** des cas.

27% des établissements le remettent au moment de l'hospitalisation.

A noter des initiatives intéressantes :
26% des établissements utilisent d'autres moyens de distribution du questionnaire de sortie aux usagers : envoi par courrier postal / mail, remis via le carnet de liaison, disponible sur tablette tactile ou écran dédié à l'accueil de l'établissement, etc.

Évaluation du questionnaire de sortie

L'item recueillant le plus de satisfaction est la prestation paramédicale dans **46%** des établissements.

L'item recueillant le moins de satisfaction est la prestation hôtelière (**72%**).

A noter des initiatives intéressantes :
72% des établissements déclarent utiliser d'autres outils de mesure de la satisfaction des usagers, parmi lesquels :

- Enquête E-Satis,
- Appel téléphonique post-hospitalisation,
- Groupes de parole, réunion d'expression des usagers,
- Enquête micro-trottoir,
- Entretiens en chambre,
- Bornes informatiques / tablettes,
- Cahier de satisfaction,
- Enquêtes de satisfaction ciblées par service (urgences, imagerie médicale, oncologie...) ou par thématique (identitovigilance, nutrition, hygiène...)

Plus de **97%** des établissements de santé déclarent que la Commission Des Usagers est informée des résultats du questionnaire de sortie.



Le taux de retour moyen des questionnaires de sortie s'établit à **31%**. Ce chiffre reste à améliorer.



CONTRIBUTION DE LA CDU À LA POLITIQUE D'AMÉLIORATION CONTINUE DE LA QUALITÉ ET DE LA SÉCURITÉ DES PRISES EN CHARGE

La Loi 2016-41 du 26 janvier 2016 dans son article 183 et le décret 2016-726 du 1er juin 2016 relatif à la Commission Des Usagers des établissements de santé a fait évoluer les missions et la composition de la CDU.

L'article L. 1112-3 du code de la santé publique : « La commission des usagers participe 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. Elle est associée 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. Elle fait des propositions sur ces sujets et est informée des suites qui leur sont données.

Elle peut se saisir de tout sujet se rapportant à la politique de qualité et de sécurité élaborée par la commission ou la conférence médicale d'établissement. Elle fait des propositions et est informée des suites qui leur sont données. L'article R. 1112-80 du code de la santé publique : « II- [...] la commission contribue par ses avis et propositions à l'amélioration de la politique d'accueil et de prise en charge des personnes malades et de leurs proches [...] ».

Les recommandations émises et actions correctives réalisées

80% des établissements déclarent que la CDU s'est saisie de sujets se rapportant à la politique de qualité et de sécurité de l'établissement. Ce chiffre est stable par rapport à 2016.



83% des établissements présentent le rapport d'activité de la CDU à la Commission Médicale d'Établissement (CME) (contre 78% en 2016).

Suite aux analyses de situations présentées en CDU en cours d'année, des actions correctives ont été mises en place dans les mêmes proportions qu'en 2016, soit dans près de **9 établissements sur 10**.

Les actions portent sur :
- les procédures / protocoles dans **82%** des établissements,
- l'affichage, les formations et les entretiens individuels avec les professionnels de l'établissement dans plus de **50%**.

En fin d'année, **1 CDU sur 2** formule des recommandations (cf. liste en annexe).



Dans **92%** des établissements de santé, la CDU est systématiquement informée des recommandations émises et mesures correctives d'amélioration de la qualité prises par l'établissement (contre 84% en 2016).



La totalité des établissements déclarent que la CDU est informée des résultats du questionnaire de sortie

La certification de la HAS

L'articulation est satisfaisante avec la procédure de certification de la Haute Autorité en Santé (HAS). Les résultats sont stables par rapport 2016.

