

2016

# synthèse régionale des rapports d'activité

des Commissions des Relations  
avec les Usagers et de la Qualité  
de la Prise en Charge  
des établissements de santé  
de la région Occitanie

*La Loi 2016-41 du 26 janvier 2016 de modernisation de notre système de santé a ouvert une nouvelle étape en transformant les Commissions des Relations avec les Usagers et de la Qualité de la Prise en Charge (CRUQPC) en Commissions Des Usagers (CDU) au sein des établissements de santé, à effet au plus tard au 03 décembre 2016, en renforçant la place des usagers dans le secteur sanitaire.*

Dans ce contexte, la trame de recueil des rapports d'activité proposée en 2016 a anticipé les évolutions imposées par la Loi et intervient dans une période transitoire de montée en charge de l'installation des nouvelles commissions.

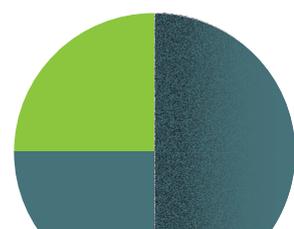
---

## PRÉAMBULE

Conformément à l'article L. 1112- 3 du Code de la Santé Publique, qui prévoit que chaque établissement de santé transmet annuellement à l'Agence Régionale de Santé le rapport d'activité de sa Commission Des Usagers, l'ARS Occitanie a proposé en 2016 à l'ensemble des établissements de la région une trame dématérialisée.

L'ensemble de ces rapports a été analysé par les services de l'ARS et les conclusions de cette analyse ont été présentées à la commission spécialisée dans le domaine des droits des usagers du système de santé de la Conférence Régionale de la Santé et de l'Autonomie (CRSA).

Sur ces bases, la commission de la CRSA a formulé des recommandations qui ont été diffusées, en lien avec l'ARS, auprès des établissements de la région.



## LES NOUVEAUTÉS 2016

La CDU dispose de nouvelles compétences par rapport aux CRUQPC :

- La présidence ou vice-présidence de la CDU peut être occupée par un Représentant des Usagers
- Elle 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 Médicale d'Etablissement (CME)
- Elle peut se saisir de tout sujet portant sur la politique qualité et sécurité, faire des propositions et être informée des suites données
- Elle est informée des événements indésirables graves et des actions menées par l'établissement pour y remédier
- Elle recueille les observations des associations de bénévoles dans l'établissement
- Elle peut proposer un projet des usagers
- Un représentant des usagers de la commission peut accompagner un patient auteur d'une réclamation lors de la médiation proposée par l'établissement de santé

La quasi-totalité des rapports CRUQPC 2016 ont été transmis à l'ARS.

Seuls **2 établissements** n'ont pas retourné le rapport d'activité de la CRUQPC.

**77%** des établissements associent les Représentants des Usagers à la rédaction du rapport d'activité.

### ACTIONS DE L'ARS

Saisine des établissements concernés

## COMPOSITION DE LA CRUQPC

La composition des CDU qui ne change pas par rapport à celle des CRUQPC, prévoit au moins :

- Le représentant légal de l'établissement ou la personne qu'il désigne à cet effet.
- Un médiateur médecin et son suppléant.
- Un médiateur non médecin et son suppléant.
- Deux Représentants des Usagers et leurs suppléants désignés par l'ARS.

Le **responsable de la politique qualité** qui dispose d'une voix consultative, est présent en CRUQPC dans 9 établissements sur 10.

D'autres membres facultatifs peuvent composer la commission, selon le statut de l'établissement :

- Le président de la Commission Médicale d'Etablissement ou le représentant qu'il désigne parmi les médecins membres de la commission. **C'est le cas dans 80% des établissements.**
- Un représentant du personnel infirmier et son suppléant. C'est le cas dans 53% des établissements
- Un représentant du personnel et son suppléant **C'est le cas dans 40% des établissements.**
- Un représentant du Conseil d'administration ou de surveillance et son suppléant.

Le mandat des membres des CRUQPC est renouvelé tous les 3 ans.

La quasi-totalité des établissements de santé ont élu un président et un vice-président et dispose d'un médiateur médical et d'un médiateur non médical. Une marge de progression reste possible puisque 10% des établissements ne disposent pas, à l'heure actuelle, de médiateur médical et non médical suppléant.



## DÉSIGNATION DES REPRÉSENTANTS DES USAGERS AU SEIN DES NOUVELLES COMMISSIONS

Conformément à l'article R. 1112-83 du Code de la Santé Publique, les représentants des usagers et leurs suppléants sont désignés pour trois ans, par le Directeur Général de l'Agence Régionale de Santé de l'Agence Régionale de Santé parmi les personnes proposées par les associations agréées d'usagers du système de santé.

