

Synthèse régionale des rapports d'activité 2014

DROITS DES USAGERS ET CRUQPC



SOMMAIRE

SOMMAIRE.....	2
Introduction	5
Méthodologie	6
Le mode de transmission	6
Le modèle et le calendrier	6
Le taux de retour	7
La composition et le fonctionnement des CRUQPC	8
La composition	8
Le fonctionnement.....	15
Les représentants des usagers au sein des établissements	20
L'information.....	20
Les obligations légales	21
Les moyens matériels	22
La visibilité.....	22
La participation aux instances de l'établissement.....	23
Le traitement des réclamations et la médiation.....	25
Les réclamations	25
La médiation.....	28
La mesure de la satisfaction des usagers.....	32
Les questionnaires de sortie.....	32
Les enquêtes de satisfaction et autres outils de mesure	34
L'information et les droits des usagers au sein des établissements de santé.....	36
Les documents d'information à destination des usagers	36
La délivrance des informations médicales.....	40
Les directives anticipées	41
L'accès au dossier médical	42
Les demandes d'accès.....	42
Les modalités d'accès et procédures de communication	43
Les délais de traitement	44

La politique liée à la qualité de l'accueil et de la prise en charge des personnes	45
La sensibilisation des professionnels de santé aux droits des usagers et l'évaluation des pratiques professionnelles	45
Le respect de la dignité et de l'intimité des personnes	47
La prise en charge de la douleur	47
La promotion de la bientraitance	48
La personne de confiance	48
La prise en charge du décès	49
Les dispositifs d'accueil des publics « spécifiques »	49
L'accessibilité des locaux aux personnes à mobilité réduite.....	50
Le respect des croyances et des convictions	50
L'accompagnement des usagers au sein des établissements de santé.....	52
Les personnes chargées des relations avec les usagers	52
Les maisons des usagers.....	53
Les CRUQPC, un levier pour l'amélioration de la qualité ?	54
Le rapport d'activité annuel	54
Les recommandations émises par les CRUQPC.....	55
L'expression des membres des CRUQPC.....	57
Avis des CRUQPC sur les actions des établissements de santé ..	57
Avis des CRUQPC sur leur propre fonctionnement.....	58
Avis des responsables d'établissements sur le fonctionnement des CRUQPC	58
Conclusion.....	60
Annexe 1 – Cadre juridique	62
Les CRUQPC	62
La médiation.....	63
Le livret d'accueil.....	63
Le dossier médical	63
Les questionnaires de sortie et enquêtes de satisfaction	63
Les informations à destination des usagers	64
La personne de confiance	64

L'accès aux établissements.....	64
Annexe 2 – Répartition des associations agréées dans les CRUQPC.....	65
Annexe 3 – Focus Territoriaux	67
75 – PARIS.....	67
77 – SEINE-ET-MARNE	69
78 – YVELINES.....	71
91 – ESSONNE.....	73
92 – HAUTS-DE-SEINE	75
93 – SEINE-SAINT-DENIS.....	77
94 – VAL-DE-MARNE	79
95 – VAL-D'OISE	81
Annexe 4 – Comparaisons interdépartementales	83
Glossaire.....	93
Bibliographie	94

Introduction

Plus de dix ans après le vote de la **loi du 4 mars 2002** qui a instauré dans chaque établissement de santé public ou privé la mise en place de **Commissions des relations avec les usagers et de la qualité de la prise en charge (CRUQPC)**, le **projet de loi de modernisation de notre système de santé** débattu en 2015, prévoit la refonte de ces instances en **Commissions des Usagers (CDU)**. Ces futures commissions auront notamment pour enjeu majeur de renforcer la participation des représentants des usagers, démontrant qu'une implication croissante de la société civile est attendue dans les politiques de santé.

La **démocratie en santé** vise précisément à associer, dans un esprit de dialogue, de concertation et de réflexion partagée, l'ensemble des acteurs et usagers du système de santé dans l'élaboration et la mise en œuvre de la politique de santé.

Les CRUQPC, dont la composition et le fonctionnement ont été fixés par le **décret n°2005-213 du 2 mars 2005**, s'inscrivent pleinement dans cette démarche de démocratie en santé. Elles ont pour **mission de veiller au respect des droits des patients**, de **faciliter leurs démarches** et d'**améliorer leur prise en charge** en y associant, notamment, les **représentants des usagers (RU)**.

Conformément à l'article **L.1112-80** du Code de la santé publique, **chaque CRUQPC réalise tous les ans un bilan de son fonctionnement en rédigeant un rapport d'activité qui doit être transmis à l'Agence régionale de santé (ARS)**. Ce bilan, issu d'une concertation collective de l'ensemble des membres de la CRUQPC, est l'occasion de faire un état des lieux du fonctionnement de cette commission, de son activité, de ses moyens mais aussi d'interroger la politique des établissements en matière d'accueil, de qualité de prise en charge et de respect des droits des personnes.

Ce rapport a également vocation à être valorisé dans les différentes instances des établissements afin d'engager une politique d'amélioration de la qualité de l'accueil et de la prise en charge des patients et de leurs proches.

Avec un taux de retour de 100 % pour l'année 2014, l'Agence régionale de santé Île-de-France dispose, pour la quatrième année consécutive, d'une vision globale du respect de la réglementation relative aux droits des usagers grâce au recueil de l'ensemble des rapports d'activité. Il est néanmoins nécessaire de rappeler à cet égard que cette synthèse régionale repose sur des **données déclaratives**.

De façon générale, une dynamique volontariste des établissements est constatée mais certains acquis nécessitent d'être consolidés.

Cette synthèse régionale propose des **éléments d'analyse à la fois quantitatifs et qualitatifs** et a pour objet de dégager **les grandes tendances issues de l'analyse des 384 rapports d'activité 2014**. Elle présente **les évolutions constatées depuis 2011** et constitue un support d'élaboration d'actions conduites par l'ARS Île-de-France, en partenariat avec les établissements de santé franciliens et les instances de démocratie en santé.

Pour faciliter la lecture du document, chaque partie comprend des éléments de synthèse succincts, des rappels réglementaires ou des recommandations de bonnes pratiques. Des « Zooms » proposent par ailleurs des **éléments de définition des termes clés** des rapports d'activité. L'**annexe 3** propose un **focus territorial** sur les chiffres clés des rapports en soulignant les **points de satisfaction et de vigilance sur chaque département**. Les **comparaisons interdépartementales** complètent ces données territoriales en **annexe 4**.

Méthodologie

Le mode de transmission

Pour la quatrième année consécutive, le mode de transmission des rapports d'activité des CRUQPC s'est effectué de manière homogénéisée, **exclusivement et obligatoirement par un formulaire de saisie dématérialisé**, élaboré conjointement par l'ARS Île-de-France et ses partenaires, puis mis en ligne sur le site internet de l'Agence.

Ce **rapport en ligne** permet aux établissements de **remplir et de modifier les informations en plusieurs fois sans perdre celles déjà saisies**. Ils peuvent à tout moment revenir sur la saisie en cours et conserver une trace des données de leur rapport d'activité.

Cette démarche poursuit quatre objectifs principaux :

- simplifier la rédaction du rapport d'activité des CRUQPC pour les établissements de santé et harmoniser les contenus ;
- faciliter l'exploitation des informations recueillies par l'ARS Île-de-France ;
- améliorer la qualité et sécuriser le taux de retour des rapports ;
- améliorer la pertinence de la synthèse régionale des rapports d'activité des CRUQPC.

Le modèle et le calendrier

Après une première année d'expérimentation généralisée à l'occasion de la campagne de recueil des rapports d'activité de 2011, **la trame du formulaire est à présent stabilisée**.

Le **questionnaire** utilisé pour le recueil des données de 2014 a toutefois été **retravaillé et simplifié** sur la base de l'analyse des données issues des rapports d'activité de 2012 ainsi que des remarques formulées par les établissements de santé et la Commission spécialisée dans le domaine des droits des usagers du système de santé (CSDU) de la Conférence régionale de la santé et de l'autonomie (CRSA Île-de-France).

D'autres objectifs sont poursuivis à terme :

- améliorer la fluidité et la pertinence du questionnaire en lien avec les évolutions réglementaires ;
- améliorer son adéquation aux activités des établissements de santé ainsi qu'aux besoins de l'ARS et des instances de démocratie en santé.

Les catégories de motifs des réclamations ont complètement été revues pour simplifier le remplissage des données par les structures. **Une case de commentaire libre a été ajoutée pour renseigner de façon précise les réclamations qui ne correspondraient pas à la grille proposée.**

Ces modifications ont permis d'améliorer l'exploitation des données, d'affiner l'analyse proposée dans la synthèse régionale et de suivre les évolutions des pratiques sur plusieurs années.

Le calendrier de la période de recueil des rapports d'activité s'est concentré sur le premier semestre 2015 entre le 1^{er} avril et le 1^{er} juin afin de réaliser la synthèse avant la fin du dernier semestre 2015.

À noter : comme les années précédentes, les structures de traitement de l'insuffisance rénale chronique ne sont pas concernées par cette procédure dématérialisée car le formulaire n'est pas adapté à leur activité spécifique. Les données les concernant ne sont donc pas intégrées dans cette synthèse, ce qui n'altère en rien leur obligation de constituer une CRUQPC.

Le taux de retour¹

La **totalité** des 384 rapports d'activité des CRUQPC attendus a été recueillie.

Il convient de rappeler que ce taux a considérablement évolué depuis 2010, le taux de retour étant à cette date de 44 %. Depuis la mise en place et l'homogénéisation du formulaire informatique, les retours sont tout à fait satisfaisants et témoignent d'une volonté d'évaluation continue de la politique d'accueil et de prise en charge des personnes hospitalisées et de leurs proches de la part des établissements de santé.

Consciente de la charge de travail considérable demandée aux CRUQPC pour rassembler les données, l'ARS Île-de-France remercie les établissements de santé pour leur forte implication dans cette démarche.

Il convient de rappeler que certaines CRUQPC sont communes à plusieurs établissements de santé. Ainsi, les 384 rapports recueillis concernent le fonctionnement de 568 sites franciliens².

La méthodologie mise en place par l'ARS Île-de-France a fait ses preuves et permet un retour complet des rapports d'activité, ce qui fournit une exhaustivité des données sur la région.

Pour répondre à la demande des RU et des référents « relations avec les usagers » des établissements de santé, le formulaire de l'année à venir sera envoyé aux établissements en amont de la période de recueil des rapports³ afin de permettre aux CRUQPC de rassembler les éléments nécessaires et d'engager plus rapidement une discussion de fond avec l'ensemble des membres de la CRUQPC, en particulier les RU.

L'intégration des structures de traitement de l'insuffisance rénale chronique n'a pas encore été mise en place et sera envisagée pour l'année à venir.

1 - Pour rappel, la synthèse régionale se basait sur l'analyse de 387 rapports les années 2013 et 2012, 386 en 2011 et 320 en 2010.

2 - D'après les rapports d'activité 2014 des CRUQPC.

3 - Envoi par e-mail au cours du mois de décembre 2015, en format PDF.

La composition et le fonctionnement des CRUQPC

La composition

Rappel juridique :

Selon le Code de la santé publique⁴, la CRUQPC doit être composée *a minima* comme suit :

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

De manière facultative, les établissements peuvent décider d'y associer d'autres personnes.

Les constats des années précédentes laissaient entendre que la participation des membres obligatoires aux CRUQPC, particulièrement des représentants des usagers, n'était pas optimale. Si ce constat perdure en 2014, des efforts semblent toutefois fournis par les sites concernés pour respecter cette obligation légale.

La participation des représentants des usagers

Parmi ses missions, la CRUQPC :

- procède à une appréciation des pratiques de l'établissement concernant les droits des usagers, la qualité de l'accueil et de la prise en charge ;
- recense les mesures adoptées au cours de l'année écoulée en faveur des droits des usagers, de la qualité de l'accueil, de la prise en charge et évalue l'impact de leur mise en œuvre ;
- formule des recommandations 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 ;
- rend compte de ses analyses et propositions dans un rapport qu'elle transmet notamment à l'Agence régionale de santé et à la Conférence Régionale de la Santé et de l'Autonomie (CRSA).

4 - La composition des CRUQPC est fixée par les articles R.1112-81 à R.1112-84 du Code de la santé publique.

Des représentants des usagers siègent dans cette instance pour porter la parole des personnes malades, de leurs familles et de leurs proches, défendre leurs intérêts et contribuer à la définition des besoins, des attentes, des orientations ou des évolutions souhaitables⁵.

Les représentants des usagers et leurs suppléants sont désignés par le Directeur général de l'Agence régionale de santé parmi les personnes proposées par les associations agréées en application de l'article L. 1114-1.

Le rôle du représentant des usagers, en tant que porte-parole des patients, est primordial pour instaurer la démocratie en santé dans les établissements. Sa mission est pourtant encore méconnue des associations agréées et beaucoup de postes restent vacants.

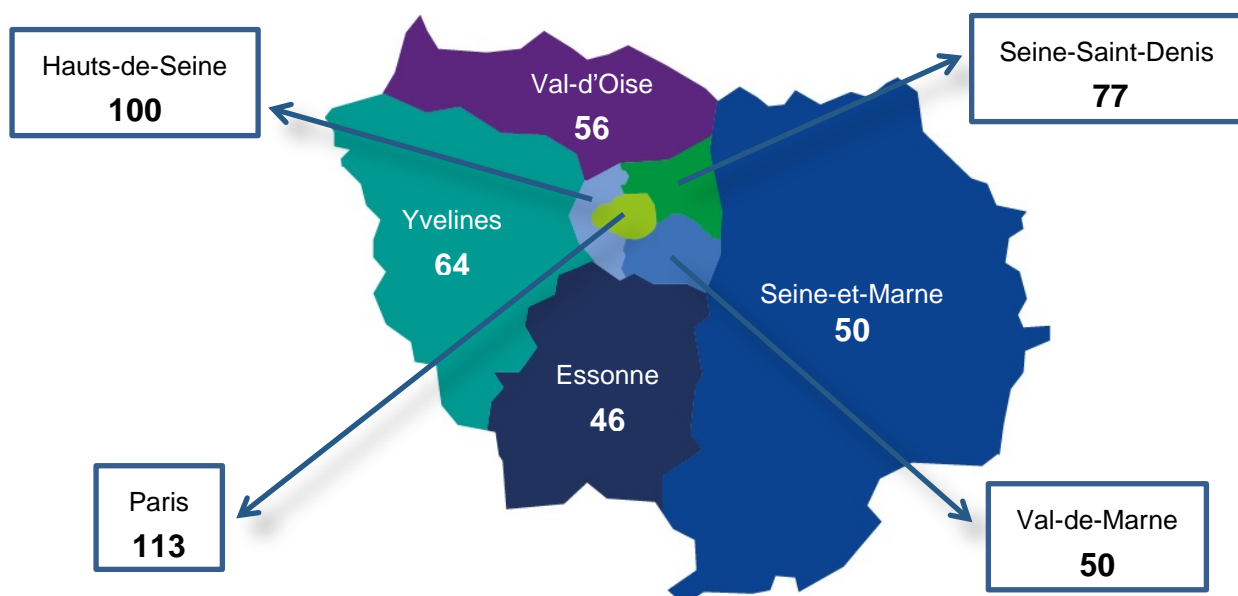
Toutefois, la tendance des dernières années confirme une amélioration dans le recrutement de représentants des usagers. **Si en 2010, le nombre de mandats vacants s'élevait à 40 %, il est de 36 % en 2014.** Des efforts restent sans conteste à réaliser pour respecter cette obligation légale mais la tendance est encourageante.

Ainsi en 2014, sur les 384 CRUQPC et les **1 536 mandats qui devaient être pourvus, 980 l'étaient effectivement et 556 étaient vacants.**

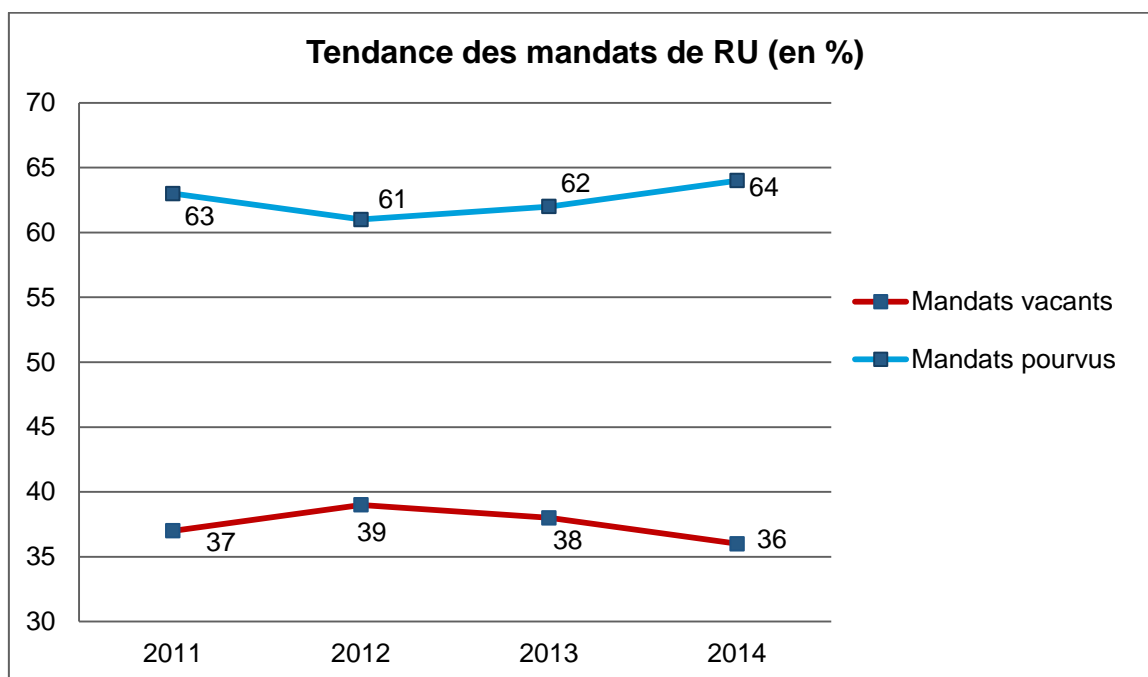
Répartition des mandats de RU en Île-de-France en 2014