Dans plus de **96%** des établissements, les Représentants des Usagers sont associés à la préparation de la démarche de certification de la HAS (suivi du compte qualité), selon les principales modalités suivantes :

- Participation à des réunions spécifiques, des groupes de travail, à la journée régionale HAS
- Membre du COPIL Qualité / Gestion des Risques ou du comité de coordination
- Pilote du processus Droits du Patient,
- Accompagnement lors des visites des experts-visiteurs,
- Elaboration de la cartographie des risques et/ou de plans d'actions,
- Information lors des CDU,
- Association des membres de la CDU au remplissage du compte-qualité.

Comme en 2016, les Représentants des Usagers sont associés dans **9 établissements sur 10**, au suivi des plans d'actions sur les thématiques Droit du patient, Management qualité, sécurité et Parcours patient

Les principales formes d'associations sont les suivantes :

- Participation aux revues de processus, à des réunions, des groupes de travail,
- Analyse des patients traceurs en CDU,
- Echanges ou présentation lors des réunions de la CDU,
- Participations aux réunions de la cellule qualité,
- Participation à l'élaboration de la cartographie des risques.

La totalité des établissements de santé informent la CDU des suites et résultats de la certification HAS.



Le projet des usagers

En 2018, un document à l'attention des établissements de santé a été élaboré par France Asso Santé, la HAS et les fédérations d'établissements : « Construire et faire vivre le projet des usagers en établissements de santé » pour les accompagner dans la démarche.

A l'heure actuelle, **20 établissements** de santé ont élaboré un projet des usagers.

L'ensemble des Représentants des Usagers ont alors été consultés et le projet des usagers a été transmis au représentant légal de l'établissement.

3 établissements seulement ont consulté les associations de bénévoles de l'établissement.

La Commission Médicale d'Établissement (CME) a contribué à l'élaboration du projet des usagers dans 14 d'entre eux et 17 établissements déclarent qu'il a été pris en compte dans l'élaboration du projet d'établissement.

Ce type d'initiative doit être conforté (*cf. exemple de propositions exprimées dans le projet des usagers en annexe*).

48 établissements déclarent être engagés dans la démarche et être en cours d'élaboration d'un projet des usagers.

L'article L. 1112-3 du code de la santé publique : « 4°- [...] 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.

L'article R. 1112-80 du code de la santé publique : « 1°- [...] La CDU reçoit toutes les informations nécessaires à l'exercice de ses missions, notamment :

f) Une présentation, au moins une fois par an, des événements indésirables graves mentionnés à l'article L. 1413-14 survenus au cours des douze mois précédents ainsi que les actions menées par l'établissement pour y remédier.

g) Une information sur chaque événement indésirable grave associé à des soins, lors de la réunion qui suit la transmission au directeur général de l'agence régionale de santé de la deuxième partie du formulaire mentionné à l'article R. 1413-69. Cette information, adressée par le représentant légal de l'établissement ou la personne qu'il désigne à cet effet, comprend une description synthétique des circonstances de l'événement indésirable grave survenu, des conséquences pour la ou les personnes concernées, des mesures immédiates prises pour ces personnes, ainsi que le plan d'actions correctives mis en œuvre par l'établissement.

13% des plaintes et réclamations reçues par les établissements de santé en 2017 concernent un Évènement Indésirable Grave (EIG) / Vigilances / Infection Associée aux Soins (IAS).

Dans plus de **8 établissements sur 10** :

- une information sur chaque EIG associé à des soins est portée à la connaissance de la CDU,
- une présentation des EIG (article L.1413-14 du CSP) est réalisée en CDU au moins une fois par an (contre 60% en 2016) ainsi que les actions correctives mises en place pour y remédier (contre 72% en 2016).

Accueil et prise en charge des personnes en situation de handicap

En référence aux orientations de la Stratégie Nationale de Santé (axe 1 et 2) et du Projet Régional de Santé Occitanie 2018/2022 (parcours prioritaires « personnes en situation de handicap », « vieillissement » et thématique transversale « droits et place des usagers »).

L'ARS a procédé à un recueil des actions entreprises en faveur des personnes en situation de handicap. Ce recueil permet de disposer d'un état des lieux de la prise en charge et d'évaluer la politique conduite par les établissements en faveur de l'accessibilité aux soins.