La liste des associations agréées est disponible sur le site internet de l'ARS Occitanie :

[www.occitanie.ars.sante.fr](http://www.occitanie.ars.sante.fr)

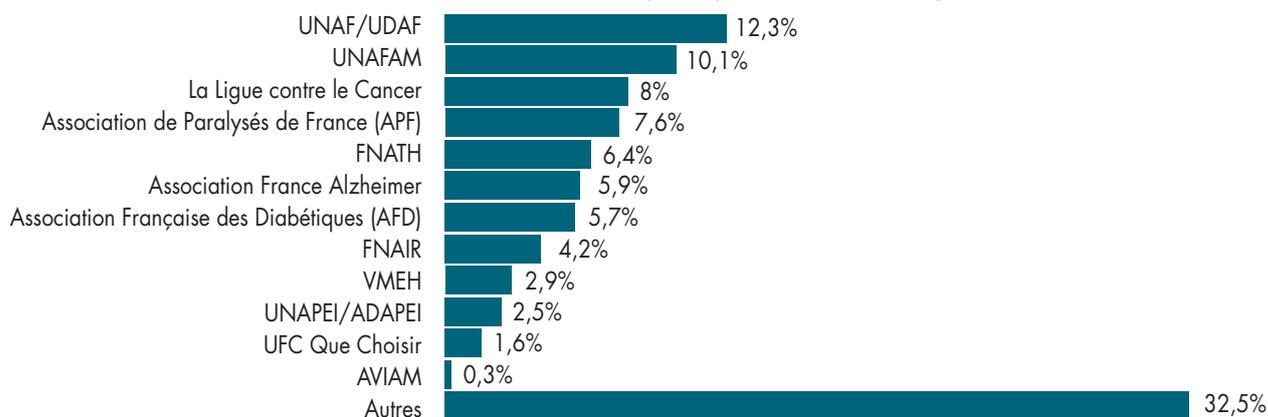
A l'heure actuelle :

- 142 établissements fonctionnent avec les 4 RU requis (50%),
- 64 établissements ne disposent que de 3 RU (23%),
- 63 établissements ne disposent que de 2 RU (22%).

**15 établissements** n'ont pas mis en place leur CDU faute de candidatures au poste de Représentant des Usagers (5%).

L'ARS Occitanie a procédé en fin d'année 2016 à une campagne de désignation des Représentants des Usagers au sein des CDU des établissements de santé de la région.

Les associations les plus représentées dans la région Occitanie :



La désignation des Représentants des Usagers repose sur une implication conjointe de l'ARS, des associations agréées et des établissements de santé.

Les associations agréées sont interpellées régulièrement par l'ARS sur les difficultés rencontrées par certains établissements de trouver

des candidats aux postes de Représentants des Usagers. La liste des postes de RU vacants est mise à jour sur le site internet de l'ARS Occitanie :

[www.occitanie.ars.sante.fr](http://www.occitanie.ars.sante.fr)

## FORMATION DES REPRÉSENTANTS DES USAGERS AU SEIN DE LA CRUQPC

Dans **43%** des établissements, les Représentants des Usagers faisant l'objet d'un premier mandat ont justifié d'une formation.

Pour une large majorité des établissements cette formation a été réalisée dans les six mois et dispensée dans la quasi-totalité des cas par les deux ex-CISS.



Cette obligation n'étant applicable qu'à compter de l'installation des Commissions Des Usagers, il est très positif qu'un si grand nombre de Représentants des Usagers ait suivi cette formation.

Un suivi en lien avec France Assos Santé Occitanie et les établissements, est mis en place par l'ARS pour s'assurer du suivi de « formation de base » par les Représentants des Usagers concernés.

Pour les autres Représentants des Usagers, les types de formations suivies sont les suivants :

- Formation Rôle du RU suivie à 45%.
- Formation Droits des Usagers suivie à 30%.
- Formation de base suivie à 15%.

## LES NOUVEAUTÉS 2016

La Loi du 26 janvier 2016 prévoit que les Représentants des Usagers suivent une formation de base délivrée par les associations agréées d'usagers du système de santé. Il s'agit d'une formation obligatoire pour tous les Représentants des Usagers désignés après le 1er juillet 2016. La liste des associations agréées habilitées à délivrer la formation de base est fixée par arrêté ministériel. La formation doit s'effectuer dans les six mois suivant la prise de mandat, et dure deux jours.

Le Représentant des Usagers n'assiste qu'une seule fois à cette formation durant son ou ses mandats.

Cette formation est conforme à un cahier des charges fixé par l'arrêté du 17 mars 2016 qui définit les objectifs généraux de la formation ainsi que son contenu pédagogique. Le cahier des charges ainsi que la liste des associations délivrant la formation sont arrêtés par le ministre chargé de la santé.

Cette formation donne droit à une indemnité versée au Représentant d'Usagers par l'association assurant la formation. Un décret détermine les modalités selon lesquelles une subvention publique est allouée à cet effet à l'association. Un arrêté du ministre chargé de la santé fixe le montant de cette indemnité.

# 2

## FONCTIONNEMENT DE LA CRUQPC

### RÉUNIONS DE LA CRUQPC

Conformément à l'article R 1112-88 du Code de la Santé Publique, la CRUQPC se réunit au moins une fois par trimestre.

A noter en 2016 que le taux moyen de participation des membres de **78%** reste stable par rapport en 2015.

Le compte-rendu de la CRUQPC est porté par la quasi-totalité des établissements à la connaissance des membres de la CRUQPC, de la Direction Qualité et très largement

de l'encadrement (dans **82%** des établissements).