Répartition des mandats vacants par territoire



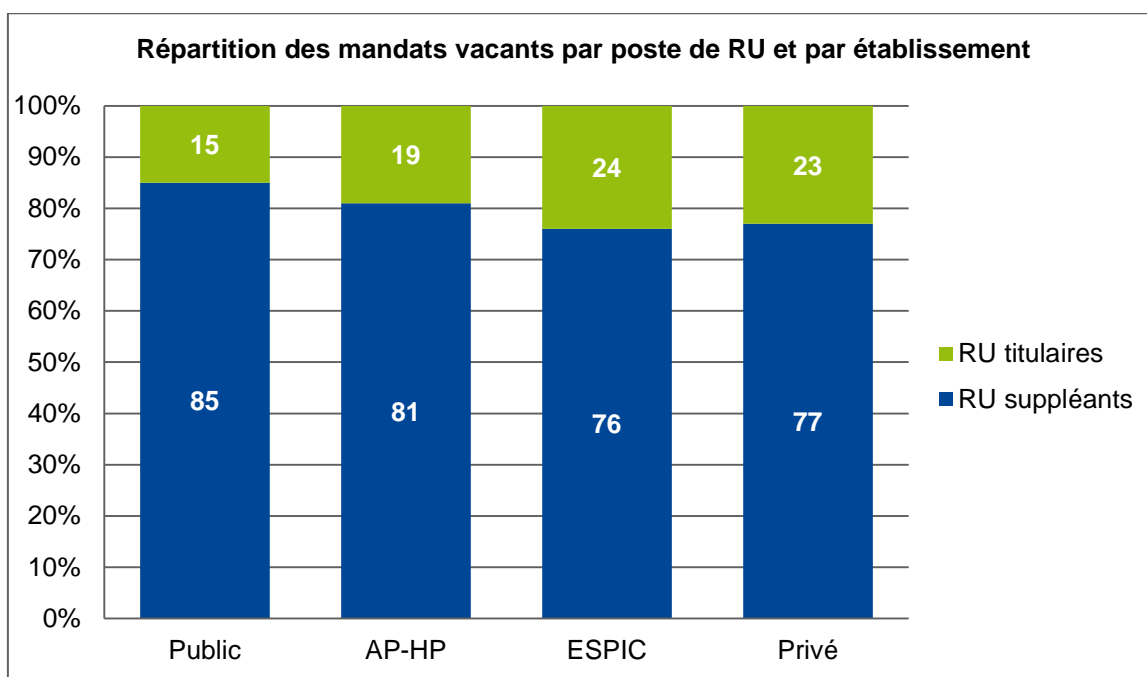
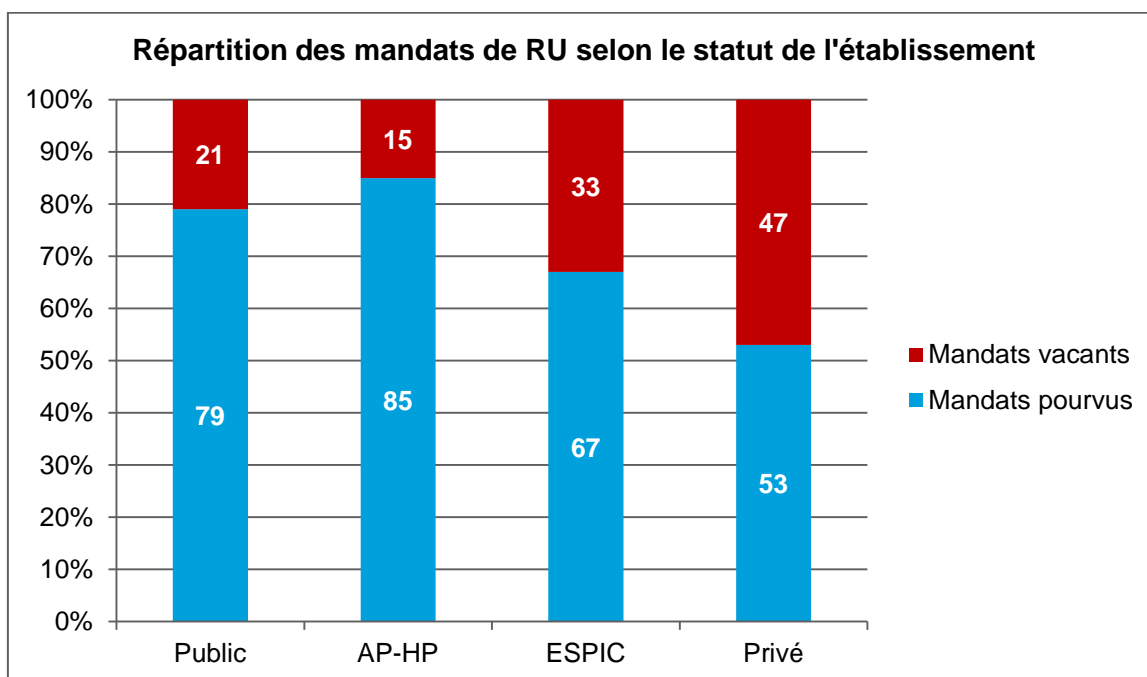
5 - Voir le Schéma de promotion de la démocratie en santé 2013-2017 de l'ARS Île de France : http://www.ars.iledefrance.sante.fr/fileadmin/ILE-DE-FRANCE/ARS/8_Democratie_Sanitaire/Schema_promotion_demo_sante_2013.pdf



La proportion des CRUQPC de la région sans le nombre de RU requis est de 72 % en 2014. On constate une légère amélioration par rapport à 2012 et 2013, où la proportion était de 74 %.

On remarque aussi que la typologie des mandats vacants varie considérablement selon le statut et la taille de la structure.

STRUCTURE	Établissements de l'AP-HP	Établissements publics	Établissements privés d'intérêt collectif (ESPIC)	Établissements privés
% de mandats vacants des RU titulaires	6 %	6 %	16 %	21 %
% de mandats vacants des RU suppléants	24 %	36 %	50 %	72 %
TOTAL	15 %	21 %	33 %	46 %



Les mandats vacants concernent essentiellement des postes de RU suppléants. La proportion de mandats vacants la plus importante se trouve dans les **établissements privés**, où elle concerne presque la moitié des RU.

On constate également que les écarts selon le type de structures sont toujours importants :

- **en fonction du statut** : 66 % des CRUQPC de l'AP-HP ont les 4 RU requis (60 % en 2013) alors que seules 13 % des CRUQPC du secteur privé remplissent cette obligation (14 % en 2013). Ces écarts se creusent en 2014.
- **en fonction de la taille** : 55 % des CRUQPC des établissements sanitaires « de grande taille⁶ » remplissent cette condition, contre 30 % des établissements de « taille moyenne » et 16.5 % des établissements de « petite taille ».

Ces disparités interrogent sur la difficulté à recruter des représentants d'usagers. Les établissements n'ayant pas les 4 RU requis dans leur CRUQPC répondent en grande majorité (81 %) ne pas avoir trouvé de représentants des usagers pour siéger dans leur instance malgré une recherche menée. Ce chiffre est en progression constante depuis 2011⁷. Moins de 5 % des établissements déclarent ne pas avoir recherché de représentants des usagers et 15 % déclarent un motif « autre » à la non désignation des 4 RU requis. Les raisons évoquées sont diverses selon les établissements mais l'analyse des commentaires inscrits dans les rapports montrent que certains d'entre eux ne se sentent pas concernés par le recrutement des 4 RU du fait de leur petite taille ou de leur faible activité. D'autres pointent des changements d'organisation et des démissions de RU.

ZOOM SUR... la journée régionale des associations agréées du 1^{er} juillet 2015⁸

Cette première rencontre avait pour objet de réunir les associations agréées afin de les sensibiliser et de les inciter à mandater des représentants des usagers au sein des CRUQPC. Les regards complémentaires des intervenants et les échanges avec la salle ont permis de faire un état des lieux partagé de la représentation des usagers et d'associer les RU et les associations au plan d'actions de l'ARS pour améliorer l'effectivité de cette représentation dans le secteur sanitaire.

Les mandats de représentants des usagers et les obligations légales

Les textes fixent deux obligations concernant les mandats des représentants des usagers :

- leur durée est de 3 ans⁹ ;
- le RU doit obligatoirement appartenir à une association agréée par la Commission Nationale d'Agrément¹⁰, au niveau national ou régional.

6 - Les catégories ont été constituées selon le nombre total d'entrées déclaré pour 2014 : plus de 35 000 entrées pour les établissements de grande taille, entre 5 000 et 35 000 entrées pour les établissements de taille moyenne et moins de 5000 entrées pour les établissements de petite taille. A savoir que le nombre d'entrées totales recouvre la totalité de l'activité de l'établissement dont l'hospitalisation complète, l'ambulatoire et l'hospitalisation de jour et inclut les passages aux urgences et les consultations externes.

7 - En 2011, 67 % des établissements déclaraient avoir mené une recherche infructueuse.

8 - Plus d'informations sur le site de l'ARS Île-de-France : <http://ars.iledefrance.sante.fr/Journee-regionale-des-associat.181789.0.html>.

9 - Cette obligation est fixée dans l'article R1112-85 du Code de la santé publique.

10 - Cette obligation est fixée par l'article L1114-1 du Code de la santé publique.

Or en 2014, ces deux points ne sont pas encore tout à fait respectés : **38 % des RU en exercice doivent renouveler leur mandat¹¹ et 85 % appartiennent avec certitude à une association agréée**. Sur ce dernier point, une tendance à l'amélioration de la transparence est constatée depuis 2011 grâce à la vigilance accrue des établissements, des associations et de l'ARS. En 2011 en effet, seulement 77 % des mandats étaient occupés avec certitude par une association agréée.

ZOOM SUR... l'agrément¹²

Depuis la loi du 4 mars 2002 et en réponse à une demande exprimée lors des Etats généraux de la santé en 1998 et 1999, les associations régulièrement déclarées et ayant une activité dans le domaine de la santé peuvent jouer un rôle dans la représentation des usagers et dans leur participation au système de santé en mandant leurs membres dans différentes instances (au niveau régional, national ou dans les établissements de santé).

A cette fin, un dispositif d'agrément a été mis en place.

Cet agrément est obligatoire pour représenter les usagers dans les instances hospitalières ou de santé publique. Il est attribué aux associations par une Commission Nationale d'agrément sur la base des critères suivants (articles L 1114-1 et R 1114-2 du Code de la santé publique) :

- une activité effective et publique en faveur de la défense des droits des personnes malades et usagers du système de santé ;
- la conduite d'actions de formation et d'information ;
- la représentativité et l'indépendance de l'association¹³.

La participation des médiateurs

Le **médiateur médecin ou non médecin** siège de droit en CRUQPC (article **R. 112-81** du Code de la santé publique) et prend part aux avis et recommandations de l'instance. De par son expérience pratique des médiations qu'il est amené à traiter, il peut proposer des recommandations pour améliorer la qualité de la prise en charge d'un patient¹⁴.

Le nombre requis de médiateurs par CRUQPC est de 4 :

- 1 médiateur **médecin** et son suppléant
- 1 médiateur **non médecin** et son suppléant

En 2014, la participation des médiateurs aux CRUQPC reste relativement satisfaisante : **85 % des mandats étaient pourvus et 65 % des CRUQPC possédaient les 4 médiateurs requis** (68 % en 2013).

Comme pour les représentants des usagers, **ce sont les mandats de médiateurs suppléants qui sont les moins pourvus**. Ainsi, 22 % des mandats de médiateurs **médecins** suppléants et 26 % des mandats de médiateurs **non médecins** suppléants étaient vacants en 2014.

11 - 38 % ont été nommés avant 2011.

12 - Pour aller plus loin, voir l'intervention de Lucien Bouis à la journée régionale des associations agréées du 1er juillet 2015 : http://ars.iledefrance.sante.fr/fileadmin/ILE-DE-FRANCE/ARS/Actualites/Agenda/journee_regionale_associations_agrees/role-commission-nationale-agrement-l-bouis.pdf.

13 - Voir le site internet de l'ARS Île-de-France : <http://www.ars.iledefrance.sante.fr/Les-associations-de-patients-e.125459.0.html>.

14 - Guide de bonnes pratiques 2012-2013 sur «la médiation médicale en établissements de santé».

Si, comme les années précédentes, la participation des médiateurs médecins est quasiment optimale avec 99 % de mandats pourvus, celle des médiateurs non médecin pourrait être améliorée, 90 % des mandats étant occupés.

ZOOM SUR... la médiation

La médiation est un processus de communication éthique reposant sur la responsabilité et l'autonomie des participants, dans lequel un tiers – impartial, indépendant, neutre, sans pouvoir décisionnel ou consultatif, avec la seule autorité que lui reconnaissent les médiateurs – favorise par des entretiens confidentiels le rétablissement du lien social, la prévention ou le règlement de la situation en cause¹⁵.

La participation des membres facultatifs

Rappel juridique :

Une liste de membres facultatifs est fixée par l'article **R.1112-81** du Code de la santé publique avec notamment le **président de la Commission médicale d'établissement (CME)**, un **représentant de la Commission du service de soins infirmiers**, un **représentant du personnel**, ou encore un **représentant du Conseil d'administration**. D'autres membres facultatifs, non cités dans les textes, peuvent également participer à la CRUQPC.

En 2014, la participation des membres facultatifs est élevée : 76 % des CRUQPC les ont fait intervenir (73 % en 2013).

Pour les membres cités dans les textes, leur participation est hétérogène. **Les présidents de la CME sont majoritairement associés à la CRUQPC même si leur participation est en baisse.** En effet, alors que leur participation s'élevait à 66 % en 2011, elle est de 54 % en 2014. Des disparités sont également constatées entre les structures. Les présidents de CME sont présents dans 76 % des établissements publics contre 34 % des établissements de l'AP-HP ou dans 61 % des grandes structures contre 45 % de celles de taille moyenne.

La participation de la Commission des soins infirmiers, de rééducation et medicotechnique est semblable à celle de l'année précédente. Elle est associée à 47 % des CRUQPC.

Les représentants du personnel sont moins nombreux aux CRUQPC et y participent à hauteur de 28 %.

Pour la deuxième année consécutive, la **participation aux CRUQPC des représentants du conseil d'administration** ou du **conseil de surveillance**, est de 21 % sur la région Île-de-France. Cette participation est en baisse significative par rapport aux années 2011 et 2012 où elle était respectivement de 92 % et 50 %.

Par ailleurs, une pluralité de membres facultatifs qui ne sont pas cités dans les textes participe à la CRUQPC, ce qui permet d'enrichir les points de vue au sein de cette instance consacrée aux usagers. Ainsi en 2014, 75 % des CRUQPC faisaient participer des personnes aux profils divers, personnels soignants ou non soignants, familles, associatifs... En moyenne, deux de ces membres facultatifs participaient à la CRUQPC.

¹⁵ - GUILLAUME-HOFNUNG, M. La médiation, Que sais-je? n°2930, PUF édit. 2000.

Le fonctionnement des CRUQPC

La formation des membres des CRUQPC

La formation des membres de la CRUQPC reste insuffisante et ne leur permet pas d'exercer pleinement leur mission. Bien que variable selon les structures, elle est globalement très faible : **seuls 19 % des médiateurs et 35 % des RU ont été formés à la CRUQPC en 2014¹⁶.**

A peine 24 % des médiateurs ont été sensibilisés à la médiation et des rencontres entre médiateurs sont organisées dans seulement 12 % des établissements de santé. Ces points sont à renforcer pour les années à venir.

La formation des RU est un axe majeur du **plan d'actions 2015/2016 de l'ARS Île-de-France**, notamment à travers :

- l'élaboration avec nos partenaires d'un cahier des charges des besoins en formation des RU ;
- le lancement d'un appel à candidatures avec financement des formations des RU.

Les réunions

Rappel juridique :

Selon l'article **R.1112-88** du Code de la santé publique, la CRUQPC « *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 [...]. La réunion est de droit à la demande de la moitié au moins des membres ayant voix délibérative* ».

Les rapports d'activité 2014 montrent que **68 % des CRUQPC se réunissent 4 fois ou plus dans l'année.** Si 31 % des établissements ne satisfont pas l'obligation légale de réaliser ces 4 réunions, l'évolution est encourageante depuis plusieurs années puisqu'en 2011, seules 47 % des CRUQPC répondaient à cette obligation. **Le nombre moyen de réunions par an et par CRUQPC est de 3.7**, ce qui se rapproche des 4 réunions obligatoires.

Pour les établissements qui ne peuvent pas se réunir 4 fois dans l'année, leurs commentaires permettent d'indiquer plusieurs raisons :

- des problèmes organisationnels bien souvent liés à des changements de direction, ou des renouvellements de membres ;
- des difficultés liées à la disponibilité des membres et à leur charge de travail ;
- la spécificité de la structure, notamment sa taille ou le nombre de réclamations reçues, qui, pour certains établissements ne nécessitent pas la tenue de réunions régulières. Il convient de rappeler à ce titre que la CRUQPC n'a pas seulement vocation à analyser les réclamations mais bien le respect des droits des usagers de façon générale dans l'établissement.

¹⁶ - En 2013, seuls 16.5 % des médiateurs et 35 % des représentants des usagers ont été formés à la CRUQPC.

La participation des membres aux réunions obligatoires

Le taux moyen global de participation des membres à la CRUQPC est de 78 %¹⁷ et celui plus spécifique des RU est de 77 %. Toutefois, les rapports 2014 montrent que les données varient sensiblement d'un établissement à l'autre et que dans certaines structures, la participation des membres est en baisse :

- 27 CRUQPC déclarent une participation de leurs membres inférieure à 50 % (8 en 2013) ;
- 17 CRUQPC ont tenu des réunions sans représentant des usagers.

Les données recueillies ne permettent pas d'analyser ces situations particulières ni les difficultés qui peuvent expliquer ce manque de participation (calendrier, organisation...). **Les visites d'une trentaine d'établissements par les membres de la CSDU, entre novembre 2015 et janvier 2016, permettront de compléter ces données sur le plan qualitatif¹⁸.**

Les directeurs d'établissements semblent s'investir davantage chaque année. En 2014, **86 % des CRUQPC déclarent que leur directeur a présidé au moins une fois une réunion**, contre 69 % en 2013 et 58 % en 2012. Toutefois, cette implication est différente selon le statut et la taille des établissements. Ainsi dans les établissements publics, seules 38 % des réunions obligatoires ont été présidées par le directeur alors que c'est le cas de 89 % des directeurs d'établissements privés. À noter que 37 % des établissements publics déclarent n'avoir eu aucune réunion CRUQPC présidée par leur directeur.

La taille de l'établissement semble également être un facteur déterminant de l'implication du directeur dans la CRUQPC : 88 % des établissements de petite taille ont déclaré voir les réunions obligatoires de la CRUQPC présidées par leur directeur alors que dans seulement 46 % des établissements de grande taille les directeurs ont présidé ces réunions obligatoires.

Les réunions restreintes

Près d'un tiers des établissements déclare privilégier le format souple des « réunions restreintes ». Elles ont l'avantage d'assurer un suivi approfondi sans le formalisme des réunions CRUQPC. Elles permettent également aux établissements d'évoquer certains sujets et travaux spécifiques en petits groupes.

Ces réunions ont lieu en moyenne une fois par an et leur fonctionnement comme leur fréquence varient d'une structure à l'autre.