Initiée par Pascal Jacob, Président de l'association Handidactique, la charte Romain Jacob a pour but de fédérer l'ensemble des acteurs régionaux et nationaux autour de l'amélioration de l'accès aux soins et à la santé des personnes handicapées. Elle est déclinée sous la forme de 12 articles articulés autour de 5 axes :

La reconnaissance de la personne comme actrice de sa santé, sur les principes de participation et de citoyenneté

- La coordination du parcours de santé ;
- L'organisation de l'accès à la prévention et aux soins ambulatoires, hospitaliers - HAD, urgences médicales ;
- Le recours aux nouvelles technologies de l'information et de la communication ;
- L'évaluation des actions.

Cette charte a été signée en 2015 en région Occitanie par les représentants des acteurs de santé et des usagers de la région Occitanie ont signé la charte en 2015.

En Juillet 2017, le service d'évaluation de la pertinence des soins et amélioration des pratiques et des parcours de la HAS a publié un guide à destination des établissements de santé : « accueil, accompagnement et organisation des soins en établissement de santé pour les personnes en situation de handicap ». Cinq objectifs d'amélioration sont identifiés comme prioritaires :

- Assurer la qualité et la continuité du parcours de santé des personnes en situation de handicap
- Veiller l'accessibilité au sens large pour le maintien de l'autonomie de la personne
- Favoriser et formaliser la place de l'aidant
- Changer les représentations et développer les compétences nécessaires
- Fédérer les équipes autour du projet de changement.

L'adhésion des établissements à la Charte

En 2017, **30 établissements** de santé ont signé la Charte Romain Jacob, 72 établissements prévoient de la signer, 6 établissements ont signé la charte des urgences Romain Jacob, 37 établissements sont en réflexion pour une signature.

L'accès aux soins des personnes en situation de handicap est inscrit dans le projet de deux GHT sur les 14 que compte la région.

Les actions mises en œuvre prenant en compte les spécificités liées au handicap

Pour favoriser la qualité de la prise en charge tout au long du parcours :

26% des établissements ont élaboré un projet d'amélioration de l'accueil et de la prise en charge des personnes en situation de handicap et **32%** prévoient d'élaborer un projet de ce type.

Plus d'**1 établissement sur 2** déclarent que la qualité et la continuité des soins font l'objet d'actions spécifiques pour les personnes en situation de handicap. Ces actions sont envisagées pour 17% des établissements.

Pour favoriser la qualité de vie et le respect des droits :

11 établissements de la région déclarent que les locaux ne sont pas accessibles aux personnes à mobilité réduite.

Seuls **68%** des établissements déclarent que la présence des aidants est facilitée.

Seuls **40%** des établissements disposent de plateaux techniques comportant des dispositifs spécifiquement accessibles aux personnes en situation de handicap.

Près de **31%** des établissements ont mis en place une signalétique adaptée à l'ensemble des différents types de handicap.

ACTIONS DE L'ARS

- Encourager le déploiement de la Charte ROMAIN JACOB
- Faciliter la présence des aidants
- Mettre en place un parcours spécifique « Patients Handicap Lourds » lors de l'accueil dans les services d'urgence
- Désigner un référent handicap dans chaque établissement

8

LES DROITS DES USAGERS

La prise en charge de la douleur

Dans l'ensemble des établissements de santé une information est délivrée aux usagers sur la prise en charge de la douleur.

70% d'entre eux insèrent cette information dans le livret d'accueil.

Une procédure de prise en charge de la douleur est présente dans l'ensemble des établissements de même qu'une procédure d'évaluation des actions mises en œuvre.



La moitié seulement des établissements ont intégré dans cette procédure un volet spécifique pour les personnes en situation de handicap.

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 04 mars 2002 et comme une priorité de santé publique inscrite dans la Loi de santé publique du 09 août 2004. La douleur est définie comme un critère de qualité et d'évolution du système de santé, sa prise en charge étant considérée comme un véritable enjeu de santé publique.