#### ACTIONS DE L'ARS

Saisine des établissements concernés

**195 établissements de santé ont réuni leur CRUQPC au moins 4 fois.**

**2 établissements déclarent ne pas avoir réuni leur CRUQPC en 2016.**

Les établissements réunissant leur CRUQPC moins de quatre fois par an, justifient fréquemment cette absence de réunion par des restructurations ou réorganisations internes, des problèmes de disponibilité des membres et par la carence dans la désignation des Représentants des Usagers.

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

D'autres établissements ont indiqué avoir prévu un règlement intérieur de la CRUQPC fixant un nombre inférieur de réunions dans l'année.



#### ACTIONS DE L'ARS

Saisine des établissements ne communiquant pas le rapport de la CDU à ses membres

#### ACTIONS DE L'ARS

Rappel à ces établissements des conditions de fonctionnement de la CDU

## UNE PLACE DES BÉNÉVOLES À CONFORTER

**22%** des établissements déclarent qu'une réunion a eu lieu dans l'année avec les **bénévoles** exerçant dans l'établissement. Cette initiative doit être encouragée.

Dans plus de **62%** des établissements, la liste des bénévoles est portée à la connaissance des usagers.

## LES NOUVEAUTÉS 2016

La Loi du 26 janvier 2016 de modernisation de notre système de santé, prévoit une meilleure articulation entre Commission Des Usagers et bénévoles de l'établissement.

L'article L1112-5 du Code de la Santé Publique, prévoit que les établissements de santé facilitent l'intervention des associations de bénévoles qui peuvent apporter un soutien à toute personne accueillie dans l'établissement, à sa demande ou avec son accord, ou développer des activités au sein de l'établissement, dans le respect des règles de fonctionnement de l'établissement et des activités médicales et paramédicales et sous réserve des dispositions prévues à l'article L. 1110-11.

Les associations qui organisent l'intervention des bénévoles dans des établissements de santé doivent conclure avec ceux-ci une convention qui détermine les modalités de cette intervention.



### ACTIONS DE L'ARS

Diffusion d'un mémento sur les points clés d'un Règlement Intérieur réussi

## UN RÈGLEMENT INTÉRIEUR DE LA CRUQPC PRATIQUEMENT TOUJOURS PRÉSENT

**96%** des établissements ont constitué un Règlement Intérieur de la CRUQPC. Ce taux est stable par rapport à 2015.

- 94% d'entre eux ont associé les Représentants des Usagers à la mise à jour du Règlement Intérieur.

- 48% ont inscrit les modalités de remboursement des frais de déplacements dans le Règlement Intérieur.

## DES MODALITÉS D'ÉLABORATION ET DE DIFFUSION DU RAPPORT D'ACTIVITÉ À AMÉLIORER

Seuls **77%** des établissements ont associés les Représentants des Usagers à la rédaction du rapport, des marges de progrès existent sur ce sujet.

Près d'un établissement sur quatre présente le rapport au Conseil de Surveillance et au Conseil d'Administration.

**85%** des établissements valident le rapport en séance plénière de la CRUQPC.



# 3

## INFORMATION DES USAGERS ET DES PROFESSIONNELS DE SANTÉ

*Pour être acteur de sa santé, l'utilisateur doit pouvoir bénéficier d'une information générale sur ses droits ainsi que d'informations particulières sur sa prise en charge. Il doit pouvoir exprimer ses souhaits relatifs à la fin de vie. Pour cela, l'établissement remet à chaque patient lors de son admission, un livret d'accueil auquel est annexée la charte du patient hospitalisé.*

## UNE INFORMATION DES USAGERS SUR LE FONCTIONNEMENT DE LA CRUQPC À AMÉLIORER

L'information sur la CRUQPC figure dans le livret d'accueil pour la quasi-totalité des établissements.

Elle est affichée dans **84%** des établissements mais reste très peu disponible sur les sites internet (33%).



**2 établissements déclarent ne fournir aucune information sur le fonctionnement de la CRUQPC aux usagers.**

### ACTIONS DE L'ARS

Saisine des établissements concernés

## LES NOUVEAUTÉS 2016

Les directives anticipées – Aux termes de la Loi 2016-87 du 2 février 2016 créant de nouveaux droits en faveur des malades et des personnes en fin de vie :

- elles peuvent être rédigées par toute personne majeure ;
- elles 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'actes médicaux ;
- elles sont révisables et révocables à tout moment et par tout moyen, elles peuvent être rédigées conformément à un modèle dont le contenu est fixé par décret en Conseil d'État qui prévoit la situation de la personne selon qu'elle se sait, ou non, atteinte d'une affection grave au moment où elle les rédige ;
- elles 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 ;

Si le médecin décide de ne pas appliquer les directives anticipées, il doit solliciter un avis collégial. La décision collégiale s'impose et est inscrite dans le dossier médical ; la personne de confiance ou à défaut la famille ou les proches en sont informés.

Les conditions d'information des patients et les conditions de validité, de confidentialité et de conservation sont définies par un décret en Conseil d'État, après avis de la Commission nationale de l'informatique et des libertés. Elles sont notamment conservées sur un registre national ;

Le médecin traitant informe ses patients de la possibilité et des conditions de rédaction des directives anticipées ;

Si une personne fait l'objet d'une mesure de protection juridique, elle peut rédiger des directives anticipées avec l'autorisation du juge ou du conseil de famille. Le tuteur ne peut ni l'assister ni la représenter à cette occasion.