Le recours à d'autres modes de travail que les réunions physiques

En 2014, le nombre de CRUQPC utilisant d'autres modes de travail a progressé. Près de 57 % des CRUQPC déclarent recourir à des modes de travail autres que les réunions physiques alors qu'elles étaient 45 % en 2013. Il s'agit essentiellement d'échanges d'e-mails et de conférences téléphoniques.

17 - Le taux de participation global est en légère baisse par rapport à 2013 où il s'élevait à 80 %.

18 - Dans le cadre de l'obligation légale de produire un rapport annuel sur le respect des droits des usagers, la CSDU de la CRSA Île-de-France a décidé, depuis 2012, d'interviewer chaque année un certain nombre d'établissements pour compléter et conforter le travail de synthèse réalisé par l'ARS Île-de-France.

La visibilité en interne et les liens avec les autres instances

85 % des établissements ont transmis des informations sur l'existence, le rôle et la composition de la CRUQPC à leur personnel. Aucune évolution n'est constatée par rapport à l'année précédente¹⁹ alors que la connaissance de la CRUQPC par le personnel est essentielle pour l'information des usagers et la visibilité de l'instance en interne.

Les moyens mis en place pour communiquer sur la CRUQPC au personnel sont avant tout :

- la communication orale et les réunions pour 76 % des établissements ;
- l'affichage pour 73 % des établissements ;
- le livret d'accueil pour 72 % des établissements.

Le journal interne et l'intranet sont également utilisés par près de la moitié des établissements. Certaines structures utilisent quant à elles des supports spécifiques, telles que des plaquettes sur la CRUQPC. Les divers événements comme la *semaine de la sécurité du patient*, les formations sur les droits des usagers ou le séminaire d'accueil des nouveaux personnels sont autant d'occasions pour évoquer la CRUQPC avec les personnels.

La visibilité de la CRUQPC auprès du public

Rappel juridique :

D'après 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 de l'Agence régionale de santé. Elle est remise à chaque patient avec le livret d'accueil, dans un document qui reproduit les dispositions des articles R.1112-91 à R.1112-94 et précise leurs modalités d'application au sein de l'établissement ».

89 % des établissements déclarent afficher la liste nominative et actualisée des membres de la CRUQPC dans les lieux fréquentés par les usagers de l'établissement. Elle est remise à chaque patient avec le livret d'accueil dans 70 % des établissements et disponible sur le site internet de 39 % des structures. Ces chiffres augmentent chaque année depuis 2012²⁰.

Les coordonnées téléphoniques d'une personne contact sont mises à disposition dans 79 % des établissements. Les coordonnées des représentants des usagers seraient mises à jour dans 75 % des établissements et celles des médiateurs dans 70 % des cas. Une évolution positive est notée par rapport à 2013 où ces chiffres étaient respectivement de 74 %, 68 % et 62 %.

¹⁹ - Ce taux atteignait 96 % en 2011.

²⁰ - En 2013, 87 % des établissements déclaraient afficher la liste nominative et actualisée des membres de la CRUQPC dans les lieux fréquentés par les usagers, 69 % l'intégraient dans le livret d'accueil et 32 % la rendaient disponible sur Internet. En 2012, ces chiffres étaient respectivement de 85 %, 66 % et 32,5 %.

Afin de valoriser l'activité des CRUQPC auprès des usagers, il est essentiel de les informer des travaux menés.

Les principaux moyens utilisés sont :

- le livret d'accueil pour 88 % des CRUQPC (85 % en 2013) ;
- l'affichage pour 80 % des CRUQPC (77 % en 2013) ;
- le site internet de l'établissement pour 42 % des CRUQPC (40 % en 2013) ;
- la communication orale et les réunions pour 41 % des CRUQPC (37 % en 2013).

D'autres supports d'information tels que des brochures ou des plaquettes de présentation sont utilisés dans certains établissements.

ZOOM SUR... la participation des RU aux travaux sur les droits des usagers

Certains établissements sollicitent leurs RU sur divers sujets relatifs aux droits des usagers : visites de certifications HAS, groupes de travail sur la satisfaction des usagers etc. Cela traduit une forte implication et une véritable plus-value du rôle des RU dans ces structures.

Les informations communiquées aux CRUQPC

Rappel juridique :

L'article **R.1112-80** du Code de la santé publique précise que « *toutes les informations nécessaires à l'exercice de ses missions* » doivent être communiquées à la CRUQPC. Plus particulièrement, « *l'ensemble des plaintes et réclamations adressées à l'établissement de santé [...] ainsi que les réponses qui y sont apportées [...] sont tenues à disposition des membres de la commission* ».

L'accès au registre des réclamations est toujours globalement satisfaisant en 2014 : **seuls 4 % des établissements n'y donnent pas accès**²¹. Celui-ci est indispensable aux membres de la CRUQPC pour identifier le type de réclamations reçues au sein de l'établissement et les réponses qui ont été apportées.

En ce qui concerne les **événements indésirables graves (EIG)**, une meilleure information a été communiquée aux CRUQPC : 86 % d'entre elles ont informé leurs membres de leur survenue en 2014 contre 82 % en 2013. Des efforts restent toutefois à fournir de la part des 14 % ne faisant pas encore circuler cette information.

²¹ - Ce chiffre est identique à celui de 2013.

ZOOM SUR... la future Commission des usagers (CDU)

Inscrite dans le projet de loi de modernisation de notre système de santé (Article 44), elle prévoit :

- Une consultation sur les actions correctives mises en œuvre pour lutter contre les événements indésirables graves (EIG) ;
- Un pouvoir d'auto-saisine sur tout sujet relatif à la politique de la qualité et de la sécurité de l'établissement ;
- Un droit de suite portant sur les propositions qu'elle a établies, sur les plaintes qu'elle a instruites et sur les suites données par l'établissement en cas de survenues d'EIG.

Comme les années précédentes, le fonctionnement même de la CRUQPC reste à renforcer, avec une pénurie de RU dans un certain nombre d'établissements. L'ARS s'est engagée à ce titre en 2015 dans une démarche de clarification des désignations des RU et de communication sur les représentants des usagers auprès des associations agréées²².

Un point central reste celui de la formation des membres, qu'il s'agisse des RU ou des médiateurs.

La visibilité de la CRUQPC reste encore à renforcer auprès du public, de ses interlocuteurs mais également auprès de l'établissement lui-même, pour faire connaître son action. Sa participation aux autres instances de l'établissement serait vecteur d'une implication forte et complète sur les thématiques relatives aux droits des usagers et à la qualité de la prise en charge.

22 - Voir la [procédure](#) et le [courrier type](#) de demande de désignation sur le site internet de l'ARS Île-de-France, à la rubrique « Comment désigner un représentant des usagers » : <http://www.ars.iledefrance.sante.fr/Les-representants-des-usagers.125446.0.html>.

Les représentants des usagers au sein des établissements

Les représentants des usagers, membres bénévoles d'une association agréée, ont pour mission de porter la parole des usagers de l'établissement de santé et de contribuer de manière efficace, constructive et pertinente au fonctionnement de la CRUQPC²³.

Pour cela, il incombe à l'association qui a mandaté un représentant des usagers au sein d'une CRUQPC de l'informer, le former et le soutenir dans l'exercice de ses missions.

L'implication des établissements de santé est également nécessaire pour permettre aux représentants des usagers d'acquérir, entre autre, une bonne connaissance du fonctionnement de l'établissement et de leur faciliter l'accès aux informations nécessaires à l'exercice de leur mandat. La qualité de leur participation dépend ainsi de la place qui leur est accordée et des moyens déployés pour les accompagner dans leur mandat²⁴.

L'information

En 2014, l'information des représentants des usagers semble très satisfaisante sur :

- **l'organisation et le fonctionnement de l'établissement** : 99 % des établissements déclarent avoir informé leurs représentants sur ce sujet (98 % en 2013) ;
- **le rôle et le fonctionnement de la CRUQPC** : 99 % des établissements déclarent avoir informé leurs représentants sur ce sujet (98 % en 2013) ;
- **le rôle du représentant des usagers dans la CRUQPC** : 98 % des établissements déclarent avoir informé leurs représentants sur ce sujet (*idem* en 2013) ;
- **leurs droits et leurs obligations** : 95 % des établissements déclarent avoir informé leurs représentants sur ce sujet. Des progrès notables ont été réalisés depuis quatre ans, puisqu'en 2011, 64 % des établissements déclaraient avoir informés leurs RU sur ce sujet.

23 - Voir les recommandations émises dans « Le Guide de Bonnes Pratiques sur la participation des représentants des usagers en CRUQPC », ARS-CRSA Île-de-France, 2013 : http://ars.iledefrance.sante.fr/fileadmin/ILE-DE-FRANCE/ARS/8_Democratie-Sanitaire/CRUQPC/Guide_de_bonnes_pratiques_Impress_Recto_verso.pdf.

24 - Voir le rapport de l'ORS Île-de-France sur les représentants des usagers dans les CRUQPC : pratiques et représentations de leurs missions : <http://www.ors-idf.org/dmdocuments/2012/DemocratieSanitaire.pdf>.

Les obligations légales

Rappel juridique²⁵ :

Le droit au congé de représentation

L'article **L. 1114-3** du Code de la santé publique (CSP) permet aux salariés membres d'une association qui siègent dans les instances hospitalières ou de santé publique, de s'absenter pour participer aux réunions, tout en percevant, en cas de diminution de leur rémunération du fait de ce mandat, une indemnité de l'Etat compensant totalement ou partiellement cette baisse.

L'employeur est tenu d'accorder au représentant des usagers le temps nécessaire pour participer aux réunions des instances dans lesquelles il siège, dans la limite de neuf jours ouvrables par an, temps de trajet inclus.

Le droit au défraiement

En application de l'article **R. 1112-90** du CSP, les représentants des usagers peuvent être indemnisés au titre des frais de déplacement engagés dans le cadre de leur mission.

Le droit à la formation

Pour exercer leur mandat de manière efficace au sein des instances et être des interlocuteurs écoutés des institutions, les représentants des usagers ont droit à une formation leur facilitant l'exercice de ce mandat (article **L. 1114-1** du CSP).

En dépit de la possibilité pour les RU de bénéficier du **congé de représentation**, **ce droit est sous-utilisé en Île-de-France :**

- **seul 1 établissement sur 384 déclare avoir versé des indemnités de congés de représentation aux RU en 2014 ;**
- **22 % des établissements n'accordent pas ce droit à leurs RU ;**
- **34 % des RU n'ont pas demandé ces indemnités ;**
- **43 % des établissements se disent non concernés par cette obligation dans la mesure où leurs RU n'exercent pas d'activité professionnelle (47 % en 2013).**

En ce qui concerne le **droit au défraiement** :

- **17 % des établissements déclarent avoir remboursé des frais de déplacement aux RU (20 % en 2013) ;**
- **53 % déclarent que les RU n'ont pas demandé ce remboursement ;**
- **21 % n'indemnisent pas encore leurs RU.**

Comme en 2013, **les frais de formation** des RU ont été **pris en charge par 21 % des établissements franciliens**. Cette prise en charge financière, qui n'est pas une obligation légale des établissements, a néanmoins diminué par rapport à 2012 où elle concernait 34 % des structures de la région.

25 - Voir la note « le représentant des usagers, son rôle et ses droits » du ministère des Affaires sociales, de la Santé et des Droits des femmes, disponible sur : http://www.sante.gouv.fr/IMG/pdf/Fiche_le_representant_des_usagers-3-2.pdf.

Les moyens matériels

Comme les années précédentes, les moyens alloués à la représentation des usagers sont globalement insuffisants et aucune évolution notable n'est constatée sur ce sujet en 2014.

Ainsi :

- **la moitié des établissements ne met aucun moyen matériel à disposition des RU** (téléphone, ordinateur, imprimante...) ;
- **seulement 20 % des établissements mettent à disposition des RU un local réservé** bien qu'une trentaine d'établissements déclarent leur attribuer une salle de réunion lorsqu'ils en font la demande ;
- **seul 1 RU sur 5 dispose d'une adresse e-mail générique de l'établissement.**

Certains établissements, plus rarement, mettent d'autres moyens à disposition des représentants des usagers tels que des badges nominatifs, des cartes de visite, des fax et imprimantes ou encore des places de parking.

La visibilité

La visibilité interne des représentants des usagers s'améliore légèrement en 2014 : **70 % des établissements ont déclaré que leurs RU avaient été présentés aux personnels de l'établissement** (contre 68 % en 2013 et 61 % en 2012) et **87 % ont affirmé que les RU étaient connus des personnes chargées du standard et de l'accueil** (contre 86 % en 2013, 84 % en 2012 et 75 % en 2011).

La connaissance des RU par les équipes soignantes reste toutefois à renforcer bien qu'une légère avancée soit constatée par rapport à 2013 : **39 % des établissements assurent que des échanges ont été organisés entre les RU et le personnel soignant** en 2014 contre 33 % en 2013.

En ce qui concerne la visibilité des RU auprès du public, elle reste globalement faible bien que variable selon les établissements et l'implication des RU. Ainsi, 83 % des établissements de l'AP-HP déclarent que leurs RU vont à la rencontre des usagers contre seulement 56 % des établissements franciliens tous statuts confondus (50 % en 2013). D'autre part, **seulement 22 % des établissements déclarent que des temps de permanence avec les RU sont organisés auprès du public** (18 % en 2013).

Il convient de rappeler que le contact des RU avec les usagers est soumis à l'appréciation de l'établissement. Il est préconisé que le RU adopte une posture proactive en allant à la rencontre des usagers et des personnels de l'établissement pour recueillir leurs points de vue. Cela doit toutefois se faire sous réserve de l'accord de la Direction de l'établissement et/ou du service concerné et/ou de l'utilisateur, à l'exception des parties communes²⁶.

26 - Voir le Guide de bonnes pratiques sur la participation des représentants des usagers en CRUQPC, p.9 : http://www.ars.iledefrance.sante.fr/fileadmin/ILE-DE-FRANCE/ARS/8_Democratie-Sanitaire/CRUQPC/Guide_de_bonnes_pratiques_Impress_Recto_verso.pdf.

La participation aux instances de l'établissement

La participation des RU aux instances de l'établissement est assez hétérogène selon le statut et la taille de la structure.

De façon générale, leur participation est assez faible et peu de représentants des usagers sont invités :

- au Conseil d'administration (9 %) ;
- à la Commission médicale d'établissement (CME) (8 %) ;
- au Comité d'hygiène de sécurité et des conditions de travail (CHSCT) (4 %).

Une participation plus importante est remarquée :

- au Comité de lutte contre les infections nosocomiales (74 %) ;
- au Comité de liaison alimentation nutrition (CLAN) (43 %) ;
- au Comité de lutte contre la douleur (CLUD) (36 %) ;
- au Conseil de surveillance (22 %) ;
- à la Coordination des vigilances et risques sanitaires (COVIRIS) (28 %).

Rappel juridique :

La participation des représentants des usagers au Conseil d'administration des établissements privés n'est pas obligatoire.

En revanche, **au moins deux représentants d'usagers** (qui peuvent être différents des membres de la CRUQPC) **doivent nécessairement siéger au Conseil de surveillance des établissements publics de santé** (articles L. 6143-1 à L. 6143-6 du Code de la santé publique).

Toutefois, 38 % des CRUQPC invitent leurs RU à d'autres commissions et groupes de travail concernant notamment le droit des usagers, le comité de pilotage qualité, le comité éthique ou encore les réunions relatives à la préparation de la certification HAS.

CHIFFRES CLÉS

98 % des CRUQPC déclarent avoir informé leurs RU sur leur rôle attendu dans la CRUQPC
70 % des CRUQPC déclarent que leurs RU ont été présentés aux personnels de l'établissement
50 % des établissements ne mettent aucun moyen matériel à disposition des RU
Seul 1 RU sur 5 dispose d'une adresse e-mail générique de l'établissement

ZOOM SUR... le rôle du RU dans la lutte contre les infections nosocomiales²⁷

Le RU a un double rôle, qu'il soit en Comité de Lutte contre les Infections Nosocomiales (CLIN) quand il existe, ou en CRUQPC : partenaire dans la prévention, l'information et la communication autour des infections nosocomiales, il permet d'avoir un regard transversal sur la lutte contre le risque infectieux au sein de l'établissement.

Si l'information des RU sur leurs droits et leur rôle semble bien connue, leur place est à renforcer au moyen d'une meilleure visibilité interne et externe et de l'octroi de dispositifs matériels pour faciliter leur travail au sein de la structure.

27 - Voir le guide du CISS « Représenter les usagers à l'hôpital : le guide du RU en CS, CAL, CLIN, CLAN, CLUD, COVIRIS », disponible sur : <http://www.leciss.org/node/1628>.

Le traitement des réclamations et la médiation

Rappel juridique :

La CRUQPC « est informée de l'ensemble des plaintes et réclamations formées par les usagers de l'établissement ainsi que des suites qui leur sont données » (article **L.1112-4** du CSP).

Les modalités d'examen des plaintes et réclamations dans les établissements de santé sont régies par les articles **R.1112-91 à 94** du Code de la santé publique. Parmi les obligations des établissements, il est précisé que « *tout usager doit être mis à même d'exprimer oralement des griefs* ». Dans ce cas, la réclamation doit être consignée par écrit par l'établissement de santé afin d'être communiquée à son représentant légal.

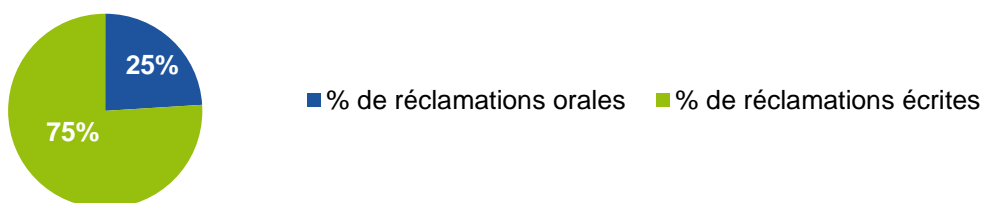
Par ailleurs, à la réception d'une réclamation écrite, le représentant légal de la structure doit informer le requérant dans les meilleurs délais de la possibilité de saisir un médiateur ou l'informer qu'il procède à cette saisie. En cas de médiation, un compte-rendu de médiation doit être adressé dans les 8 jours au président de la CRUQPC ainsi qu'à ses membres.