L'article L1112-4 du code de la santé publique : « Les établissements de santé, publics ou privés, et les établissements médico-sociaux mettent en œuvre les moyens propres à prendre en charge la douleur des patients qu'ils accueillent et à assurer les soins palliatifs que leur état requiert, quelles que soient l'unité et la structure de soins dans laquelle ils sont accueillis. Pour les établissements de santé publics, ces moyens sont définis par le projet d'établissement mentionné à l'article L. 6143-2. Pour les établissements de santé privés, ces moyens sont pris en compte par le contrat d'objectifs et de moyens mentionné aux articles L. 6114-1, L. 6114-2 et L. 6114-3.

Les centres hospitaliers et universitaires assurent, à cet égard, la formation initiale et continue des professionnels de santé et diffusent, en liaison avec les autres établissements de santé publics ou privés, les connaissances acquises, y compris aux équipes soignantes, en vue de permettre la réalisation de ces objectifs en ville comme dans les établissements. Ils favorisent le développement de la recherche. Les établissements de santé et les établissements et services sociaux et médico-sociaux peuvent passer convention entre eux pour assurer ces missions.

Les obligations prévues pour les établissements mentionnés au présent article s'appliquent notamment lorsqu'ils accueillent des mineurs, des majeurs protégés par la loi ou des personnes âgées. »

L'article L.1110-5 code de la santé publique modifié par loi 2016-87 du 2 février 2016 créant de nouveaux droits en faveur des malades et des personnes en fin de vie : « Toute personne a, compte tenu de son état de santé et de l'urgence des interventions que celui-ci requiert, le droit de recevoir, sur l'ensemble du territoire, les traitements et les soins les plus appropriés et de bénéficier des thérapeutiques dont l'efficacité est reconnue et qui

garantissent la meilleure sécurité sanitaire et le meilleur apaisement possible de la souffrance au regard des connaissances médicales avérées. Les actes de prévention, d'investigation ou de traitements et de soins ne doivent pas, en l'état des connaissances médicales, lui faire courir de risques disproportionnés par rapport au bénéfice escompté. Ces dispositions s'appliquent sans préjudice ni de l'obligation de sécurité à laquelle est tenu tout fournisseur de produits de santé ni de l'application du titre II du présent livre.

Toute personne a le droit d'avoir une fin de vie digne et accompagnée du meilleur apaisement possible de la souffrance. Les professionnels de santé mettent en œuvre tous les moyens à leur disposition pour que ce droit soit respecté. »



Le respect des croyances et des convictions

26% des établissements ont désigné un référent sur le thème du respect des croyances et des convictions.

Une information aux usagers est délivrée sur cette thématique dans **80%** des établissements, essentiellement au travers du livret d'accueil ou par voie d'affichage.

La prise en charge du décès

6 établissements sur 10 ont établi une procédure spécifique d'annonce du décès à la famille qui prévoit la possibilité de recueillement auprès du défunt et le respect des rites et des croyances dans près de **80%** des cas.

L'article R.1112- 46 du code de la santé publique : « Les hospitalisés doivent être mis en mesure de participer à l'exercice de leur culte. Ils reçoivent, sur demande de leur part adressée à l'administration de l'établissement, la visite du ministre du culte de leur choix.»

D'après la charte du patient hospitalisé, l'établissement de santé doit respecter les croyances et convictions des personnes accueillies. Un patient doit pouvoir, dans la mesure du possible, suivre les préceptes de sa religion (recueillement, présence d'un ministre du culte de sa religion, nourriture, liberté d'action et d'expression...). Ces droits s'exercent dans le respect de la liberté des autres.

La lettre de liaison

Moins de **10%** des établissements déclarent mesurer le taux de lettres de liaison remises par le patient ou son accompagnant lors de son entrée dans l'établissement (hors entrée par la Structure d'Urgences).

A la sortie de l'établissement, la lettre de liaison est systématiquement remise au patient dans **1 établissement sur 2**.

Le contenu de la lettre de liaison fait l'objet d'une procédure interne dans **56%** des établissements.