## L'INFORMATION SUR LA PERSONNE DE CONFIANCE EST SATISFAISANTE



L'information sur la possibilité de désignation d'une **personne de confiance** est donnée aux usagers dans 9 établissements sur 10. L'information sur les directives anticipées est à renforcer.

**La personne de confiance** - Décret n° 2016-1395 du 18 octobre 2016 fixant les conditions dans lesquelles est donnée l'information sur le droit de désigner la personne de confiance (article L. 311-5-1 du code de l'action sociale et des familles).

Toute personne majeure peut désigner une personne de confiance.

Parmi ses missions, elle pourra vous accompagner dans vos démarches liées à votre santé et, si un jour vous êtes hors d'état d'exprimer votre volonté, elle sera consultée en priorité pour l'exprimer : elle pourra recevoir l'information médicale à votre place et sera votre porte-parole.

## L'IMPLICATION DES USAGERS DANS LA RÉDACTION DES SUPPORTS D'INFORMATION EST INSUFFISANTE



Seuls **70%** des établissements associent les Représentants des Usagers à la rédaction du questionnaire d'évaluation à la sortie.

**70%** à la rédaction du livret d'accueil.

**55%** à la rédaction des fiches d'information remises aux patients.

## LA MESURE DE LA SATISFACTION DES USAGERS S'EFFECTUE AU TRAVERS DU QUESTIONNAIRE DE SORTIE ET D'ENQUÊTES DE SATISFACTION

La quasi-totalité des établissements utilisent un questionnaire d'évaluation de la satisfaction des usagers à la sortie et informent leur CRUQPC des résultats de ce questionnaire.

D'autres outils de mesure de la satisfaction des patients sont mis en place dans plus d'un établissement sur deux, tels que des bornes interactives, des

cahiers d'expression, un compte FaceBook, des fiches d'expression des usagers, des rencontres avec les Représentants des Usagers, le Médiateur ou le personnel de l'établissement («Réunions de famille», réunion «Droit d'expression des usagers», groupes de parole, déjeuner RU/ patient), des audits ou encore des enquêtes au pied du lit du patient.

# 4

## RECENSEMENT DES RÉCLAMATIONS

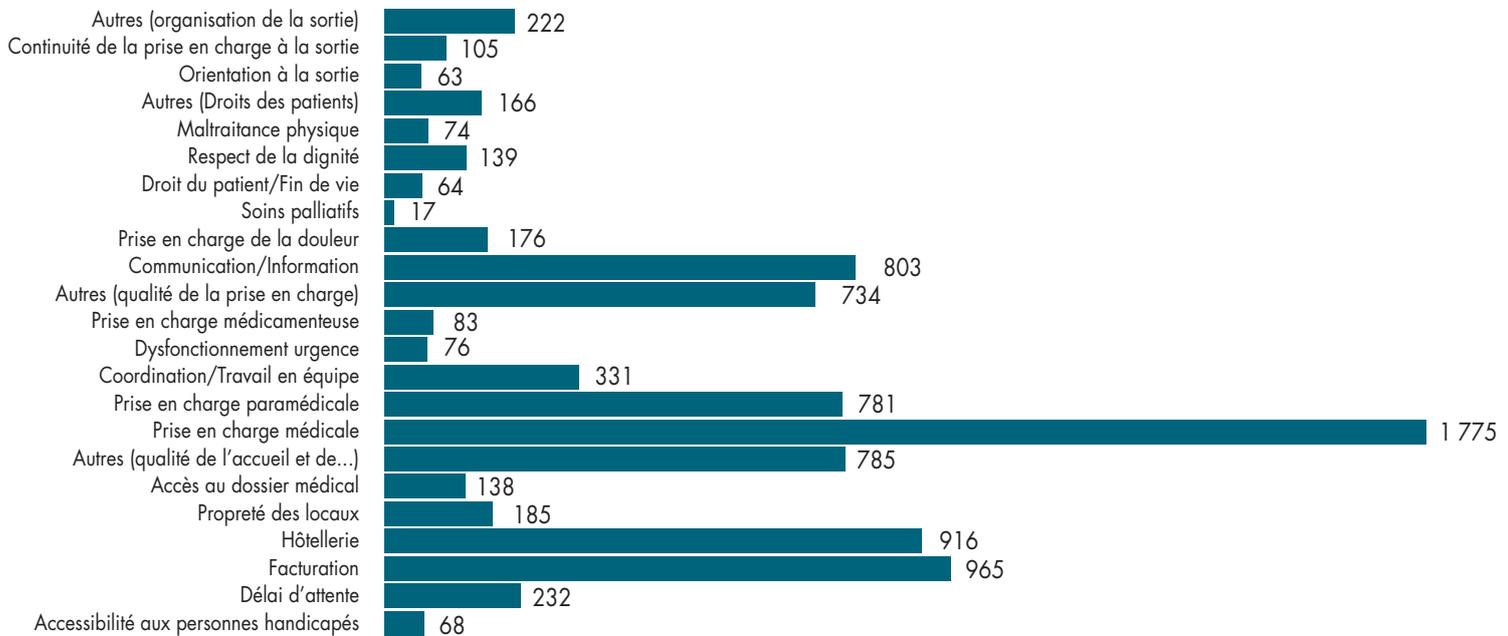
### LES MODALITÉS DE TRAITEMENT DES PLAINTES ET RÉCLAMATIONS D'USAGERS

**10 000 plaintes et réclamations** recensées avec un poids dans les entrées totales qui reste stable par rapport à 2015.