Les réclamations

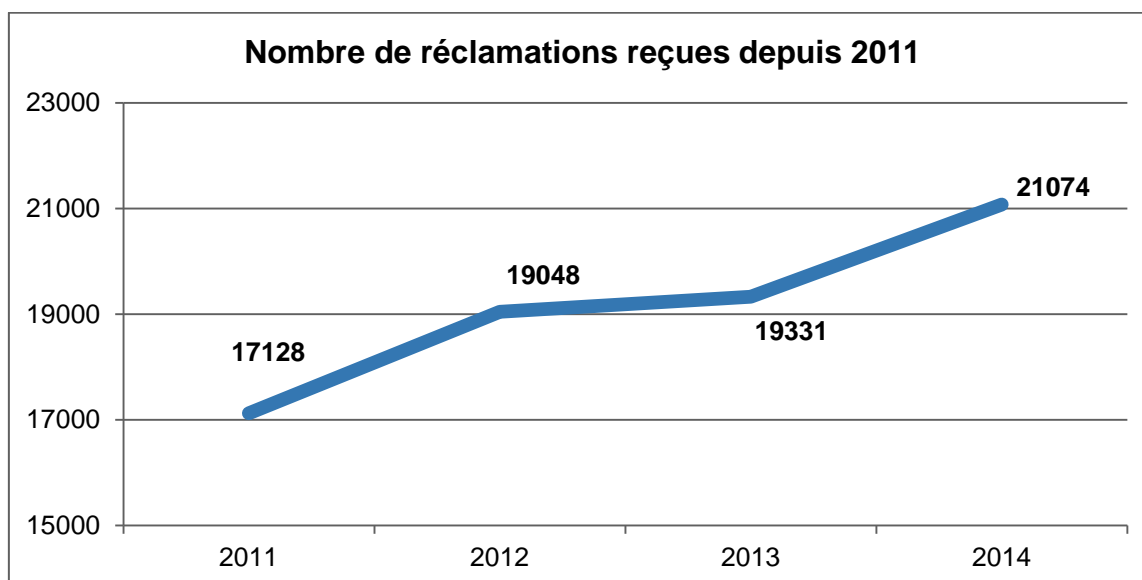
Les réclamations en 2014

En 2014, **21 074 réclamations ont été déclarées dans les rapports CRUQPC**, dont 5 292 réclamations orales et 15 782 réclamations écrites.

Répartition des réclamations reçues en 2014



Depuis 2011, le nombre de réclamations recensées est en constante augmentation, **passant de 17 128 réclamations à 21 074 en 2014** (+ 3 946 réclamations en quatre ans).



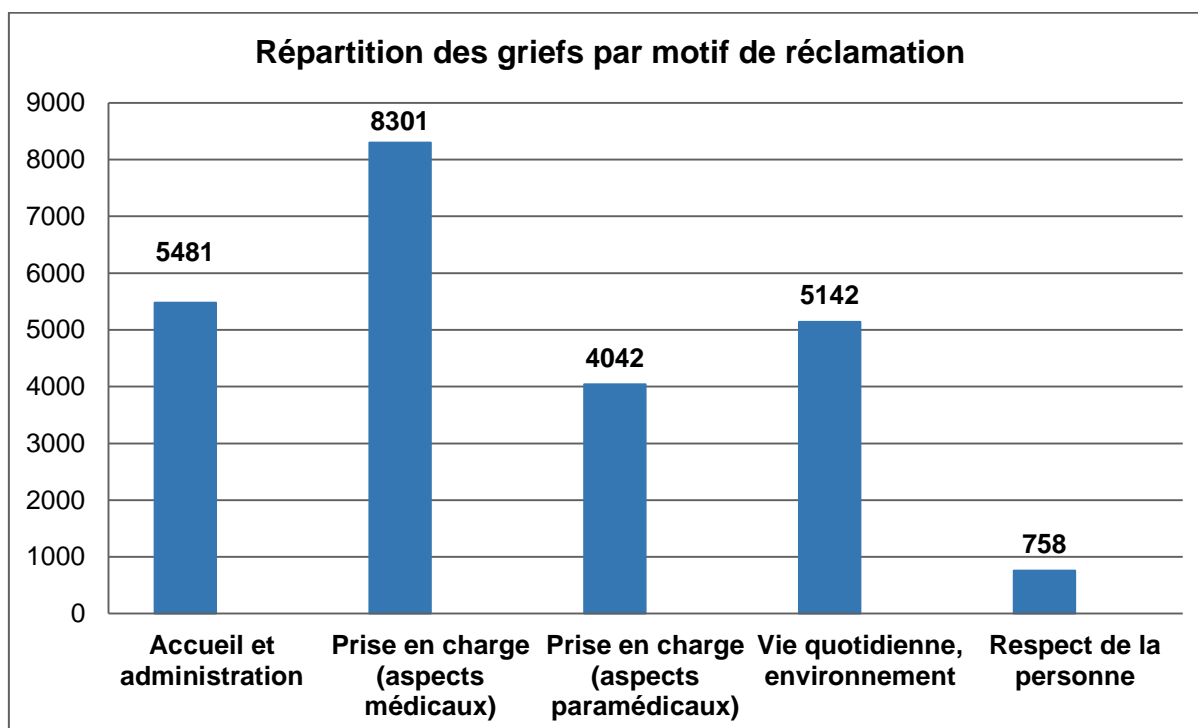
Cette hausse est à interpréter avec prudence puisqu'elle peut être le résultat de plusieurs causes : une meilleure communication auprès des usagers sur les possibilités de formuler des réclamations ou un recensement plus exhaustif des établissements de santé.

Le nombre de réclamations reçues varie sensiblement selon la taille de la structure. Quand un établissement toutes tailles confondues a reçu en moyenne 55 réclamations en 2014, un établissement de taille moyenne (entre 5 000 et 35 000 entrées) en a reçu 147.

L'état des lieux des réclamations par motif

En 2013, il avait été souligné que 20 % des réclamations avaient été enregistrées pour des motifs « autres » que ceux proposés dans le questionnaire, démontrant ainsi une inadéquation de la grille proposée.

Le formulaire de saisie 2014 a donc été simplifié pour tenter de proposer des catégories de réclamations moins nombreux et plus significatifs. Une case « commentaire » libre a également été ajoutée pour les établissements dont les motifs de réclamations seraient « autres ». En 2014, 8 % des réclamations ont été enregistrées dans cette catégorie. Les commentaires libres des établissements permettront notamment à l'ARS d'affiner les motifs de réclamations.



NB : Une réclamation peut porter sur plusieurs griefs. En 2014, les 21 074 réclamations concernaient au total **23 724 griefs**.

De façon plus détaillée, 6 motifs principaux de réclamations se dégagent de l'analyse :

1. **La facturation** : 10 % des réclamations (7 % en 2013)
2. **La perte, le vol ou les dégâts sur des objets** : 9 % (6 % en 2013)
3. **Les relations avec le médecin et le personnel** : 6.5 % (10 % en 2013)
4. **L'accès au dossier médical** : 6 % (3.3 % en 2013)
5. **L'information du malade et de la famille** : 5 % (3 % en 2013)
6. **Le mécontentement sur les prestations hôtelières** : 5 % (2.4 en 2013)

Le recensement et le traitement des réclamations en 2014

82.5 % des établissements déclarent organiser le recensement des réclamations orales. Ce recensement est mieux pris en compte depuis 2013 (82 % en 2013 contre 78 % en 2012) bien qu'environ **17.5 % des établissements n'organisent toujours pas cette procédure en 2014**.

Comme en 2013, **96 % des structures déclarent avoir mis en place une procédure formalisée pour traiter les réclamations orales et écrites**. Cette procédure est connue des services de soins pour 97 % des établissements (96 % en 2013). **Le registre des réclamations est par ailleurs accessible à tous les membres de la CRUQPC dans 96 % des structures**.

En ce qui concerne la connaissance des procédures de traitement des réclamations par les usagers, des améliorations sont notées en 2014. **91 % des établissements déclarent que la procédure relative aux réclamations est connue du public**, alors qu'ils étaient 85 % en 2013. Les établissements ne sont plus que 4 à déclarer que cette procédure n'est connue ni des usagers, ni des services de soins (8 en 2013).

Les délais de réponse aux réclamations

Concernant les délais de réponse aux réclamations, une dégradation est constatée en 2014. De 15 jours depuis 2012, **le délai moyen est de 16.5 jours en 2014**. Ce délai varie significativement d'une structure à l'autre, pouvant aller jusqu'à 159 jours dans certains établissements. **Plus la structure est importante, plus le délai de traitement est allongé²⁸**.

Concernant le traitement des réclamations, **78 % des réclamations reçues ont fait l'objet d'une réponse écrite** (contre 71 % en 2013). Ceci peut s'expliquer par le fait que dans la pratique, certains établissements traitent directement les réclamations en recevant le plaignant.

L'utilisation des enquêtes internes et des actions correctives

En 2014, **82 % des réclamations reçues ont fait l'objet d'une enquête interne**. C'est moins que l'année précédente (86 % en 2013).

Certains motifs de réclamations ont plus souvent fait l'objet d'une enquête interne :

- **94 % des réclamations sur les discriminations pendant le séjour**
- **89 % des réclamations sur la qualité des soins paramédicaux**
- **91 % des réclamations liées aux infections nosocomiales**
- **90 % des réclamations liées au non recueil du consentement**
- **89 % des réclamations sur l'accompagnement de fin de vie**
- **88 % des réclamations liées à la facturation**
- **88 % des réclamations sur la contestation du diagnostic médical**
- **88 % des réclamations sur la perte, le vol ou la dégradation d'objet**
- **88 % des réclamations sur la prise en charge de la douleur**
- **88 % des réclamations sur les accidents thérapeutiques et séquelles**

En ce qui concerne la **mise en place d'actions correctives**, pouvant s'inscrire dans une démarche d'amélioration des pratiques suite aux retours des usagers, on constate qu'elle est relativement faible et en baisse constante depuis plusieurs années. **15 % des réclamations ont fait l'objet de mesures correctives de la part de l'établissement** en 2014 contre 25 % en 2011.

Les motifs de réclamation donnant lieu à des mesures correctives sont essentiellement ceux qui concernent la prise en charge paramédicale (nursing surveillance, divergence sur les actes paramédicaux...) **et le respect de la personne** (maltraitance, discrimination, respect de la dignité et de l'intimité de la personne hospitalisée...).

La médiation

La médiation en milieu hospitalier n'a pas pour finalité d'éviter le recours contentieux mais de garantir les conditions d'un dialogue²⁹.

28 - Le délai moyen de traitement d'une réclamation est de 12 jours dans une petite structure et de 26 jours dans une grande.

29 - Voir le guide de bonnes pratiques 2012-2013 sur la médiation médicale en établissements de santé, disponible sur : http://www.ars.iledefrance.sante.fr/fileadmin/ILE-DE-FRANCE/ARS/8_Democratie-Sanitaire/mediation/Guide_mediation_230113.pdf.

L'utilisation de la médiation dans le traitement des réclamations

En 2014, seulement **5.5% des réclamations ont donné lieu à une médiation**. Le recours à la médiation suite à une réclamation d'un usager reste donc encore très faible (5 % en 2013).

Sur les **21 074 réclamations reçues** par les établissements, **1 776 médiations ont été proposées** et **1 153 ont réellement eu lieu**. **65 % des médiations proposées ont donc effectivement été réalisées**.

Plus de la moitié des médiations (56 %) ont porté sur des réclamations qui concernaient la prise en charge médicale et principalement :

1. **l'information du malade** (9 % du nombre total de médiations)
2. **les relations avec le médecin** (7 %)
3. **la qualité des soins** (7 %)

Les médiations médicales et non médicales

Rappel juridique :

Parmi ses dispositions, l'article **R.1112-92** du Code de la santé publique précise que le **médiateur médecin** est compétent pour connaître des plaintes ou réclamations qui mettent exclusivement en cause l'organisation des soins et le fonctionnement médical du service tandis que le **médiateur non médecin** est compétent pour connaître des plaintes ou réclamations étrangères à ces questions. Si une plainte ou réclamation intéresse les deux médiateurs, ils sont simultanément saisis.

La majorité des médiations (57 %) ont été réalisées par le médiateur médical (53 % en 2013). 21 % des médiations ont été effectuées par le médiateur non médical (23 % en 2013).

On note en 2014 une légère baisse des médiations communes aux deux médiateurs, qui concernent 22 % des médiations contre 24 % en 2013.

La visibilité de la démarche de médiation

Afin que le recours à la médiation soit facilité, il est impératif que tous les usagers et les personnels soient informés de cette démarche ainsi que de l'existence des médiateurs.

96 % des établissements informent les usagers de la possibilité de saisir directement un médiateur³⁰. Cette information est principalement dispensée par :

1. le livret d'accueil pour 96 % des structures
2. l'affichage pour 83 % des structures

Le recours à Internet est encore sous utilisé pour la moitié des établissements mais les structures publiques et l'AP-HP utilisent majoritairement cet outil pour communiquer sur la saisie des médiateurs³¹.

30 - C'était le cas de 94 % des établissements en 2012 et 2013.

31 - 82 % des établissements de l'AP-HP et 70 % des établissements publics utilisent Internet pour communiquer sur la saisie des médiateurs. C'est le cas de 31 % des ESPIC et de 47 % des établissements privés. L'hôpital des armées n'utilise pas ce moyen de communication.

Seulement 16 % des structures ont réalisé des brochures spécifiques à cette démarche mais les commentaires des établissements précisent que d'autres moyens de communication ont été engagés tels que des réunions spécifiques où l'information peut être dispensée par les personnels.

Après une demande spécifique ou une réclamation, 94 % des établissements informent l'usager de l'existence d'un médiateur. Pour 87 % des établissements, les usagers sont le plus souvent informés de cette démarche dans la **réponse à la réclamation**. Pour 71 % des structures, un professionnel de l'établissement informe l'usager dès le **premier entretien physique ou téléphonique**.

93 % des établissements déclarent que les professionnels sont informés de l'existence et du rôle des médiateurs dans leur établissement. Cette information est majoritairement transmise par :

1. les instances et les comités dans 82 % des cas
2. l'affichage dans 81 % des cas
3. la communication internet dans 71 % des cas

Le compte-rendu de médiation

Rappel juridique :

La procédure de médiation est encadrée par certaines obligations légales. En effet, l'**article R.1112-94** du Code de la santé publique dispose qu'en cas de médiation, un compte-rendu de médiation doit être adressé dans les 8 jours au président de la CRUQPC qui le transmet sans délai à ses membres ainsi qu'au plaignant.

Le rapport de médiation a été systématiquement présenté aux membres de la CRUQPC dans 79 % des établissements. Ce même rapport a été systématiquement envoyé au plaignant dans 76 % des établissements. Si une légère amélioration est constatée par rapport à l'année précédente³², des efforts doivent encore être fournis par certaines structures.

CHIFFRES CLÉS

21 074 réclamations orales et écrites reçues

16.5 jours de délai en moyenne pour traiter une réclamation

La facturation est le motif principal de réclamation

5.5 % des réclamations ont donné lieu à une médiation

³² - C'était le cas respectivement de 75 % et 73 % des établissements en 2013.

ZOOM SUR... les objectifs de l'ARS pour renforcer et améliorer la médiation médicale

- Développer la médiation médicale dans les établissements de santé
- Favoriser l'harmonisation et l'amélioration de la qualité des pratiques en matière de médiation médicale
- Favoriser la mise en réseau ou une coordination régionale des médecins médiateurs

On enregistre en 2014 une augmentation de 9 % du nombre de réclamations déclarées par rapport à 2013³³. La médiation demeure pour autant un outil sous-utilisé au sein des établissements de santé.

33 - 21 074 en 2014 et 19 331 en 2013.

La mesure de la satisfaction des usagers

Les questionnaires de sortie et les enquêtes de satisfaction sont deux outils à la disposition des établissements pour recueillir l'avis des usagers. Au-delà d'obligations légales, ils sont essentiels pour inscrire les établissements dans une politique d'amélioration du service rendu au patient. À travers les remontées de ces deux outils, il s'agit de recueillir les appréciations et commentaires, positifs comme négatifs, émis par les usagers dans un but constant d'amélioration des pratiques.

Les questionnaires de sortie

Rappel juridique :

L'utilisation des questionnaires de sortie est une obligation issue de l'article **L.1112-2** du Code de la santé publique. Selon l'article **R.1112-67** du même code, tout personne hospitalisée « reçoit avant sa sortie un questionnaire destiné à recueillir ses appréciations et ses observations ».

93 % des établissements franciliens utilisent des questionnaires de sortie. Ce taux varie selon le type de structure et atteint 97 % dans les établissements privés.

D'après les déclarations des établissements sur leur activité, **395 333 personnes se sont exprimées à travers ce support en 2014. Le remplissage de ces questionnaires couvre 12 % des 3 372 777 séjours en hospitalisation complète enregistrés sur l'année 2014³⁴.** Ce chiffre est relativement faible depuis plusieurs années.

Les pratiques des établissements de santé

Le questionnaire de sortie est remis aux usagers :

- 1) à la sortie de leur hospitalisation (dans 65 % des établissements)
- 2) à l'entrée de leur hospitalisation (48 %)
- 3) à l'accueil (37 %)

Pour plus de la moitié des établissements, ce questionnaire est inclus dans le livret d'accueil. Plus d'un tiers des établissements déclarent que le questionnaire est déposé au moment de l'hospitalisation ou lors d'un entretien spécifique avec le personnel.

Les établissements sont encore trop peu nombreux à mettre le questionnaire en ligne sur Internet (11 %) ou à la libre disposition des usagers (23 %).

Les questionnaires de sortie comportent généralement les thématiques de la prestation médicale et paramédicale, l'information du patient, la prestation hôtelière et la prestation administrative.

³⁴ - Données issues des rapports d'activité CRUQPC 2014.

Le recueil du consentement et l'accès au dossier médical ne sont en revanche pas systématiquement inclus au questionnaire de sortie. Ils n'y apparaissent respectivement que dans 38 % et 22 % des établissements³⁵. Comme en 2013, 65 % des établissements déclarent avoir proposé à l'utilisateur une aide au remplissage de ce questionnaire de sortie.

Les résultats exprimés

Comme les années précédentes, si le taux de satisfaction varie selon le statut des structures, il est globalement très satisfaisant et atteint 85 % en 2014.

À nouveau en 2014, les items de la prestation médicale et paramédicale recueillent le plus de satisfaction tandis que la prestation hôtelière en reçoit le moins.

STRUCTURE	Établissements de l'AP-HP	Établissements publics	Établissements privés d'intérêt collectif (ESPIC)	Établissements privés
Taux moyen de satisfaction	72 %	81.5 %	90.5 %	86 %

Taux de satisfaction moyen : 85 %



Prestation paramédicale (item recueillant le plus de satisfaction dans 40 % des établissements)



Prestation hôtelière (item recueillant le moins de satisfaction dans 79.5 % des établissements)

La restitution des résultats

Ces questionnaires de sortie ont vocation à améliorer la prise en charge des patients. Pour cela, il est nécessaire qu'un travail d'interprétation et de restitution de la parole de l'utilisateur à travers cet outil soit fait au sein de l'établissement pour mettre en place *in fine* des axes d'améliorations.