Depuis 2017, un nouvel Indicateur de Qualité et de Sécurité des Soins (IQSS) est recueilli en MCO : il s'agit de la Qualité de la Lettre de liaison à la Sortie (QLS). Cet indicateur évalue la qualité de la lettre de liaison à la sortie d'hospitalisation. Il est présenté sous la forme d'un score de qualité compris entre 0 et 100 et est calculé à partir de 14 critères. En moyenne, cet indicateur est à 50 en région Occitanie (évalué sur les dossiers de l'année 2017). Cet indicateur répond à un texte réglementaire encore récent, qui est destiné à améliorer significativement la coordination des soins particulièrement à l'entrée et en sortie d'hospitalisation. Cet indicateur sera bientôt déployé en SSR. Pour accompagner les professionnels et accroître la sécurité, un projet structurant a été inscrit dans le Projet Régional de Santé 2018-2022 : « *soutenir le déploiement des lettres de liaison réglementaires* » qui vise à sensibiliser et aider les professionnels sur le terrain.

Le décret 2016-995 du 20 juillet 2016 relatif aux lettres de liaison précise le contenu attendu de la lettre de liaison à l'entrée de l'établissement de santé et le contenu de celle-ci à la sortie de cet établissement ainsi que les modalités de transmission et de remise de la lettre au patient.

Article R. 1112-1 du code de la santé publique : « Le praticien qui adresse un patient à un établissement de santé accompagne sa demande d'une lettre de liaison synthétisant les informations nécessaires à la prise en charge du patient dont il dispose sur son lieu d'intervention, dans le respect des conditions prévues à l'article L. 1110-4. Cette lettre comprend notamment les motifs de la demande d'hospitalisation, les traitements en cours et les allergies connus. Elle est adressée par messagerie sécurisée répondant aux conditions prévues à l'article L. 1110-4-1, ou par tout moyen garantissant la confidentialité des informations. Elle est versée dans le dossier médical partagé du patient si ce dossier a été créé, ou lui est remise. [...] »

Lors de la sortie de l'établissement de santé, une lettre de liaison, rédigée par le médecin de l'établissement qui l'a pris en charge, est remise au patient par ce médecin, ou par un autre membre de l'équipe de soins mentionnée au 1° de l'article L. 1110-12 qui l'a pris en charge, et qui s'assure que les informations utiles à la continuité des soins ont été comprises. [...] »



Formation / Information

des professionnels de l'établissement

35% des établissements déclarent que la CDU a émis des recommandations en matière de formation des professionnels de santé de l'établissement. Ce chiffre est stable par rapport à 2016.

21% des établissements déclarent qu'une formation ou une sensibilisation des professionnels est mise en œuvre. Pour la majorité des établissements cette formation est inscrite dans le plan de formation et DPC de l'établissement. La moitié d'entre eux déclarent qu'un plan de communication sur cette thématique est effectif et que des personnes en situation de handicap sont sollicitées pour ces actions.

Près de **93%** des établissements proposent des formations ou séances de sensibilisation à la prise en charge de la douleur aux personnels.

Seuls **35%** des établissements réalisent des séances de sensibilisation ou des formations à l'annonce du décès.

80% des établissements déclarent que des séances de sensibilisation ou des formations à la bientraitance sont proposées aux personnels.

90% des établissements délivrent une information aux professionnels de santé de l'établissement sur la thématique « respect des croyances et des convictions ».

Plus de **84%** déclarent que les professionnels de santé de l'établissement sont informés de l'existence et du rôle du médiateur.



La **bien**traïtance

87% des établissements mènent des actions de promotion de la bientraïtance. Les initiatives sont variées (enquêtes sur les pratiques des professionnels, actions d'éducation thérapeutique, élaboration d'une charte de la bientraïtance, mise en place d'un comité « *promotion de la bientraïtance* », animation lors de la semaine sécurité des patients, etc.).