**25 établissements déclarent n'avoir reçu aucune réclamation en 2016.** Ce chiffre est stable par rapport à 2015 (27 établissements).

*La CRUQPC est informée de l'ensemble des plaintes et réclamations déposées par les usagers ainsi que des suites apportées par l'établissement.*

Répartition des plaintes et réclamations par motifs (en nombre)



**38%** du total des plaintes et réclamations reçues ont pour objet la **qualité de la prise en charge**.

**33%** la qualité de l'**accueil et de l'environnement**.

**18%** les **droits des usagers**.

**286 recours juridiques** ont été formés en 2016 contre l'ensemble des établissements de santé de la région.

**536 recours gracieux**

**303 saisines de la CRCI** (contre 241 en 2015).

**8 803 éloges** (contre 8 250 déclarées en 2015).

## TRAITEMENT DES RÉCLAMATIONS

Délai moyen d'un accusé de réception d'une plainte ou d'une réclamation : **5.3 jours**, stable par rapport à 2015.

Délai moyen d'une réponse circonstanciée : **15.7 jours** (contre 14.3 jours en 2015).

Délai moyen d'une réponse circonstanciée après médiation : **13.5 jours**.

**94%** des établissements déclarent que la CRUQPC est informée de la totalité des plaintes et réclamations reçues et déclarent avoir mis en place une procédure de gestion des plaintes et réclamations.

**78%** d'entre eux, informent les patients de la possibilité qu'ils ont d'être accompagnés par un Représentant des Usagers. La possibilité de recours à une médiation ou de saisir la CRUQPC est diffusée par la quasi-totalité des établissements.

S'agissant d'une nouveauté prévue par la Loi de 2016, l'ARS relève avec satisfaction que près de 8 établissements sur 10 prévoient dans sa procédure de gestion des réclamations, la possibilité qu'un usager puisse être accompagné d'un représentant des usagers.

**85%** des établissements déclarent que la CRUQPC est informée du nombre, de la nature et de l'issue des recours gracieux ou juridictionnels formés contre l'établissement.

L'information tant au niveau des professionnels de santé de l'établissement que des usagers reste à améliorer dans la mesure où encore une vingtaine d'établissements n'ont pas mis en place de dispositif d'information.



### ACTIONS DE L'ARS

Diffusion d'un memento sur la gestion des réclamations



## LA MÉDIATION

La médiation a pour but de faciliter le dialogue entre le patient et le professionnel de santé mis en cause. A la réception d'une plainte ou réclamation écrite, l'établissement doit informer le réclamant de la possibilité saisir un médiateur.

La médiation reste encore peu utilisée au sein des établissements de santé : **36%** des médiations proposées sont finalement réalisées.

Nombre total de **médiations proposées : 1486** (1207 en 2015),

soit **15%** des réclamations reçues par l'établissement sont suivies d'une proposition de médiation,

dont médicales : **944 (9.5%)**,  
dont non médicales : **467 (4.5%)**.

Nombre total de **médiations réalisées : 537** (contre 558 en 2015).

**51.4%** des établissements adressent le rapport de médiation au plaignant



**60.2%** le présentent systématiquement à la CRUQPC.

## LA COMMUNICATION DES DOSSIERS MÉDICAUX

L'utilisateur doit pouvoir accéder à son dossier médical. Le délai d'obtention est fixé à 8 jours pour les dossiers datant de moins de 5 ans et à 2 mois pour les dossiers de plus de 5 ans.

**20 601** dossiers médicaux ont été demandés aux établissements de santé en 2016 (contre 18 655 en 2015).

→ **80%** datent de moins de 5 ans.

**82%** des dossiers médicaux ont été adressés dans les délais légaux  
→ 61% dans le délai de 8 jours.  
→ 27% dans le délai de 2 mois.

Rappel :  
138 plaintes et réclamations reçues par les établissements portent sur des difficultés d'accès au dossier médical et représentent **1.3%** des motifs de réclamations.



# 5

## UNE DYNAMIQUE QUALITÉ INSTAURÉE AVEC LA CRUQPC

*Les CRUQPC contribuent à l'amélioration de l'accueil et de la qualité de la prise en charge des personnes malades et de leurs proches au sein des établissements de santé.*



## PARTICIPATION DE LA CRUQPC À LA POLITIQUE D'AMÉLIORATION CONTINUE DE LA QUALITÉ

**80%** des établissements déclarent que la CRUQPC s'est saisie de sujets se rapportant à la politique de qualité et de sécurité de l'établissement.



**78%** des établissements présentent le rapport d'activité de la CRUQPC à la CME.

La CRUQPC a été amenée à émettre des propositions et/ou recommandations en cours d'année, dans **70%** des établissements.

Suite aux analyses des situations présentées en CRUQPC, des actions correctives ont été mises en place en 2016, dans près de 9 établissements sur 10.

Elles portent sur :

- les procédures / protocoles dans 86% des établissements,
- l'affichage dans 53% des établissements,
- les entretiens individuels avec les professionnels dans 50% des établissements,
- les formations dans 47% des établissements.