Une analyse des questionnaires est réalisée dans 89 % des CRUQPC mais si cette procédure est quasi systématique dans les établissements privés (97 %), elle est cependant encore faible dans les établissements de l'AP-HP (45 % des établissements).

Les commentaires des établissements laissent apparaître que les résultats sont restitués par le biais de l'affichage et de la restitution orale lors des réunions des instances, notamment des CRUQPC. Certains les communiquent par e-mail et réalisent des analyses plus approfondies sous forme de synthèses mensuelles et graphiques.

Après l'analyse des résultats, des actions sont mises en place dans 94 % des établissements, signe que le questionnaire de sortie peut être un réel outil de l'amélioration de la qualité du service rendu.

³⁵ - Une évolution est toutefois notée par rapport à 2013 où ces chiffres étaient respectivement de 31.5% et 16%.

Les enquêtes de satisfaction et autres outils de mesure

Rappel juridique :

L'article **L.1112-2** du Code de la santé publique dispose que les établissements de santé doivent procéder à une évaluation régulière de la satisfaction des usagers, portant notamment sur les conditions d'accueil et de séjour.

Les enquêtes de satisfaction, dont le cadre est assez libre³⁶, peuvent être un indicateur supplémentaire des conditions d'accueil et de séjour lors d'une hospitalisation. Elles peuvent cibler certains sujets comme la prise en charge de la douleur, les relations avec le personnel ou la qualité de la restauration.

Une meilleure connaissance de leurs points forts et points faibles permet aux établissements d'orienter leur politique d'accueil pour la rendre toujours plus adaptée au bien-être des patients.

En ce qui concerne l'année 2014, le taux moyen de satisfaction de ces enquêtes est globalement bon puisqu'il est estimé à 79 %.

63 % des établissements ont réalisé des enquêtes de satisfaction en 2014 (61 % en 2013 et 64 % en 2012). **L'avis de 145 669 personnes a été recueilli** par la mise en œuvre de **9 813 enquêtes**, portant ainsi leur nombre moyen à 41 par structure.

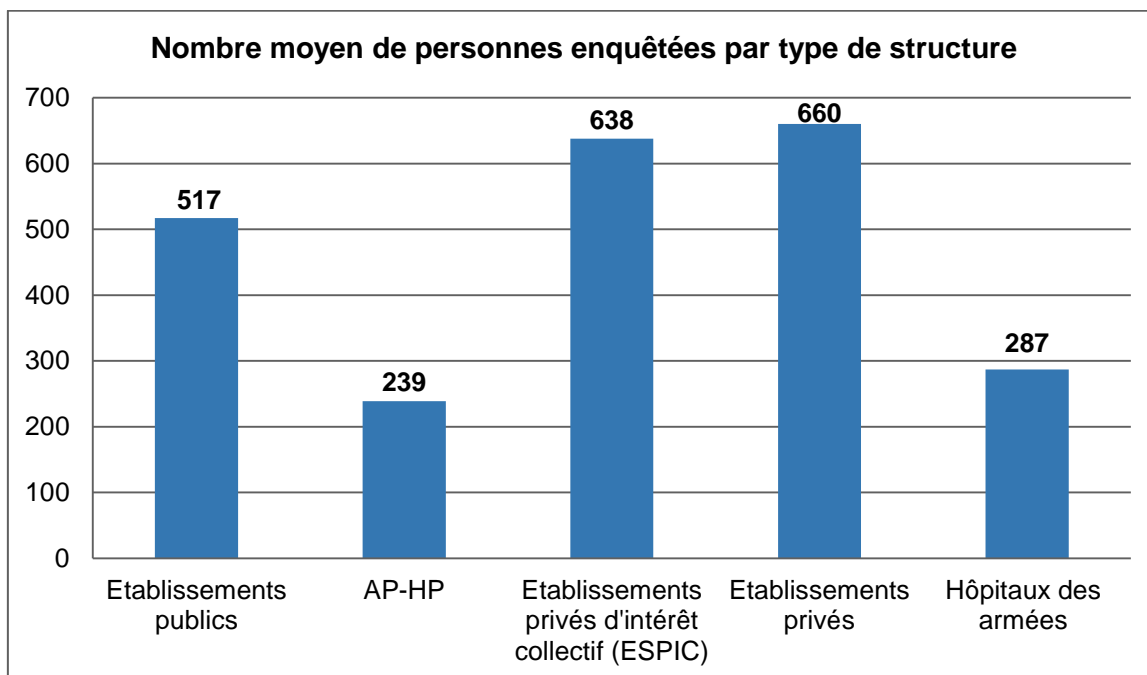
Il est par ailleurs noté que le taux de recours à ces enquêtes est le plus fort dans les établissements privés et les établissements privés d'intérêt collectif (ESPIC).

Concernant la restitution des résultats, 93 % des CRUQPC déclarent être informées des résultats de ces enquêtes. À souligner qu'un véritable effort d'information a été fait par rapport à l'année précédente (85 % des CRUQPC).

La réception de « messages d'éloges » constitue par ailleurs un autre outil de mesure de la satisfaction des patients. Ce terme regroupe des situations variées qui ne sont pas toujours quantifiables (cadeaux, remerciements oraux, messages etc.). Les établissements franciliens estiment avoir reçu **18 961 messages d'éloges**, ce qui correspond à une moyenne de 49 messages par établissement. 82 % des CRUQPC ont eu accès à l'intégralité de ces messages.

En outre, **32 % des établissements mettent en place d'autres moyens pour mesurer la satisfaction des usagers** par le biais d'initiatives diverses et innovantes : boîtes à idées, patient mystère, livre d'or, enquêtes ciblées, groupes de travail etc.

³⁶ - Il n'y a pas de fréquence ni de format obligatoire.



CHIFFRES CLÉS

Nombre moyen de personnes enquêtées : 604

Taux moyen de satisfaction des usagers exprimé dans les questionnaires de sortie : 85 %

49 messages d'éloges / 55 réclamations reçus en moyenne par établissement

La mesure de la satisfaction des usagers est un marqueur indispensable pour les établissements. Le recours à ces méthodes, l'exploitation des résultats et leur valorisation est à renforcer.

L'information et les droits des usagers au sein des établissements de santé

L'information des usagers est une condition essentielle au respect et à l'application de leurs droits. Elle doit être une préoccupation majeure des établissements de santé car elle crée les conditions d'une relation de confiance, nécessaire au bon déroulement du séjour. Elle permet à chaque usager, quel que soit son état de santé, de bénéficier des données nécessaires à l'exercice de son libre jugement pour qu'il puisse décider de manière autonome de son implication dans ses traitements. Ainsi l'usager pourra se positionner comme **acteur** de sa santé.

Les documents d'information à destination des usagers

Rappel juridique :

En application de l'article **L.1112-2** du Code de la santé publique, un livret d'accueil doit être remis à chaque patient lors de son admission ou, le cas échéant, à un proche. Les indications relatives au contenu du livret d'accueil, fixées par **arrêté du 15 avril 2008**³⁷, sont regroupées en trois grands types d'informations :

- les conditions de mise à disposition d'une information portant notamment sur la nature des activités de l'établissement ;
- l'organisation générale de l'établissement et les formalités administratives ;
- les droits de la personne hospitalisée.

Le Code de la santé publique précise en outre, dans ses articles **L.1112-2** et **R.1112-9**, que la charte de la personne hospitalisée doit être annexée³⁸ et que les conditions d'accès aux informations de santé, notamment au dossier médical, doivent être mentionnées.

Le livret d'accueil

Le livret d'accueil est un outil de connaissance important pour le patient hospitalisé ou ses proches car il fournit des informations sur les différentes procédures au sein de l'établissement.

Il doit être régulièrement actualisé pour apporter des informations fiables à l'usager.

Les rapports d'activité révèlent que la majorité des établissements le mettent à jour tous les 3 à 5 ans (pour 54 % d'entre eux). Pour la moitié des structures, la dernière version de leur livret d'accueil a été réalisée entre 2013 et 2015.

58 % des établissements remettent le livret d'accueil en amont de l'hospitalisation, ce qui peut permettre à l'usager d'appréhender plus sereinement son hospitalisation et ses conditions.

37 - Arrêté du 15 avril 2008 relatif au contenu du livret d'accueil des établissements de santé, JORF n°0112, 15 mai 2008 p. 7917, texte n°17.

38 - Voir la circulaire n°DHOS/E1/DGS/SD1B/SD1C/SD4A/2006/90 du 2 mars 2006 : http://circulaire.legifrance.gouv.fr/pdf/2009/04/cir_10571.pdf.

Lorsque l'hospitalisation n'est pas programmée à l'avance, **87.5 % des établissements remettent le livret d'accueil lors de l'entrée de l'usager dans l'établissement**. Certains le remettent à d'autres moments du séjour (c'est le cas de 34 % des structures).

Le livret d'accueil est encore trop peu mis à disposition des usagers et de leurs proches dans la chambre d'hospitalisation : c'est le cas de seulement 25 % des établissements.

Pour plus des trois quarts des structures, des explications orales sont fournies à l'usager lors de la remise du livret d'accueil. Cette pratique dépend de chaque établissement, ceux du privé étant plus familiers à cette démarche³⁹. Cet accompagnement peut être très utile pour les usagers et leurs proches et reste à généraliser à l'ensemble des structures.

En ce qui concerne le contenu du livret d'accueil, celui-ci intègre dans la plupart des structures une information sur :

- **le droit d'accès au dossier médical** (près de 100 % des établissements) ;
- **les conditions d'accès et de conservation du dossier médical** (94 %) ;
- **le droit de désigner une personne de confiance** (95 %) ;
- **le droit à la médiation** (94.5 %).

L'information sur certaines thématiques reste cependant à renforcer, tout particulièrement sur :

- **le droit de rédiger des directives anticipées** (17 % des structures n'intégrant pas cette information dans leur livret d'accueil) ;
- **le droit au recueil du consentement** (13 % des structures ne l'incluant pas).

À noter comme tendance encourageante que 70 % des établissements ont déclaré pour 2014 que leurs livrets d'accueil contenaient une information sur ces thématiques contre 65 % en 2013.

L'insertion de formulaires spécifiques, directement dans le livret d'accueil, facilite le recours à certains droits des usagers. Cependant, encore trop peu d'établissements effectuent cette démarche :

- 51 % insèrent un formulaire permettant de recueillir l'identité de la personne de confiance ;
- 52 % insèrent un formulaire de désignation de personne de confiance ;
- 22.5 % insèrent un formulaire de directives anticipées ;
- 21 % insèrent un formulaire d'accès au dossier médical.

Pour aller plus loin dans l'information des usagers, les annexes du livret d'accueil peuvent contenir :

- les principes généraux de la charte de la personne hospitalisée et les modalités d'accès à ce document (pour 98 % des établissements) ;
- un contrat d'engagement contre la douleur (78 %) ;
- le programme annuel de lutte contre les infections nosocomiales de l'établissement de santé (54 %).

39 - C'est le cas de 90 % des établissements privés, 79 % des établissements privés d'intérêt collectif (ESPIC) et d'environ 50 % des établissements publics et de l'AP-HP.

La charte de la personne hospitalisée

La charte de la personne hospitalisée constitue une actualisation de celle de 1995, rendue nécessaire par l'évolution des textes législatifs, notamment les lois du 4 mars 2002 relative aux droits des malades et à la qualité du système de santé, du 6 août 2004 relative à la bioéthique, du 9 août 2004 relative à la politique de santé publique et du 22 avril 2005 relative aux droits des malades et à la fin de vie.

Parmi les nouvelles dispositions les plus significatives et prises en compte dans la charte, on peut retenir :

- le droit, pour la personne, d'accéder directement aux informations de santé la concernant ;
- le droit de refuser les traitements ou d'en demander l'interruption ;
- le droit de désigner une personne de confiance et de rédiger des directives anticipées pour faire connaître ses souhaits quant à sa fin de vie, etc.

Un effort tout particulier a été porté sur l'accessibilité du document, tant pour les personnes étrangères que pour les personnes handicapées. Ainsi, la charte, dans sa version intégrale, est disponible en français, en anglais et en braille. Elle peut également être obtenue gratuitement sur simple demande auprès du service chargé de l'accueil dans tous les établissements de santé. Son résumé (traduit en sept langues et en braille) figure en français dans le livret d'accueil remis à toute personne hospitalisée et est affiché dans les lieux de passage : halls d'accueil, salles d'attente, couloirs des services, etc.

D'après les déclarations des établissements franciliens, cette charte est **affichée dans les lieux fréquentés par les usagers dans 97 % des structures**. Un affichage est réalisé dans les unités pour 95 % des structures mais **encore trop peu d'établissements la mettent à disposition dans la chambre du patient (29 %)**. D'autres lieux d'affichage peuvent par ailleurs être privilégiés tels que les salles de réunion, à l'accueil ou sur Internet.

L'information sur les tarifs et dépassements d'honoraires

Rappel juridique :

L'article **L.1111-3** du Code de la santé publique stipule que toute personne a droit à une information sur les frais liés à sa prise en charge. Les établissements de santé sont tenus dans ce domaine à différentes obligations, notamment dans le cadre de l'exercice libéral des professionnels de santé. Avant exécution d'un acte, ces derniers doivent « *informer le patient de son coût et des conditions de remboursement par les régimes obligatoires* ». Par ailleurs, les informations relatives aux honoraires, y compris les dépassements éventuels, doivent être affichées de façon visible et compréhensible dans la salle d'attente ou à défaut, dans le lieu d'exercice du professionnel de santé.

Comme les années précédentes, une information sur les tarifs pratiqués n'est toujours pas disponible dans certains lieux de consultations (23 % des établissements). Ce manque d'information est particulièrement notable dans les établissements d'intérêt collectif (ESPIC) où c'est le cas de 46 % des établissements.

En outre, les textes de lois fixent l'obligation de fournir un devis écrit aux patients pour les actes et prestations facturés lors de la consultation dès lors que le montant est égal ou supérieur à 70 euros⁴⁰. Cette obligation n'est pourtant respectée que par seulement 41 % des établissements franciliens (38 % en 2013). 29 % d'entre eux ont reçu à ce titre des réclamations portant sur la facturation. Une meilleure information permettrait sans nul doute de prévenir les conflits avec les usagers sur ces sujets.

Comme l'année précédente, plus de 20 % des établissements ne fournissent aucune information sur la nécessité de réaliser un devis pour les sommes supérieures ou égales à 70 euros ni sur les tarifs en général.

L'information sur les résultats des indicateurs de qualité et de sécurité des soins

Le ministère chargé de la santé et la Haute Autorité de Santé (HAS) mettent en œuvre un recueil d'indicateurs de qualité des soins dans les établissements de santé, publics comme privés. La **mise à disposition des résultats, rendue obligatoire depuis 2009 par la loi « Hôpital, patients, santé, territoires » (HPST)**, répond à trois objectifs :

- fournir aux établissements et aux professionnels de santé des outils et des méthodes de pilotage d'amélioration de la qualité et de la sécurité des soins ;
- informer les patients et les usagers en leur communiquant des informations claires et utiles⁴¹ ;
- aider à la décision et au pilotage des politiques d'intervention à l'échelon régional et national⁴².

Ce principe de mesure d'indicateurs qualité s'articule avec la procédure de certification de la HAS qui vise les mêmes objectifs.

Les indicateurs de qualité et de sécurité des soins recueillis et diffusés publiquement reposent sur des objectifs prioritaires de santé publique et d'organisation des soins. Ils permettent un suivi dans le temps et des comparaisons entre établissements, facteurs d'amélioration de la prise en charge des patients.

Cette implication collective des pouvoirs publics et des acteurs de terrain contribue à assurer la confiance des patients et des usagers dans le système de soins hospitaliers.

Rappel juridique :

Sur la base des articles **L. 6144-1** et **L. 6161-2** du Code de la santé publique, l'**arrêté du 11 février 2014**⁴³ fixe les conditions dans lesquelles l'établissement de santé met à la disposition du public les résultats, publiés chaque année, des indicateurs de qualité et de sécurité des soins (IPAQSS).

40 - L'arrêté du 2 octobre 2008 fixe le seuil prévu à l'article L.111-3 du Code de la santé publique et stipule que tout professionnel de santé « remet au patient une information écrite préalable dès lors que, lorsqu'ils comportent un dépassement, les honoraires totaux des actes et prestations facturés lors de la consultation sont supérieurs ou égaux à 70 euros ».

41 - Les données des établissements sont diffusées sur Internet avec des comparaisons pour faciliter leur compréhension. Le recueil des indicateurs fait l'objet d'un contrôle qualité permettant de fiabiliser leurs résultats.

42 - Pour ce faire, les indicateurs de qualité des soins sont notamment intégrés aux contrats pluriannuels d'objectifs et de moyens (CPOM) des établissements de santé.

43 - Voir la note d'instruction n° 2014-152 du 16 mai 2014 par la Direction générale de l'offre de soins (DGOS)
http://www.sante.gouv.fr/fichiers/bo/2014/14-06/ste_20140006_0000_0045.pdf.

Depuis 2006, la liste des indicateurs mise à la disposition du public par tous les établissements de santé s'enrichit. A présent, 27 indicateurs portent sur la qualité de la prise en charge et la sécurité des soins dispensés et un vingt-huitième porte sur la mesure de la satisfaction des patients hospitalisés.

Les éléments recueillis auprès des établissements sanitaires mettent en lumière que ces résultats sont majoritairement publiés par voie d'affichage (dans 90 % des cas). Plus de la moitié des établissements a recours à Internet (56 %) et un tiers inclut ces résultats dans le livret d'accueil.

La sensibilisation des professionnels à l'information des usagers

Si la communication sur les droits d'information des patients est primordiale auprès des usagers, elle l'est tout autant auprès des professionnels. **Or 38 % des établissements de santé déclarent ne conduire aucune action d'information et de sensibilisation auprès des professionnels de santé sur le droit d'accès à l'information (médicale et non médicale) des usagers.**

ZOOM SUR... le site « Scope Santé »

Depuis le 28 novembre 2013, le site Scope Santé (www.scopesante.fr), succédant au site Platinex, est le nouveau site internet d'information des usagers sur la qualité des prises en charge dans les établissements de santé. Lancé par la HAS en partenariat avec la Direction générale de l'offre de soins (DGOS) et l'Agence technique de l'information sur l'hospitalisation (ATIH), il est le support de diffusion publique pour tous les établissements de santé, notamment des résultats des indicateurs de qualité et de sécurité des soins.

La délivrance des informations médicales⁴⁴

Outre les questions liées à la délivrance des informations générales sur les droits des personnes accueillies, les établissements de santé doivent veiller au respect des droits spécifiques relatifs à leur prise en charge médicale et y accorder une attention particulière.

Rappel juridique :

L'article **L.1111-2** du Code de la santé publique dispose que « *toute personne a le droit d'être informée sur son état de santé* ». Comme le rappelle la Haute Autorité de Santé⁴⁵, cette information incombe à tout professionnel de santé et doit être délivrée au cours d'un entretien individuel. La délivrance de cette information est essentielle et permet à la personne de prendre en toute connaissance de cause les décisions concernant sa santé.