Des Evaluations des Pratiques Professionnelles (EPP) ayant pour thématique le respect des droits des usagers (confidentialité, accès au dossier médical, prise en charge de la douleur, directives de fin de vie, etc.) ont été mises en place dans **75%** des établissements.

- 70% des établissements en ont réalisé de 1 à 4 dans l'année,
- 14% en ont réalisé entre 5 et 10,
- 2% en ont réalisé plus de 10.

ANNEXE 1

Nombre de Représentants des Usagers désignés par l'ARS Occitanie par association agréée d'usagers du système de santé

Nom de l'association	Nombre de Représentants des Usagers désignés
Association "Alcool assistance"	4
Association Amicale Languedoc Roussillon des Insuffisants Respiratoires (ALRIR)	1
Association Bon Pied Bon Œil	3
Association CLCV Consommation Logement et Cadre de Vie	2
Association des Anciens de MIDIGASCOGNE (AMG)	2
Association des Familles de Traumatés Crâniens (AFTC LR)	12
Association des Paralysés de France (APF)	74
Association des Stomisés du Sud-Ouest	3
Association des Usagers et Amis du CH intercommunal CASTELSARRASIN-MOISSAC	4
Association Dyspraxique Mais Fantastique (DFM 34)	1
Association ENVIE	2
Association Française des Diabétiques	62
Association Française des Malades du Myélome Multiple (AF3M)	3
Association Française des Malades et Opérés Cardio-vasculaires (AFDOC)	14
Association Française des Sclérosés en Plaques (AFSEP)	1
Association France Alzheimer	55
Association François AUPETIT (AFA)	7
Association Génération Mouvement	2
Association La Ligue Contre le Cancer	89
Association Le Poids du Partage	4
Association Les Petits frères des Pauvres	2
Association Oscar'Angels	1
Association pour le Droit de Mourir dans la Dignité (ADMD)	17
Association Prader Willi France	1
Association SESAME AUTISME	5
Association Toutes Voiles Dehors	4
Association Trans-forme ARD	2
Association Tutélaire de Lozère	3
Association UFC QUE CHOISIR	15
Confédération Nationale des Associations Familiales Catholiques	9
FEDERATION DES ASSOCIATIONS JALMALV	3
Fédération des Associations d'Aide aux Victimes d'Accidents Médicaux (AVIAM)	15
Fédération Française des Associations Amicales des Malades, Insuffisants ou Handicapés Respiratoires	38
Fédération Mouvement les Aînés ruraux	2
Fédération Nationale Aide aux Insuffisants Rénaux (FNAIR)	34
Fédération Nationale des Accidentés de la Vie (FNATH)	63
Fédération Nationale VMEH	20
Union Départementale des Associations Familiales (UDAF)	111
Union des Familles Laiques (UFAL)	2
Union Nationale des Associations de Parents, de Personnes Handicapées Mentales et de leurs Amis (UNAPEI/ADAPEI)	26
Union Nationale des Familles et Amis de personnes Malades et/ou handicapés psychiques (UNAFAM)	88
Union Nationale des Fédérations et Associations de Malades Cardiovasculaires (ASPIC) (Association Alliance du Cœur)	3

ANNEXE 2

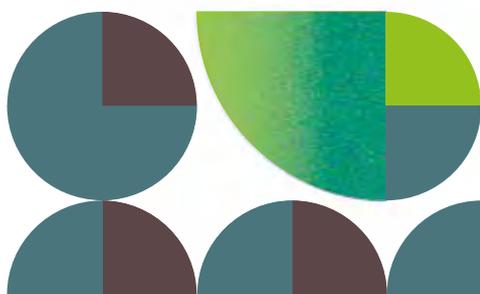
La répartition des plaintes et réclamations reçues par les établissements de santé par domaines et motifs

Qualité de l'accueil et de l'environnement	Nombre de réclamations reçues par les établissements	Nombre d'actions correctives identifiées par la CDU
Accessibilité aux personnes handicapées	50	14
Délais d'attente	263	32
Facturation	1101	79
Hôtellerie / restauration	649	134
Propreté des locaux (dont personnel d'entretien)	154	22
Accès au dossier médical	105	8
Autres (dont relations avec les autres patients)	779	140