En fin d'année, un établissement sur deux a formulé des recommandations (cf. liste en annexe).

Dans **84%** des établissements, la CRUQPC est systématiquement informée des recommandations émises et mesures correctives d'amélioration de la qualité prises par l'établissement.

## LES NOUVEAUTÉS 2016

L'article R1112-80 du CSP, modifié par le décret 2017-415 du 27 mars 2017, fixe les missions et le champ d'application des Commissions Des Usagers :

I.-La commission veille au respect des droits des usagers et facilite leurs démarches.

A ce titre, elle reçoit 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

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. A cet effet :

1° Elle reçoit toutes les informations nécessaires à l'exercice de ses missions, notamment :

a) Les mesures relatives à la politique d'amélioration continue de la qualité ainsi que les avis ou recommandations formulés dans ce domaine par les diverses instances consultatives de l'établissement ;

Dans **60%** des établissements, une présentation des EIG survenus au cours de l'année est réalisée.

Dans **72%** des établissements, la CRUQPC est systématiquement informée des actions menées par l'établissement pour remédier aux EIG.

b) Une synthèse des réclamations et plaintes adressées à l'établissement de santé par les usagers ou leurs proches au cours des douze mois précédents ;

c) Le nombre de demandes de communication d'informations médicales ainsi que les délais dans lesquels l'établissement satisfait à ces demandes ;

d) Le résultat des enquêtes concernant l'évaluation de la satisfaction des usagers

e) Le nombre, la nature et l'issue des recours gracieux ou juridictionnels formés contre l'établissement par les usagers ;

f) Une présentation, au moins une fois par an, des événements indésirables graves 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 ;

h) Les observations des associations de bénévoles ayant signé une convention avec l'établissement, qu'elle recueille au moins une fois par an.

2° A partir notamment de ces informations, la commission :

a) Procède à une appréciation des pratiques de l'établissement concernant les droits des usagers et la qualité de l'accueil et de la prise en charge ;

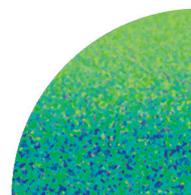
b) Recense les mesures adoptées au cours de l'année écoulée par le conseil d'administration ou l'organe collégial qui en tient lieu en ce qui concerne les droits des usagers et la qualité de l'accueil et de la prise en charge et évalue l'impact de leur mise en œuvre ;

c) Formule des recommandations, notamment en matière de formation des personnels, destinées à améliorer l'accueil et la qualité de la prise en charge des personnes malades et de leurs proches et à assurer le respect des droits des usagers ;

Rappel :

**1124** plaintes et réclamations reçues par les établissements portent sur des EIG, et représentent **11.2%** des motifs de réclamations.

Dans **37%** des établissements la CRUQPC a émis des recommandations en matière de formation des professionnels de l'établissement.



A l'heure actuelle **19** établissements se sont engagés dans une démarche de mise en place d'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. La moitié des établissements seulement a consulté les associations de bénévoles de l'établissement.

Des exemples de propositions exprimées dans le projet d'usagers sont donnés en annexe.

3° La commission rend compte de ses analyses et propositions dans un rapport

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 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.

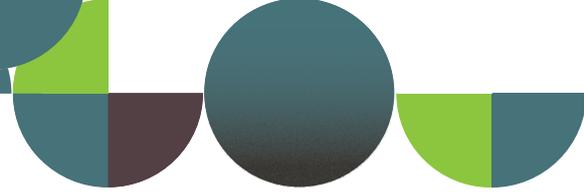
## UNE ARTICULATION SATISFAISANTE AVEC LA PROCÉDURE DE CERTIFICATION HAS



Dans **95%** des établissements, les Représentants des Usagers sont impliqués dans la démarche de certification HAS.

**97%** des établissements informent la CRUQPC des suites et résultats de la certification HAS.

**90%** des établissements associent les représentants des usagers au suivi des plans d'actions sur les thématiques Droits des patients, management qualité, sécurité et parcours patient, selon différentes modalités précisées en annexe.