44 - Les modifications apportées au formulaire de saisie ne permettent pas, cette année, d'analyser les items suivants : le recueil du consentement, l'annonce du diagnostic et l'information sur les événements indésirables graves.

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

80 % des établissements franciliens mettent en place une organisation particulière pour délivrer les informations médicales aux patients et à leurs proches et 74 % mettent à ce titre un lieu d'accueil à leur disposition.

La tendance à la mise en place d'une personne référente au sein du personnel pour délivrer spécifiquement les informations médicales se confirme. Si c'était le cas de 40 % des établissements en 2012 et de 62 % en 2013, ce chiffre s'élève à 64 % en 2014.

Les directives anticipées

Rappel juridique :

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

Les directives anticipées, souhaits de la personne relatifs à sa fin de vie, est un sujet encore trop peu investi par les établissements. Une procédure pour s'informer de l'existence de directives de fin de vie a été mise en place dans seulement 59 % des établissements et 52 % des structures délivrent une information spécifique aux usagers sur cette thématique.

Les médecins et soignants sont quant à eux plus informés des directives de fin de vie de leurs patients (dans 85 % des structures). Cette information est dispensée aux autres personnels des établissements dans 57 % des établissements.

CHIFFRES CLÉS

Plus de 75 % des structures fournissent des explications orales à l'utilisateur lors de la remise du livret d'accueil

29 % des établissements affichent la charte de la personne hospitalisée dans la chambre du patient

52 % des établissements délivrent une information aux usagers sur les directives anticipées relatives à la fin de vie

L'information des usagers est primordiale pour assurer l'amélioration du respect des droits dans les établissements de santé.

Si le livret d'accueil et la charte de la personne hospitalisée sont constamment mis à disposition, une information plus dynamique et plus ciblée sur certains sujets comme les directives anticipées est à mettre en place.

L'accès au dossier médical

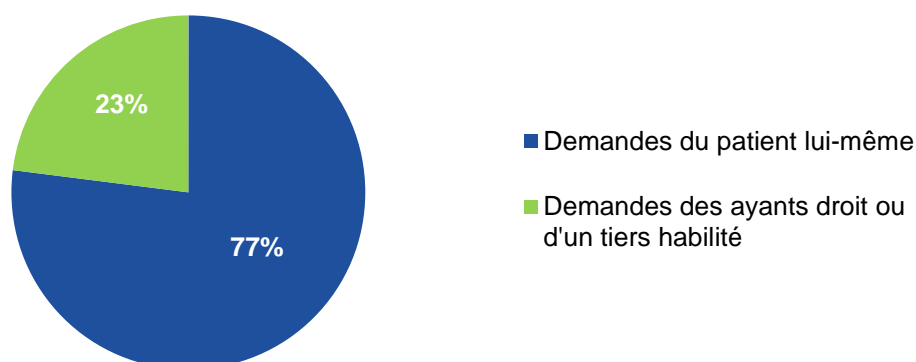
Rappel juridique :

Les règles relatives aux conditions d'accès au dossier médical sont précisées dans les articles **L.1111-7** et **R.1111-1 à 8** du Code de la santé publique. Parmi les obligations qui incombent aux établissements de santé, ceux-ci doivent s'assurer de l'identité du demandeur, s'assurer, en cas de décès, de l'absence d'opposition de la personne décédée ou encore offrir différentes modalités d'accès au dossier médical, dont la possibilité d'une consultation sur place. Par ailleurs, le délai maximum de traitement des demandes d'accès au dossier médical est fixé à 8 jours pour les dossiers de moins de 5 ans et à 2 mois pour les dossiers plus anciens.

Les demandes d'accès

En constante augmentation depuis quatre ans⁴⁶, le nombre de demandes d'accès au dossier médical s'élève à **37 880** en 2014, **les trois quarts provenant du patient lui-même**. Le nombre de demandes par établissement de santé s'élève ainsi en moyenne à 31.

Répartition des demandes d'accès au dossier médical



Sur le nombre de demandes reçues :

- 83 % ont été traitées au 31 décembre 2014⁴⁷ ;
- 9 % ont été rejetées⁴⁸.

Cela porte à 8 % le nombre de demandes d'accès au dossier médical non traitées au 31 décembre 2014.

⁴⁶ - 29 738 demandes d'accès au dossier médical en 2011, 32 977 en 2012 et 34 663 en 2013.

⁴⁷ - Soit 31 321 demandes traitées.

⁴⁸ - Soit 3 552 demandes rejetées.

Les principaux motifs d'irrecevabilité de la demande étaient :

- la non transmission des éléments de preuve (pour 33 % des établissements) ;
- la perte du dossier (23 % des établissements) ;
- une demande par des personnes non autorisées (23 % des établissements).

Les modalités d'accès et procédures de communication

99 % des établissements déclarent avoir mis en place une organisation spécifique pour permettre la communication des éléments du dossier médical. Seules cinq structures au total déclarent ne pas avoir organisé de procédure sur la communication du dossier médical.

L'identité du demandeur de l'information, son lien avec le patient et son autorisation d'accès à l'information sont systématiquement vérifiés par les établissements.

La quasi-totalité des structures (99 %) déclare que le demandeur peut consulter son dossier médical sur place. Une information lui est communiquée sur la possibilité d'être accompagné par une personne de son choix dans 91 % des établissements et un dispositif d'accompagnement médical du demandeur par l'établissement est proposé dans 94 % des cas⁴⁹.

De plus, en cas de décès, 98 % des établissements vérifient l'absence d'opposition de la personne décédée à l'accès à son dossier médical ainsi que l'identité et le motif du demandeur. Sur la région francilienne, sept CRUQPC témoignent que cette vérification n'a pas encore été mise en place.

Pour les **établissements de santé psychiatriques** concernés⁵⁰, 14 % ne prévoient aucune organisation spécifique pour la consultation du dossier médical suite à une hospitalisation d'office ou à la demande d'un tiers. Ce chiffre s'améliore par rapport à 2013 où c'était le cas de 21 % des établissements concernés.

Comme l'année précédente, 69 % des établissements de santé envoient un courrier d'accusé de réception lorsqu'ils reçoivent une demande de communication de dossier médical. Cet accusé de réception permet de confirmer au patient l'enregistrement de sa demande et de lui préciser la procédure à suivre. Dans 66 % des établissements, cet accusé de réception précise les délais d'obtention du dossier médical.

La copie du dossier est gratuite dans 32 % des structures et lorsque ce n'est pas le cas, le demandeur est au préalable informé de son coût.

⁴⁹ - 86 % des structures ont mis en place ces deux dispositifs.

⁵⁰ - Ils sont 81 établissements de santé psychiatriques sur la région.

Les délais de traitement

Le délai maximum de traitement des demandes d'accès au dossier médical a été fixé par le législateur à **8 jours pour les dossiers de moins de 5 ans et à 2 mois pour les dossiers plus anciens**⁵¹.

Concernant les dossiers les plus récents (de moins de 5 ans), **le délai moyen est de 9 jours** et aucune évolution n'est constatée depuis 2013. Ce chiffre est très hétérogène d'une structure à l'autre, le délai maximum d'envoi pouvant atteindre 390 jours dans certaines structures.

En ce qui concerne les dossiers de plus de 5 ans, les établissements franciliens mettent en moyenne 16 jours pour l'envoyer au patient. C'est toutefois 3 jours de plus qu'en 2013. Ce délai est de plus très variable d'un établissement à l'autre, certains pouvant mettre dans des cas très rares 384 jours⁵² pour envoyer ces données.

Un travail sur les délais d'envoi du dossier médical est impératif pour permettre au patient d'assurer le suivi de sa prise en charge.

CHIFFRES CLÉS

6 % des réclamations reçues concernent l'accès au dossier médical

Le délai de traitement des demandes d'accès au dossier médical est de 9 jours pour ceux de moins de 5 ans et de 16 jours pour ceux de plus de 5 ans

L'accès au dossier médical et la préservation de la confidentialité des données médicales des patients sont des droits qui sont de façon générale garantis par les établissements de santé. De nombreuses structures ont mis en place un accompagnement de l'usager dans cette démarche.

Des efforts mériteraient cependant d'être fournis, notamment sur le délai d'obtention des dossiers de moins de 5 ans et sur l'envoi systématique d'accusé de réception.

A noter que le respect du droit d'accès au dossier médical compte parmi les priorités d'actions de l'ARS Île-de-France qui a intégré un indicateur qualité dans ses outils de contractualisation avec les établissements de santé. Son principal objectif est de n'avoir « aucune réclamation d'usager liée à la difficulté d'obtention de son dossier médical ».

51 - Article L. 1111-7 du Code de la santé publique.

52 - Le délai maximum était de 483 jours en 2013.

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

Rappel juridique :

L'article L 1112-2 du Code de la santé publique dispose que « *la qualité de la prise en charge des patients est un objectif essentiel pour tout établissement de santé* ». Ils doivent procéder à une évaluation régulière de leur satisfaction, portant notamment sur les conditions d'accueil et de séjour.

L'analyse des items suivants ne couvre pas la totalité des questions liées à la qualité de l'accueil et de la prise en charge des personnes accueillies mais vise à mettre en lumière le respect des recommandations par les établissements ainsi que les dispositifs à développer.

La sensibilisation des professionnels de santé aux droits des usagers et l'évaluation des pratiques professionnelles

Afin de promouvoir les droits des usagers au sein des établissements de santé, il est essentiel que l'ensemble des acteurs et particulièrement les professionnels de santé, au contact permanent des usagers, soient informés et formés sur les enjeux du respect des droits des patients.

L'information peut être diffusée sur Internet, en réunions et par voie d'affichage et le personnel soignant peut suivre des formations sur des thèmes ciblés. C'est par la sensibilisation des professionnels que les pratiques évolueront. Pourtant, force est de constater qu'en 2014 comme en 2013, **l'information des professionnels de santé** sur certains sujets n'est toujours pas optimale :

- 48 % des établissements informent leurs professionnels de santé sur le respect des croyances et des convictions ;
- 59 % sur la rédaction de directives anticipées de fin de vie ;
- 67 % sur l'accès au dossier médical ;
- 69 % sur la désignation de la personne de confiance ;
- 89 % sur la prise en charge de la douleur.

En ce qui concerne les outils de sensibilisation et de diffusion de l'information, 90 % des établissements privilégient les réunions. L'affichage est utilisé par plus de la moitié des établissements, la lettre d'information pour 38 % des structures et l'intranet pour 27 % d'entre elles. Ces chiffres sont sensiblement identiques à ceux de 2013 bien qu'une légère augmentation du recours à la lettre d'information soit notée⁵³ en 2014.

⁵³ - 30 % des établissements y avaient recours en 2013.

Plus d'un tiers des établissements⁵⁴ déclarent privilégier d'autres types de supports d'information tels que des brochures spécifiques, le journal interne ou des campagnes de communication lors de journées thématiques sur les droits des patients.

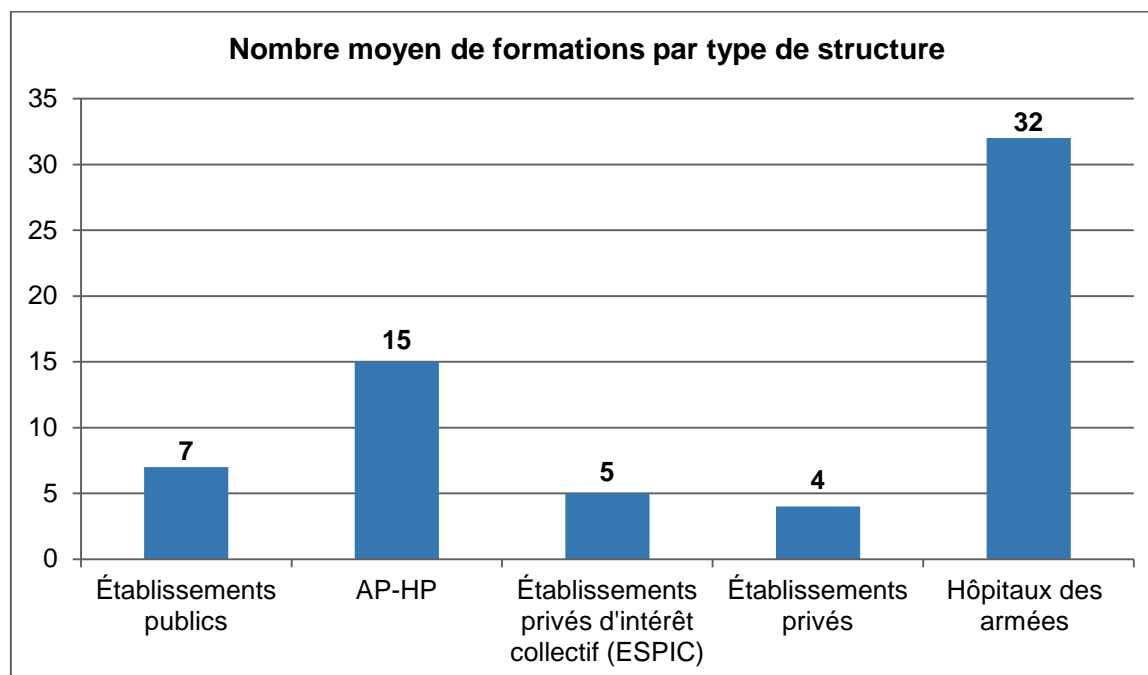
Par ailleurs, le **déficit de formation** sur des sujets relatifs aux droits des usagers est encore prégnant dans les établissements franciliens et se creuse notamment sur certains sujets :

- 80 % des établissements déclarent ne pas avoir conduit d'actions de formation en 2014 sur le respect des croyances et des convictions (70 % en 2013) ;
- 79 % sur l'accès au dossier médical (70 % en 2013) ;
- 77 % sur la désignation de la personne de confiance (70 % en 2013) ;
- 72 % sur la rédaction de directives anticipées relatives à la fin de vie (65 % en 2013).

Si les formations sur la thématique de la **prise en charge de la douleur** (66 % des établissements) et de la **promotion de la bientraitance** (55 % des établissements) sont privilégiées, les établissements sont en proportion moins nombreux à les avoir organisées qu'en 2013⁵⁵.

En 2014, **24 416 personnes ont bénéficié de 2 316 formations conduites en Île-de-France sur le respect des droits des usagers**. Les établissements ont organisé en moyenne 6 formations au cours de l'année.

En ce qui concerne les **évaluations de pratiques professionnelles sur des thématiques liées aux droits des usagers**, **65 % des établissements y ont eu recours en 2014** (66 % en 2013). Au total, **702 évaluations** ont été organisées en 2014 soit 240 de moins qu'en 2013.



⁵⁴ - Soit 38 %.

⁵⁵ - Ils étaient respectivement 68 % et 58 % en 2013.

CHIFFRES CLÉS

1 481 personnes formées sur le respect des croyances et des convictions
1 703 personnes formées sur l'accès au dossier médical
2 506 personnes formées sur la désignation de la personne de confiance
2 644 personnes formées sur la rédaction de directives anticipées relatives à la fin de vie
9 992 personnes formées sur la prise en charge de la douleur
6 090 personnes formées sur la promotion de la bientraitance

Le respect de la dignité et de l'intimité des personnes

Rappel juridique :

Comme le rappelle l'article **L.1110-2** du Code de la santé publique, « *la personne malade a droit au respect de sa dignité* ». Le respect de la dignité et de l'intimité des personnes accueillies constitue une dimension fondamentale des conditions d'accueil et de séjour.

Le critère du respect de la dignité et de l'intimité des personnes dans les conditions d'accueil et d'hébergement comme **moyen d'évaluation du degré de satisfaction des personnes accueillies** est de mieux en mieux pris en compte. Si c'était le cas de 67 % des établissements en 2011, 87 % en 2012 et 90 % en 2013, **94 % des établissements l'ont intégré en 2014**.

Sur les 21 074 réclamations déclarées en 2014, 198 portaient sur le respect de la personne et de son intimité, soit **0.9 % des réclamations totales**.

La prise en charge de la douleur

Rappel juridique :

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

Acteurs de leur santé et de leur prise en charge, les patients sont les seuls à pouvoir faire part de leur douleur et de son intensité, ressenti non objectivable par un examen médical. Leur écoute est dès lors essentielle pour faire évoluer la prise en charge par les professionnels.

Le droit de voir sa douleur soulagée est pourtant encore méconnu de certains patients et nécessite la mise en place de procédures spécifiques d'information des usagers. Cette information circule néanmoins de façon satisfaisante car elle est dispensée dans 95 % des établissements.

Une procédure systématique d'évaluation et de prise en charge de la douleur est par ailleurs mise en place dans 97 % des structures.

La promotion de la bientraitance

La démarche collective de la bientraitance vise à identifier un accompagnement du patient dans les meilleures conditions, le respect de ses choix et dans l'adaptation la plus juste à ses besoins⁵⁶.

La promotion de la bientraitance et son corolaire, la prévention de la maltraitance, sont des enjeux majeurs de la qualité de la prise en charge aujourd'hui. Elle favorise l'implication des usagers dans leurs soins, la qualité de vie au travail et le développement de la démocratie en santé⁵⁷.

La sensibilisation et la mobilisation de l'ensemble des personnels soignants et administratifs devraient être assurées dans les établissements. En 2014, **87 % ont déclaré avoir mené des actions de promotion de la bientraitance et 69 % ont proposé aux personnels des formations ou des séances de sensibilisation**. Ces chiffres traduisent un léger recul de l'implication des établissements sur ces thématiques⁵⁸ et l'investissement reste encore très hétérogène d'une structure à l'autre.

La personne de confiance

Rappel juridique :

Selon l'article **L.1111-6** du Code de la santé publique, en cas d'hospitalisation dans un établissement de santé, il doit être proposé à toute personne majeure de désigner par écrit une personne de confiance pour l'accompagner dans ses démarches et examens médicaux et « *qui sera consultée au cas où elle-même serait hors d'état d'exprimer sa volonté et de recevoir l'information nécessaire à cette fin* ».

L'information sur la possibilité de désigner une personne de confiance est dispensée dans environ 8 établissements sur 10. Une procédure visant à recueillir l'identité de la personne de confiance désignée par le patient est mise en place dans 91 % des établissements (90 % en 2013). Il est néanmoins primordial que les 9 % des établissements restants s'investissent sur ce sujet.

56 - Voir la définition de l'Agence nationale de l'évaluation et de la qualité des établissements et services sociaux et médico-sociaux (ANESM) : http://www.anesm.sante.gouv.fr/spip.php?page=article&id_article=128.

57 - Promotion de la bientraitance, HAS : http://www.has-sante.fr/portail/jcms/c_915130/fr/promotion-de-la-bientraitance.