Qualité de la prise en charge	Nombre de réclamations reçues par les établissements	Nombre d'actions correctives identifiées par la CDU
Médicale (technique, diagnostic...)	1585	181
Paramédicale (soins courant, soins techniques...)	677	127
Coordination / travail en équipe	256	61
Dysfonctionnement dispositif urgence	145	23
Prise en charge médicamenteuse (toute la chaîne du médicament)	86	25
Autres	329	71

Droits des patients	Nombre de réclamations reçues par les établissements	Nombre d'actions correctives identifiées par la CDU
Communication / Information / Relationnel	711	134
Prise en charge de la douleur	179	31
Soins palliatifs	13	2
Droit du patient en fin de vie / accompagnement du décès	53	13
Respect de la dignité, de la vie privée, des croyances	115	19
Maltraitance physique	21	2
Autres	148	30

Organisation de la sortie	Nombre de réclamations reçues par les établissements	Nombre d'actions correctives identifiées par la CDU
Orientation	111	20
Continuité de la prise en charge (ordonnance, lettre de liaison...)	129	19
Autres	91	11



ANNEXE 3

Principales recommandations émises par les établissements de santé

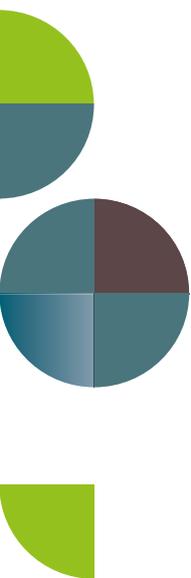
- Accompagner les patients lors de la distribution et du remplissage des enquêtes de satisfaction
- Améliorer le contenu et des délais de transmission des lettres de liaison
- Favoriser l'accès à la culture des patients hospitalisés
- Améliorer l'accès WIFI
- Proposer une mise à jour du livret d'accueil
- Améliorer le contenu du document et les modalités de désignation de la personne de confiance
- Audit des pratiques sur le respect de la confidentialité du dossier patient
- Améliorer la qualité de la restauration
- Mettre en place un atelier d'art-thérapie
- Associer les membres de la CDU à la création du site internet
- Améliorer la communication autour de la CDU
- Améliorer la prise en charge globale du décès (de l'annonce au départ du corps de la chambre mortuaire)
- Permettre aux Représentants des Usagers l'accès au fichier des Evènements Indésirables Graves (EIG)
- Organiser des « journées usagers »
- Sensibiliser les professionnels à la bientraitance
- Mettre en place des sessions de formation sur l'identitovigilance
- Rénover les locaux
- Mettre en place des tutoriels sous forme de vidéo portant sur les directives anticipées



ANNEXE 4

Exemples de propositions exprimées dans le projet des usagers

- Améliorer l'expression et développer la contribution des usagers
- Associer davantage les usagers aux réunions des nouveaux arrivants
- Améliorer l'information du patient et la traçabilité de l'information délivrée
- Améliorer la qualité de l'accueil des public en situation de handicap (notamment la signalétique)
- Mettre en place une campagne d'affichage sur les directives anticipées
- Réactualiser la charte de la bientraitance
- Développer la participation des Représentants des Usagers dans les orientations stratégiques de l'établissement
- Projet d'échange intergénérationnel avec un EHPAD



ANNEXE 5

Exemples d'actions mises en œuvre après la signature de la Charte Romain Jacob

- Affichage de la charte dans les locaux de l'établissement
- Questionnaire d'évaluation de la charte
- Consultations dédiées aux personnes à mobilité réduite
- Travaux de mise en conformité
- Sensibilisation des équipes





ARS OCCITANIE — Agence régionale de santé Occitanie —

26-28 Parc club du millénaire
1025, rue Henri Becquerel
CS 30001
34067 MONTPELLIER Cedex 2

04 67 07 20 07
www.occitanie.ars.sante.fr