## ANNEXE 1

### QUELQUES RECOMMANDATIONS FORMULÉES PAR LES CRUQPC

## ANNEXES

- Formation des nouveaux représentants des usagers
- Informatisation de la déclaration des événements indésirables
- Actions à développer en lien avec les résultats du rapport de certification V2014
- Actions à développer dans le cadre du plan VIGIPRATE (affichage, prévention de la violence)
- Révision des modalités de relance de factures aux patients
- Mise en place de la wifi, de banquettes dans le hall d'entrée
- Amélioration de la qualité et de la diversité des repas en lien avec les familles
- Amélioration de la traçabilité du recueil de la traçabilité de la personne de confiance
- Mise à jour et diffusion du livret d'accueil
- Mise en place des urnes de collecte des questionnaires d'évaluation pour améliorer le taux de retour des questionnaires
- Participation annuelle à l'organisation de la semaine de sécurité du patient
- Participation des usagers à la certification v2014
- Création de places de parking pour personne en situation de handicap
- Mise en place ou révision du règlement intérieur, du livret d'accueil du patient
- Mise en place d'un protocole de prise en charge des patients en fin de vie
- Mise en place d'un protocole de demande de dossiers médicaux
- Mise en place d'un protocole de gestion des plaintes et réclamations
- Installation d'un panneau directionnel dans le couloir pour faciliter l'orientation vers les ascenseurs
- Formalisation de groupe de parole pour le personnel pour permettre le débriefing lors de situations difficiles
- Révision du questionnaire de satisfaction
- Rédaction de la Politique et Programme d'Amélioration continue de la Qualité
- Organisation de «Rencontres et échanges avec les familles»
- Sécurisation du circuit du médicament sur l'aspect auto gestion des médicaments par les patients
- Traçabilité de l'évaluation de la douleur
- Mise à disposition du journal interne aux patients
- Incitation à la déclaration des Evènements Indésirables
- Formations à la médiation
- Mise en place des patients traceurs
- Poursuite des T-éthiques
- Création d'une Journée des Usagers
- Mise en place d'une formation sur «annonce dommages associés aux soins»
- Projet de service en réanimation/USCP intégrant la satisfaction des usagers dans un environnement spécifique
- Formalisation d'un document sur les directives anticipées
- Protocole de signalement des maltraitements, Charte de bientraitance
- Pérennisation des revues de processus

- Check-list de sortie
- Campagne d'information sur la sécurité informatique
- Mise en place de CREX ou RMM
- Amélioration de l'insonorisation des locaux
- Suivi de la prise en charge thérapeutique
- Formations Circuits des Admissions et préadmissions
- Création du passeport ambulatoire
- Mise à jour de la politique du droit des usagers
- Annulation de facturation de la chambre particulière
- Aménagement des zones d'attente
- Rénovation des locaux et des chambres et mise aux normes accessibilité
- Création d'un parcours de santé autour de l'établissement
- Création d'un jardin
- Structuration de la communication sur les plans d'actions dégagés en CDU
- Maintien de la rencontre des associations d'usagers et des professionnels
- Formalisation des entretiens professionnels
- Mise en place d'une nouvelle organisation de la collecte des questionnaires de satisfaction
- Audit sur le recueil de la personne de confiance
- Traduction en Communication Améliorée Alternative (CAA) du questionnaire de satisfaction
- Amélioration des pratiques de contention et l'appropriation des outils
- Amélioration de la communication sur le profil de la population accueillie auprès des professionnels et des patients
- Poursuite des actions d'appropriation de la charte des valeurs et l'EPP bientraitance
- Formation des membres de la CDU
- Amélioration du système de gestion des plaintes et réclamations
- Travail approfondi sur les chutes
- Sensibilisation aux règles d'hygiène.
- Diffusion du livret d'accueil adapté à tout nouveau patient quelque soit son mode d'admission
- Transcription du règlement de fonctionnement en version audio
- Appropriation du parcours de soin en ambulatoire
- Renforcer les compétences des équipes en matière de diagnostic autisme
- Prévention et meilleure prise en charge de la violence des patients
- Réflexion sur l'accès au sport
- Création d'un comité éthique
- Formations sur le risque suicidaire
- Amélioration de la promotion de la CDU
- Nomination d'un personnel référent usagers
- Systématisation des inventaires des effets personnels des patients
- Prévision d'un espace fumeur à l'entrée de l'hôpital
- Réalisation du chemin clinique soins palliatifs
- Gestion de l'urgence vitale
- Port des chaussettes de contention au lieu des bas de contention, dans la mesure du possible
- Formation continue de l'ensemble du personnel soignant
- Respect des règles de confidentialité et de savoir être
- Définir et mettre en œuvre le projet des usagers
- Développer la pratique d'enquêtes ciblées en fonction de thématiques

- Réflexion en groupe de travail sur le respect des droits des patients vulnérables (personnes âgées, enfants, handicap)
- Travail de lien avec le CLUD sur douleur-plainte
- Staffs pluridisciplinaires dans des locaux fermés
- Mise en place d'une messagerie sécurisée
- Meilleure sécurité du dossier patient informatisé
- Amélioration des locaux de la chambre mortuaire
- Protocole contention réalisé en groupe de travail
- Audit sur la conformité des mesures de restriction des libertés
- Sensibilisation des professionnels sur les règles de recueil d'un consentement éclairé (signer le consentement dans le dossier patient informatisé)
- Formalisation de l'inventaire d'entrée dans tous les services
- Installation de la nouvelle signalétique au regard des règles d'accessibilité
- Information du patient sur le bon usage de son traitement (conciliation médicamenteuse)
- Actualisation du protocole institutionnel «accueil du patient»
- Amélioration des délais d'attente des patients avec la mise en place de la pré-admission pour les patients pris en charge en ambulatoire
- Améliorer le circuit de l'information donnée au patient pendant son séjour
- Modification du questionnaire de satisfaction et d'outil de communication
- Favoriser la rencontre des patients et de leur entourage avec les représentants des usagers
- Poursuite de la présentation des événements indésirables de l'établissement en lien avec le décret de mise en place de la CDU
- Implication des représentants des usagers dans la démarche qualité et sécurité des soins de l'établissement
- Séances d'information des patients en petits groupes
- Enquête bientraitance sur la base des recommandations HAS-FORAP
- Amélioration de la qualité de la prise en charge des transports en véhicule sanitaire
- Poursuite de la sécurisation de la prise en charge des urgences
- Développement d'actions d'éducation thérapeutique
- Modification du livret thérapeutique
- Présence des représentants des usagers dans toutes les instances
- Augmentation du temps de travail du Médecin Infectiologue
- Mise en place de la permanence des RU
- Amélioration de la qualité de la literie
- Consultation des représentants des usagers dans les choix d'aménagements des chambres des patients et de l'accessibilité.
- Formalisation des réclamations orales
- Article sur les représentants des usagers dans le journal interne
- Visite des représentants des usagers auprès des patients
- Cartographie des risques sur la thématique Droit des patients en lien avec les représentants des usagers
- Programmation d'audits et de formalisation de protocoles
- Formation des membres du Comité BED (Comité Bientraitance Éthique Douleur) au Droit du Patient
- Poursuivre la formation «travail en équipe et souplesse émotionnelle»
- Réflexion sur la nutrition
- Formation AFGSU Niveau 1 pour le personnel cuisine/restauration et administration
- Amélioration de l'information du patient sur les restes à charge