58 - En 2012 ils étaient 91 % à avoir engagé des actions de promotion de la bientraitance et 75 % à avoir organisé des formations sur cette thématique.

La prise en charge du décès

Les statistiques de l'INSEE indique que plus de la moitié des décès en Île-de-France ont lieu en milieu hospitalier⁵⁹. La question de la prise en charge du décès des personnes et de l'accompagnement des proches nécessitent une attention toute particulière de la part des établissements.

Les procédures visant à faire respecter les volontés et croyances des usagers et de leurs proches sont primordiales au sein des établissements de santé.

Les données 2014 indiquent que :

- 84 % des établissements mettent en place une organisation particulière pour le respect des rites et des croyances (*idem* en 2013) ;
- 79 % encadrent la possibilité de recueillement auprès du défunt (80 % en 2013) ;
- 43 % ont désigné un référent chargé de la prise en charge du décès dans les services (42 % en 2013) ;
- 50 % des établissements possédant une chambre mortuaire ont un accès 24h /24 (*idem* en 2013).

Les dispositifs d'accueil des publics « spécifiques »

Les rapports de 2014 montrent qu'une tendance à l'amélioration est visible dans la mise en place de dispositifs d'accueil des publics spécifiques dans les établissements :

- 85 % ont mis en place un accueil pour les personnes non francophones (81 % en 2013 / 80 % en 2012) ;
- 49 % un accueil pour les personnes illettrées / analphabètes (44 % en 2013 / 38 % en 2012) ;
- 50 % un accueil pour les personnes non et mal voyantes (48 % en 2013 / 44 % en 2012) ;
- 41.5 % un accueil pour les personnes sourdes (38 % en 2013 / 37 % en 2012).

27 % des établissements se sont investis sur tous ces sujets à la fois, ce qui représente une amélioration par rapport à 2013 (23 %).

11 % des établissements déclarent néanmoins n'avoir mis en place aucun de ces accueils (13 % en 2013 / 17 % en 2012) et des efforts sont encore attendus, notamment dans l'accueil des personnes sourdes.

59 - Ces statistiques sont issues des données 2013, les données 2014 n'étant pas encore paru au moment de la rédaction de cette synthèse régionale CRUQPC.

L'accessibilité des locaux aux personnes à mobilité réduite

Rappel juridique :

L'article **R.111-19-1** du **Code de la construction et de l'habitation** dispose que « les établissements recevant du public définis à l'article R.123-2 et les installations ouvertes au public doivent être accessibles aux personnes handicapées, quel que soit leur handicap ». Selon l'article **R.111-19-2** dudit code, « est considéré comme accessible aux personnes handicapées tout bâtiment ou aménagement permettant, dans des conditions normales de fonctionnement, à des personnes handicapées, avec la plus grande autonomie possible, de circuler, d'accéder aux locaux et équipements, d'utiliser les équipements, de se repérer, de communiquer et de bénéficier des prestations en vue desquelles cet établissement ou cette installation a été conçu. Les conditions d'accès des personnes handicapées doivent être les mêmes que celles des personnes valides ou, à défaut, présenter une qualité d'usage équivalente ».

La tendance à l'amélioration de l'accessibilité des locaux aux personnes à mobilité réduite se confirme d'année en année. Cependant, 24 rapports d'activité font état de l'absence d'accessibilité aux personnes à mobilité réduite dans les établissements, soit dans 6 % des structures.

Le respect des croyances et des convictions

La législation prévoit que les personnes hospitalisées doivent être en mesure de participer à l'exercice de leur culte⁶⁰. **En Île-de-France, une grande majorité des établissements prévoit la mise en place de dispositifs pour assurer le respect des croyances religieuses et le libre exercice des cultes dans leur enceinte (91 %).**

Il est toutefois noté qu'un nombre croissant d'établissements ne mettent pas ces dispositifs spécifiques en place : 9 % en 2014, 7.5 % en 2013 et 6 % en 2012. Une vigilance accrue doit donc être portée sur cette thématique.

⁶⁰ - Comme le stipule l'article R. 1112-46 du Code de la santé publique.

CHIFFRES CLÉS

27 % des établissements ont mis en place un accueil spécifique à la fois pour les personnes sourdes, les personnes illettrées et analphabètes, les personnes non et mal voyantes et les personnes non francophones.

94 % des établissements sont accessibles aux personnes à mobilité réduite.

L'information sur la possibilité de désigner une personne de confiance est dispensée dans environ 8 établissements sur 10.

87 % des établissements ont mis en place des actions de promotion de la bientraitance.

Si les établissements s'impliquent davantage d'année en année en matière de politique d'accueil et de prise en charge des usagers, certaines thématiques telles que l'accueil des publics spécifiques et la prise en charge du décès restent encore trop peu investies.

Afin de progresser sur ce sujet, la sensibilisation des professionnels apparaît comme indispensable, la mise en place d'informations est à renforcer et la conduite de formations sur les droits des usagers est à promouvoir.

L'accompagnement des usagers au sein des établissements de santé

Les personnes chargées des relations avec les usagers

Depuis 2009, la fonction de **personne chargée des relations avec les usagers et les associations (PCRU)** constitue un métier à part entière de la fonction publique hospitalière. Les PCRU ont pour mission d'assurer l'interface entre les usagers, l'établissement et les professionnels de santé. Ces intermédiaires sont donc à l'écoute du public et peuvent également aider les établissements et professionnels à mieux appréhender les attentes des usagers afin d'améliorer la qualité et la prise en charge.

En 2014, les trois quarts des établissements de la région (74 %⁶¹) ont désigné une personne chargée des relations avec les usagers et les associations dans leur enceinte⁶². Un peu moins de la moitié d'entre elles (48 %) sont employées à temps plein, alors que c'était le cas de 57 % des PCRU en 2013.

Afin qu'elle puisse faire le lien entre les professionnels et le public, il est important que la PCRU soit connue de tous. **A cet égard, 76 % des établissements déclarent que la PCRU apparaît dans le livret d'accueil et que ses coordonnées sont affichées dans les services.** Une meilleure communication est à ce sujet notée par rapport à 2013, où c'était le cas de 70 % des structures pour le livret d'accueil et de 73 % pour les coordonnées. La PCRU est par ailleurs connue des personnes qui assurent le standard ou l'accueil de la plupart des établissements (98 %).

Une grande avancée sur la participation des PCRU à la CRUQPC a été notée en 2014, 95 % des établissements déclarant leur présence systématique contre 70 % en 2013.

Dans 77 % des établissements, la PCRU participe à d'autres instances relatives au droit des usagers telles que les CLUD, CLIN, CLAN⁶³ (73 % en 2013).

Des échanges sont de plus organisés entre la PCRU et les équipes soignantes dans 74 % des structures contre 62 % en 2013. La fréquence de ces échanges est variable, de 1 à 4 fois. Ils ont lieu au moins quatre fois par an dans 48 % des établissements.

Les trois quarts des établissements (76 %) déclarent par ailleurs que la PCRU se rend dans les lieux fréquentés par le public (71 % en 2013).

Une meilleure visibilité de la PCRU en interne comme auprès du public est donc à noter en 2014.

61 - Ce chiffre s'élevait à 72 % en 2013 et 76 % en 2012.

62 - Cette désignation est systématique dans tous les établissements de l'AP-HP et des hôpitaux des armées.

63 - Comités de lutte contre la douleur (CLUD), Comités de lutte contre les infections nosocomiales (CLIN), Comités de liaison alimentation/nutrition (CLAN).

Les maisons des usagers

Une circulaire du ministère de la Santé du 28 décembre 2006 incite les établissements de santé à mettre en place un dispositif de type « maison des usagers ». Il s'agit de promouvoir un lieu d'accueil, d'échanges, d'écoute, d'expression et d'information pour les usagers et les associations⁶⁴.

Si le nombre de maisons des usagers reste globalement faible sur la région, l'année 2014 a vu l'ouverture de 8 d'entre elles, ce qui porte à 28⁶⁵ leur nombre total, dont 25 disposent de locaux dédiés.

Les maisons des usagers ont vocation à accueillir les associations présentes dans les établissements de santé. En moyenne, 7 associations sont représentées dans ces structures, ce nombre étant de 13 au sein des grands établissements.

Les activités de ces maisons des usagers portent sur :

- l'information du public (89 % des cas) ;
- la mise en place d'ateliers (52 %) ;
- la réalisation d'animations auprès du public (52 %) ;
- d'autres activités (37 %).

NB : Des erreurs de saisie des données ont été constatées et rendent le calcul du nombre moyen d'heures d'ouverture impossible.

CHIFFRES CLÉS

74 % des établissements ont désigné une PCRU

28 maisons des usagers existent dans la région

Les personnes chargées des relations avec les usagers et les associations sont des interfaces qui favorisent les contacts directs avec les usagers de l'établissement. L'implication croissante des PCRU dans les CRUQPC ainsi que l'ouverture de 8 nouvelles maisons des usagers dans la région sont à féliciter.

64 - Pour en savoir plus :

http://www.sante.gouv.fr/IMG/pdf/Maison_des_Usagers_de_Sainte-Anne_Article_gestions_hospitalieres_MARS_2010.pdf.

65 - Parmi ces 28 maisons des usagers, 19 sont dans le secteur public et à l'AP-HP.

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

Rappel juridique :

Parmi les missions qui lui sont conférées par l'article **L.11123** du Code de la santé publique, la CRUQPC doit « *contribuer à l'amélioration de la qualité de l'accueil [...] et de la prise en charge* ». Elle est consultée sur la politique menée dans l'établissement sur ce domaine et doit formuler des propositions. Sur ce point, le rapport annuel de la CRUQPC, dont le contenu est fixé par l'article **R.111280** du même code, constitue un levier conséquent.

Plus de 97 % des CRUQPC ont déclaré avoir été associées aux actions d'amélioration de la qualité et de la prise en charge, correspondant précisément au cœur de leur mission.

Il est primordial que la CRUQPC puisse étudier les droits des usagers dans l'établissement au moyen d'une information complète sur l'avis des usagers, des réclamations et des enquêtes de satisfaction notamment. Elle doit pouvoir émettre des recommandations afin de sensibiliser les différentes instances et interlocuteurs de l'établissement à l'amélioration des pratiques et de la prise en charge des patients.

Le rapport d'activité annuel

Rappel juridique :

Selon les articles **L.61441** et **L.6161 2** du Code de la santé publique, le rapport d'activité doit être pris en compte dans les programmes d'actions élaborés par la Commission médicale d'établissement (CME), ou, le cas échéant, par la Conférence médicale sur la politique d'amélioration continue de la qualité et de la sécurité des soins.

Le rapport annuel recense l'ensemble des analyses et des propositions de la CRUQPC. Il est supposé être co-construit avec l'ensemble des membres de la commission. En 2014, 82 % des CRUQPC déclarent que cette co-construction est effective.

Plus de la moitié des représentants des usagers ont émis des observations favorables sur ce rapport, en premier lieu sur le fonctionnement de la CRUQPC (77 % des cas) et en second lieu sur la gestion des réclamations (76 %).

Seuls 7 % des RU ont émis des réserves sur ce rapport, réserves qui concernaient essentiellement des sujets de fonctionnement de la CRUQPC, à savoir leur association au rapport d'activité, leur participation aux groupes de travail de l'établissement et leur lien avec les soignants.

Une meilleure association des CRUQPC au projet d'établissement est cependant notée en 2014, pour 66 % d'entre elles (58 % en 2013). Cet effort doit donc être poursuivi en 2015, notamment dans les 34 % restantes.

Ce rapport a vocation à être présenté au conseil de surveillance de l'établissement ou à l'organe collégial qui en tient lieu pour alimenter, au moins une fois par an, ses délibérations sur la politique de l'établissement en matière de droits des usagers, de qualité de l'accueil et de prise en charge. Il a également vocation à être présenté pour avis aux autres instances consultatives concernées.

En 2014, un certain nombre d'établissements ne présentent toujours pas le rapport de la CRUQPC au conseil de surveillance ou à l'instance de direction (35 %), à la commission médicale d'établissement (33 %) et aux autres instances (87 %). Les retours de la CRUQPC sont pourtant indispensables à l'amélioration de la politique menée en matière de respect des droits des usagers.

Les recommandations émises par les CRUQPC

Rappel juridique :

L'article **R.111280** du Code de la Santé publique stipule que la CRUQPC formule des recommandations 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.

Seules 53 % des CRUQPC ont formulé des recommandations aux établissements en 2014. Une forte dégradation est constatée depuis 2012, période à laquelle plus de 73 % des CRUQPC formulaient des recommandations⁶⁶.

Les commentaires des établissements permettent de souligner que ces recommandations portent sur des domaines distincts selon le type d'établissement. De façon générale, elles concernent principalement :

- l'information du patient (amélioration du livret d'accueil, mise en place d'une signalétique, visibilité des RU...) ;
- la qualité des prestations (télévision, restauration, conditions d'accueil...) ;
- la réduction des délais d'attente et d'obtention des dossiers médicaux.

Pour les CRUQPC ayant formulé des recommandations en 2013, seules 57 % ont évalué leur application en 2014. Ces recommandations ont en moyenne été mises en application dans 75,5 % des cas.

Seules 27 % des CRUQPC ont à la fois émis des recommandations en 2014 et évalué l'application des recommandations émises en 2013.

⁶⁶ - Ce chiffre était de 57 % en 2013.

CHIFFRES CLÉS

53 % des CRUQPC ont émis des recommandations

57 % des CRUQPC ont émis des recommandations en 2013 et les ont évaluées en 2014

Afin que la CRUQPC puisse jouer pleinement son rôle de levier pour l'amélioration de la qualité, le rapport d'activité doit être co-construit en séance et valorisé auprès des différentes instances de l'établissement, ce qui est encore trop peu fréquent dans les établissements franciliens.

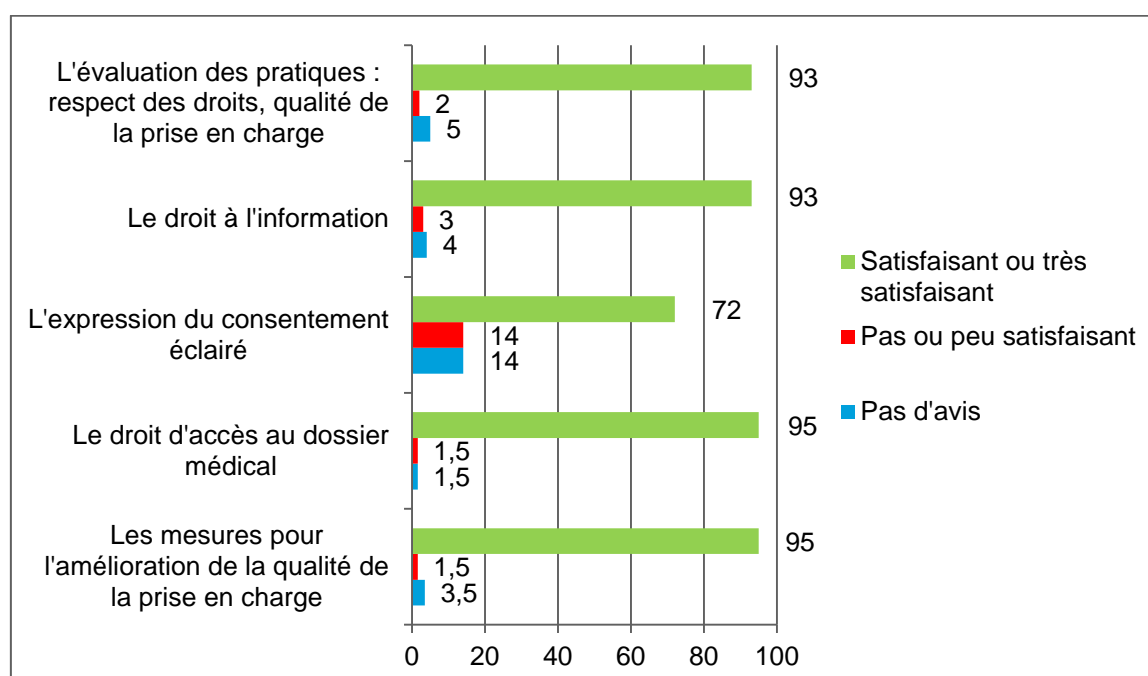
L'expression des membres des CRUQPC

Avis des CRUQPC sur les actions des établissements de santé

Comme les années précédentes, les membres de la CRUQPC ont été invités à exprimer leur degré de satisfaction concernant le respect des droits des usagers et la qualité de l'accueil et de la prise en charge au sein des établissements de santé les concernant. **Un peu plus de la moitié des CRUQPC ont souhaité s'exprimer sur ce sujet.**

L'analyse de ces données démontre que ces CRUQPC sont globalement satisfaites des actions mises en place par les établissements de santé :

- 95 % sont satisfaites ou très satisfaites du droit d'accès au dossier médical ;
- 95 % sont satisfaites ou très satisfaites des mesures prises pour l'amélioration de la qualité et de la prise en charge ;
- 93 % sont satisfaites ou très satisfaites de l'évaluation des pratiques en matière de respect des droits des usagers et de la qualité de la prise en charge en général ;
- 93 % sont satisfaites ou très satisfaites du droit à l'information ;
- 72 % sont satisfaites ou très satisfaites de l'expression du consentement éclairé mais 14 % sont en revanche peu ou non satisfaites.



Avis des CRUQPC sur leur propre fonctionnement

A l'occasion du rapport annuel, les membres de la CRUQPC ont également été invités à formuler leur avis sur le fonctionnement de l'instance, en identifiant des points forts, des points faibles ou des pistes d'améliorations, le cas échéant.

Comme les années précédentes, le fonctionnement de la CRUQPC est très apprécié, qu'il s'agisse de la disponibilité de ses membres, de la dynamique globale ou de la fréquence des réunions. Beaucoup de CRUQPC félicitent la circulation de l'information et notamment « *la transparence de l'information* », « *la confiance et l'entente* », « *la liberté de parole* » et « *le bon niveau d'information sur le fonctionnement général de l'établissement* ». La « *qualité des débats* » au sein de cette instance et les échanges fructueux qui en ressortent ont en particulier été soulignés.

De plus, la forte implication des membres et particulièrement celle des représentants des usagers a été reconnue, notamment pour leur rôle de porte-parole des usagers et d'intermédiaire entre le personnel et le patient.

Malgré ces aspects très positifs, des pistes d'amélioration ont été évoquées, notamment **la nécessité d'avoir plus de représentants des usagers au sein de la commission et d'assurer une interaction avec les autres instances de l'établissement**.

Dans ce cadre, un besoin en formation des membres médiateurs et des représentants des usagers a été spécifié.