- Elaboration d'un courrier automatique à remettre au patient lors de sa consultation de sortie
- Lettre de liaison obligatoire selon la nouvelle Loi santé de 2016
- Aborder avec les médecins sur la continuité des soins lors d'une arrivée le soir et le W.E.
- Recrutement des deux représentants des usagers suppléants
- Procédure sur l'information donnée pour un dommage lié aux soins et formation des médecins
- Optimisation affichage pour accès visiteurs
- Amélioration de l'accessibilité des handicapés
- Lutte contre les infections nosocomiales
- Diminution des délais d'envoi des dossiers médicaux
- Amélioration des conditions d'hébergement par la construction de nouvelles chambres répondant au besoin d'intimité des patients
- Amélioration de l'identité-vigilance par une évolution de la sécurité du système d'information
- Intégrer les résultats des indicateurs E SATIS
- Amélioration du circuit de communication des comptes rendus d'imagerie aux urgentistes et au patient
- Mise en œuvre d'un plan d'amélioration de l'accueil téléphonique
- Mise en place d'un répondeur et adresse mail pour les représentants des usagers
- Respect des protocoles «dispensation médicamenteuse» et «contrôle d'identité



## ANNEXE 2

### EXEMPLES DE PROPOSITIONS EXPRIMÉES DANS LE PROJET DES USAGERS

---

- Mise en place d'une permanence des représentants des usagers
- Elaboration d'une plaquette d'information pour les usagers
- Accessibilité et fluidité des parcours pour les patients les plus vulnérables et ceux pris en charge en ambulatoire (plan d'accueil personnalisé pour les personnes en situation de handicap)
- Contribution au développement durable : optimisation des ressources énergétiques, développement des dons à vocation humanitaire, partenariat renforcé avec les acteurs locaux...
- Audit de connaissance des droits du patient auprès du personnel suivi d'un plan d'action
- Amélioration des pratiques de contention et appropriation des outils
- Mise en place de la procédure relative à la personne de confiance et aux directives anticipées
- Meilleure communication sur le profil de la population accueillie (expliquant la déambulation) auprès des professionnels et des patients
- Organisation de la diffusion des questionnaires de satisfaction dans l'établissement
- Partenariat avec des associations pour améliorer le service rendu aux patients durant le séjour
- Participation à l'amélioration du livret d'accueil, de la confidentialité au bureau des entrées, de l'accueil des patients, de la signalétique dans l'établissement
- Mise en place de formation sur la bientraitance
- Proposition d'offres d'Education thérapeutique
- Rencontres représentants des usagers / patients (entrevue avec le patient durant le séjour)
- Communication dans le journal interne sur les actions de la thématiques Droits des patients
- Meilleure information du personnel sur les textes de Loi relatifs au don d'organe
- Recueil et analyse des besoins et attentes des usagers
- Amélioration des conditions d'hospitalisation et de vie des adolescents

## ANNEXE 3

### PRINCIPALES MODALITÉS D'ASSOCIATION DES REPRÉSENTANTS DES USAGERS À LA CERTIFICATION HAS

---

- Participation à des groupes de travail, à la Semaine de la Sécurité des Patients organisée par le Ministère des Solidarités et de la Santé
- Participation au registre des risques
- Pilotage ou co-pilotage de différentes thématiques
- Présentation en CRUQPC du compte-qualité, du rapport d'activité de la cellule qualité, des plans d'actions, du PAQSS, et/ou des thématiques Droits des patients, management qualité, sécurité et parcours patient
- Participation à l'élaboration ou à la mise à jour de la cartographie des risques
- Rencontre des experts visiteurs
- Association au remplissage et /ou à la validation du compte-qualité
- Participation à l'élaboration du plan d'actions relatif au processus «Droits des patients»
- Information des représentants des usagers par voie d'affichage ou dans le journal interne de l'établissement
- Formation à la démarche de certification
- Participation au comité bientraitance
- Participation aux revues de processus
- Temps dédié à la démarche qualité en CRUQPC
- Validation du plan d'actions relatif à l'amélioration de la qualité dans l'établissement
- Participation à l'analyse d'évènements indésirables





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](http://www.occitanie.ars.sante.fr)