POINTS DE SATISFACTION

- Implication des membres, notamment des RU
- Confiance et bonne entente
- Transparence de l'information
- Qualité des débats

AXES D'AMÉLIORATION



- Compter sur le nombre de RU requis dans les instances
- Renforcer la formation des membres de la CRUQPC
- Consolider sa visibilité en interne et ses liens avec les autres instances de l'établissement

Avis des responsables d'établissements sur le fonctionnement des CRUQPC

186 directeurs d'établissements, soit 48 % des CRUQPC, ont souhaité donner leur avis et une note sur le fonctionnement de leur CRUQPC. Une note moyenne de 8.1/10 a été attribuée, les notes variant de 2 à 10/10 selon les établissements. La gestion des réclamations par la CRUQPC est par exemple un point qui satisfait entièrement les responsables qui se sont exprimés.

Les commentaires saisis permettent en outre de noter que l'avis des responsables d'établissements ne diffère pas de celui de la CRUQPC. La forte implication des représentants des usagers est là aussi plébiscitée.

Une CRUQPC souligne à ce titre que : « *la CRUQPC nous permet d'avoir une vision au plus proche du patient. La relation privilégiée que nous avons avec les représentants des usagers nous permet de toujours remettre en cause les organisations et de les faire évoluer afin d'obtenir une prise en charge optimale du patient* ».

La tenue des réunions, leur fréquence, la disponibilité des membres et la qualité des échanges sont d'autre part félicités dans les rapports d'activité.

Cependant, des axes d'amélioration sont à définir au sujet du nombre de RU au sein de la CRUQPC, la visibilité et la notoriété de la commission et la communication auprès du patient. Certains établissements soulignent que l'implication du corps médical est à susciter, d'autres envisagent la mise place d'une CRUQPC permanente ou d'une CRUQPC complémentaire plus restreinte.

POINTS DE SATISFACTION

Implication des membres, notamment des RU

Tenue des réunions

Gestion des réclamations

Qualité des débats

AXES D'AMÉLIORATION



Compter sur le nombre de RU requis dans les instances

Renforcer la communication auprès du patient

Consolider la visibilité de la CRUQPC et ses liens avec les autres instances de l'établissement

Intégrer le corps médical

Les avis des membres des CRUQPC qui se sont exprimés sont encourageants et illustrent l'implication de l'ensemble des acteurs sur le sujet des droits des usagers dans certains établissements. Cette dynamique est attendue dans toutes les structures de la région.

Les commentaires permettent également de croiser les données chiffrées avec la réalité du terrain pour éclairer certains sujets comme le manque de représentants des usagers, pénalisant pour le fonctionnement de la CRUQPC et la nécessité de rendre cette commission plus visible.

Conclusion

Les données 2014 révèlent que des progrès continuent d'être réalisés en matière de fonctionnement des CRUQPC et de leur participation à l'amélioration de la qualité de la prise en charge au sein des établissements franciliens. L'ARS Île-de-France constate à ce titre une tendance à l'amélioration de certains indicateurs clés depuis quatre ans :

- Une meilleure visibilité de la CRUQPC et de ses membres ;
- Une meilleure information de la CRUQPC ;
- Une meilleure information des usagers sur leurs droits ;
- Une amélioration de certains droits tels que les **délais d'accès au dossier médical**, **l'accueil des personnes à mobilité réduite**, **la prise en charge de la douleur** et **la promotion de la bientraitance**.

Cependant, certains sujets majeurs requièrent d'être encore plus investis par les CRUQPC et les structures concernées :

- La **représentation des usagers**, le recrutement des RU, les moyens qui leurs sont accordés et leur lien avec les usagers ;
- La **médiation**, encore très peu utilisée après une réclamation ;
- La **formation des membres** des CRUQPC, qui demande à être renforcée ;
- La **place de la CRUQPC dans les établissements**, qui mériterait d'être affirmée ;
- L'effectivité et le respect des **droits des usagers** tels que les **directives anticipées relatives à la fin de vie** ou **l'accueil des publics dits spécifiques** (personnes non voyantes, illettrées, analphabètes, malentendantes).

Pour rappel, le **Schéma de promotion de la démocratie en santé 2013-2017 de l'ARS Île-de-France** a fixé **trois axes prioritaires dans le secteur sanitaire**, à savoir :

- Vérifier la mise à disposition par les établissements de l'information sur les indicateurs « qualité de prise en charge des patients »⁶⁷ ;
- Promouvoir la formation et l'accompagnement des représentants des usagers au travers du partenariat avec le Collectif Interassociatif Sur la Santé (CISS Île-de-France), la Coordination Régionale des Retraités et Personnes Agées (CORERPA) et les fédérations hospitalières ;
- Contribuer à **informer le grand public** sur l'existence, le rôle et les missions des représentants des usagers qui siègent dans les CRUQPC des établissements de santé en lançant une campagne d'information.

Ces trois points continueront de faire l'objet d'une attention particulière.

Prévue à l'article 44 du projet de loi de modernisation de notre système de santé, l'évolution à venir des CRUQPC en Commissions des usagers (CDU) a pour ambition de réaffirmer la place des usagers dans les établissements de santé. Dotées de missions supplémentaires, ces commissions devraient renforcer leur place au sein des établissements en faveur de l'amélioration de la qualité de la prise en charge et du respect des droits des patients et de leurs proches.

67 - Indicateurs IQPASS définis par la Haute Autorité de Santé et dont le recueil est obligatoire depuis 2012 dans le cadre de la certification des établissements de santé : http://www.has-sante.fr/portail/jcms/c_1219672/fr/ipagss-2015-mco-deuxieme-campagne-nationale-de-recueil-des-indicateurs-du-theme-qualite-de-la-prise-en-charge-des-patients-hemodialyses-chroniques-dia

ANNEXES

Annexe 1 – Cadre juridique

Les CRUQPC

La loi du 4 mars 2002 et le décret n°2005-213 du 2 mars 2005 ont instauré la création, dans chaque établissement de santé public ou privé, d'une commission des relations avec les usagers et de la qualité de la prise en charge. Ses conditions de fonctionnement, sa composition et ses missions sont fixées par le Code de la santé publique (CSP), codifiées dans les articles L.1112-3 et R.1112-79 à R.1112-94.

Tous les établissements de santé doivent se doter d'une CRUQPC [art. R.1112-79 du CSP]. Elle doit être **composée a minima** comme suit [art. R.1112-81 à R.1112-84 du CSP] :

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

La CRUQPC a pour mission de **veiller au respect des droits des usagers**, de **faciliter leurs démarches** et de **contribuer à l'amélioration de la prise en charge des malades en associant les représentants des usagers** [art. R.1112-80 du CSP].

Pour ce faire, **toutes les informations nécessaires à l'exercice de ses missions doivent lui être transmises**, notamment l'ensemble des plaintes et réclamations adressées à l'établissement de santé ainsi que les réponses qui y sont apportées [art. R.1112-80 du CSP].

La CRUQPC **doit se réunir au moins une fois par trimestre** (sur convocation de son président) et aussi souvent que nécessaire pour procéder à l'examen des plaintes et réclamations qui lui sont transmises. La réunion est de droit à la demande de la moitié au moins des membres ayant voix délibérative [art. R.1112-88 du CSP].

Chaque année, après avis des instances consultatives concernées, les CRUQPC doivent **transmettre leur rapport d'activité au conseil de surveillance ou à l'organe collégial qui en tient lieu dans le cadre des délibérations sur la politique de l'établissement concernant les droits des usagers et la qualité de l'accueil et de la prise en charge** [art. R.1112-80 du CSP]. Il est ensuite **envoyé à l'ARS ainsi qu'à la Conférence Régionale de la Santé et de l'Autonomie** [art. L.1112-3 du CSP]. Ce rapport **doit être pris en compte dans le programme d'actions élaboré par la CME pour contribuer à l'élaboration de la politique d'amélioration continue de la qualité et de la sécurité des soins ainsi que des conditions d'accueil et de prise en charge des usagers** [art. L.6144-1 et L.6161-2 du CSP].

La CRUQPC doit par ailleurs **émettre 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 [art. R.1112-80 du CSP].

Les **représentants des usagers** peuvent, dans certaines conditions, **bénéficier d'un congé de représentation ou être indemnisés de leurs frais de déplacement** dans le cadre de leur mission au sein de la CRUQPC [art. L.1114-3 et R.1112-90 du CSP].

La médiation

Le représentant légal d'un établissement de santé doit recevoir l'ensemble des plaintes et réclamations et y répondre dans les meilleurs délais, **en avisant le plaignant de la possibilité qui lui est offerte de saisir un médiateur ou en informant l'intéressé qu'il procède à cette saisine** [art. R.1112-92 du CSP].

Quand il y a une médiation, le médiateur doit, **dans les huit jours qui suivent, en adresser le compte rendu au président de la CRUQPC qui le transmet sans délai, accompagné de la plainte ou de la réclamation, aux membres de la commission ainsi qu'au plaignant** [art. R.1112-94 du CSP].

Le livret d'accueil

Un livret d'accueil doit être remis à chaque patient lors de son admission, avec la charte du patient hospitalisé en annexe [art.L1112-2 du CSP].

Les conditions d'accès aux informations de santé, notamment au dossier médical, ainsi que leur durée de conservation et les modalités de cette conservation doivent être mentionnées dans le livret d'accueil [art. R.1112-9 du CSP].

Le livret d'accueil doit contenir 3 types d'indications, regroupées en trois grandes catégories informations⁶⁸ :

- les conditions de mise à la disposition d'une information portant notamment sur la nature des activités de l'établissement ;
- l'organisation générale de l'établissement et les formalités administratives ;
- les droits de la personne hospitalisée.

Le dossier médical

Le délai maximum de traitement des demandes d'accès au dossier médical est de **8 jours pour les dossiers de moins de 5 ans et 2 mois pour les dossiers antérieurs** [art. L.1111-7 et R.1111-1 du CSP].

Les questionnaires de sortie et enquêtes de satisfaction

Tout hospitalisé reçoit avant sa sortie un questionnaire destiné à recueillir ses appréciations et ses observations [art. L.1112-2 et R.1112-67 du CSP].

Par ailleurs, les établissements de santé doivent procéder à une évaluation régulière de la satisfaction des usagers, portant notamment sur les conditions d'accueil et de séjour [art. L.1112-2 du CSP].

Les établissements publics et privés de santé doivent mettre à la disposition du public les résultats, publiés chaque année, des indicateurs de qualité et de sécurité des soins [art. L.6144-1 et L.6161-2 du CSP]⁶⁹.

⁶⁸ - Arrêté du 15 avril 2008 relatif au contenu du livret d'accueil des établissements de santé, JORF n°0112, 15 mai 2008 p. 7917, texte n°17.

Les informations à destination des usagers

Toute personne a droit à une information sur les frais auxquels elle pourrait être exposée à l'occasion d'activités de prévention, de diagnostic et de soins et sur les conditions de leur prise en charge. Par ailleurs, le professionnel de santé doit afficher de façon visible et lisible dans sa salle d'attente ou à défaut dans son lieu d'exercice les informations relatives à ses honoraires, y compris les dépassements qu'il facture [art. L.1111-3 du CSP]. Enfin, une information écrite doit être remise au patient par le professionnel de santé dès lors que les tarifs des actes et prestations de la consultation ou de celle-ci couplée à une autre qui est alors prescrite sont supérieurs à 70 euros et comportent au moins un dépassement d'honoraire⁷⁰.

Toute personne a le droit d'être informée sur son état de santé, par tout professionnel de santé, au cours d'un entretien individuel [art. L.1111-2 du CSP].

La personne de confiance

Lors de toute hospitalisation dans un établissement de santé, il doit être proposé aux personnes majeures de désigner par écrit une personne de confiance qui peut être un parent, un proche ou le médecin traitant, et qui sera consultée au cas où elles-mêmes seraient hors d'état d'exprimer leur volonté et de recevoir l'information nécessaire à cette fin [art. L.1111-6 du CSP].

L'accès aux établissements

Les établissements de santé doivent être accessibles aux personnes handicapées, quel que soit leur handicap. Pour cela, ils doivent être aménagés de façon à ce que ces personnes puissent **circuler, accéder aux locaux et équipements, utiliser les équipements, se repérer, communiquer et bénéficier de leurs prestations**. Les conditions d'accès des personnes handicapées doivent être **les mêmes** que celles des personnes valides ou, à défaut, présenter une **qualité d'usage équivalente** [art. R.111-19-1 et R.111-19-2 du Code de la construction et de l'habitation].

69 - Sous peine de sanction financière, selon l'article D.6111-23 du Code de la santé publique.

70 - Arrêté du 2 octobre 2008 fixant le seuil prévu à l'article L. 1111-3 du Code de la santé publique, JORF n°0238, 11 octobre 2008, p. 15687, texte n°22.

Annexe 2 – Répartition des associations agréées dans les CRUQPC

D'après les articles L.1114-1 et R.1114-1 du Code de la santé publique, seules les personnes mandatées par une association agréée peuvent siéger en CRUQPC en tant que représentants des usagers. **Selon les dernières recommandations de la Commission Nationale d'Agrément, une association non agréée, adhérente d'une fédération ou une union qui elle, est agréée, peut toutefois se faire prévaloir de cette adhésion et mandater un représentant des usagers.** Pour cela, l'association qui dépose la candidature doit présenter dans son dossier un mail ou un courrier de la fédération ou de l'union l'autorisant à mandater un représentant des usagers en son nom. À noter toutefois que cette procédure n'est valable **que pour les associations faisant partie d'un même champ thématique.**

La participation des représentants des usagers au sein des CRUQPC repose également sur l'investissement des associations. Ces dernières sont tenues **de former, d'informer et de soutenir dans l'exercice de leurs missions les représentants des usagers qu'elles mandatent au sein des CRUQPC.**

Comme dans les synthèses régionales des années précédentes, cette annexe propose une analyse de la proportion des associations agréées en CRUQPC selon le nombre de mandats délivrés.

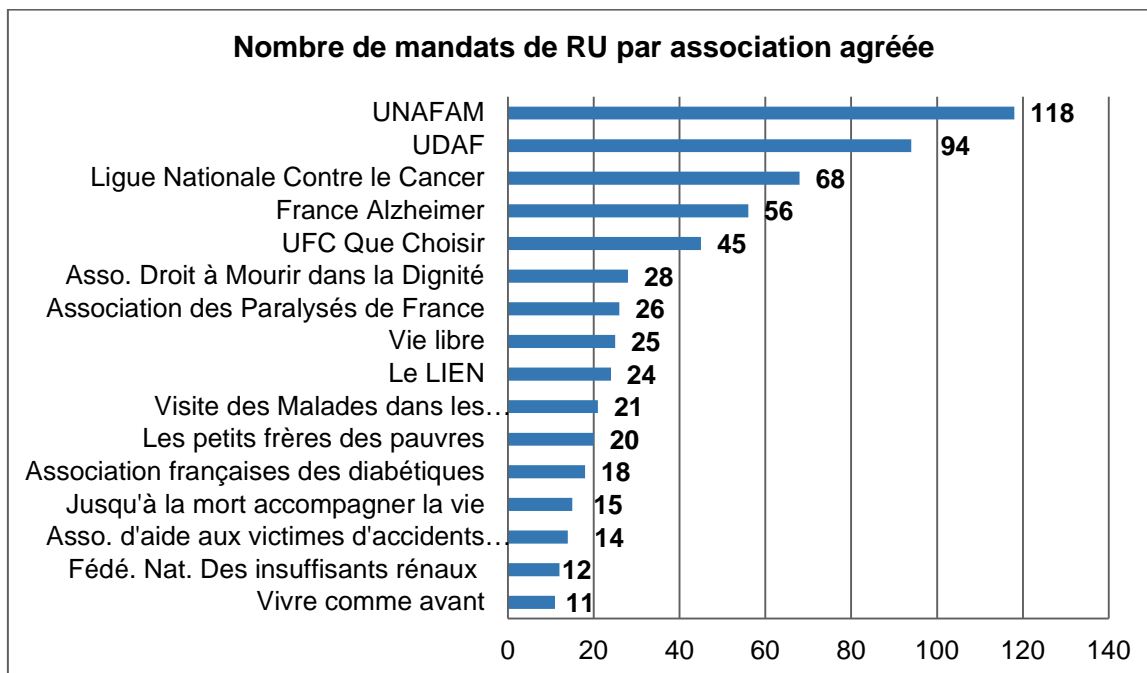
Sur les **980 mandats** de représentants des usagers **pourvus** en région, **832, soit 85 % sont occupés avec certitude par une personne appartenant soit à une association agréée, soit à une association non agréée adhérente d'une fédération ou d'une union agréée.**

52 associations bénéficient d'un **agrément au niveau régional** et **141 associations** d'un **agrément national**⁷¹.

Au total, **99 associations agréées**, soit au niveau régional, soit au niveau national, ont mandaté des membres pour siéger en CRUQPC. À noter que si l'on ajoute les associations non agréées ayant fait valoir leur adhésion à une union ou une fédération agréée, elles sont **132 au total** à avoir proposé la candidature de représentants des usagers dans les CRUQPC franciliennes.

Toutefois, **la répartition des mandats de représentants des usagers est inégale chez les associations.** Sur les 99 associations agréées ayant mandaté des représentants d'usagers en 2014, près de la moitié en ont mandaté moins de 3 (47 %) et 19 en ont mandaté au moins 10.

⁷¹ - Les **listes des associations agréées au niveau régional et au niveau national** sont accessibles sur le site internet du ministère des Affaires sociales, de la Santé et des Droits des Femmes : <http://www.sante.gouv.fr/l-agrement-des-associations-de-malades-et-d-usagers-du-systeme-de-sante.html>.



Depuis 2011, l'Union nationale de familles et amis de personnes malades et/ou handicapées psychiques (**UNAFAM**) constitue l'**union agréée ayant mandaté le plus grand nombre de représentants des usagers en CRUQPC.**

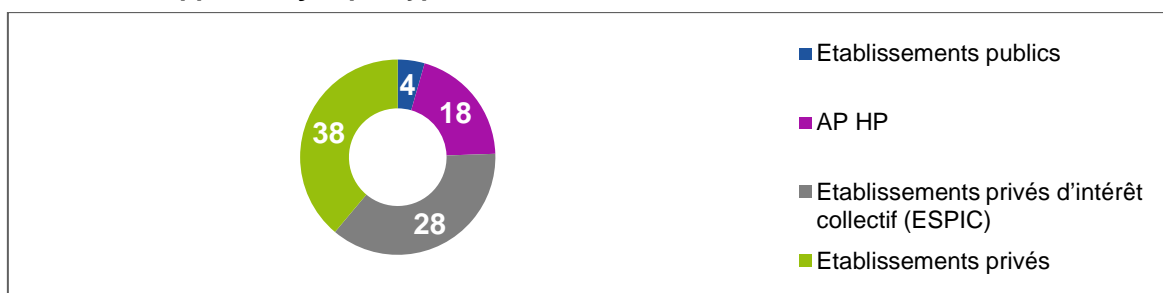
Annexe 3 – Focus Territoriaux

75 – PARIS

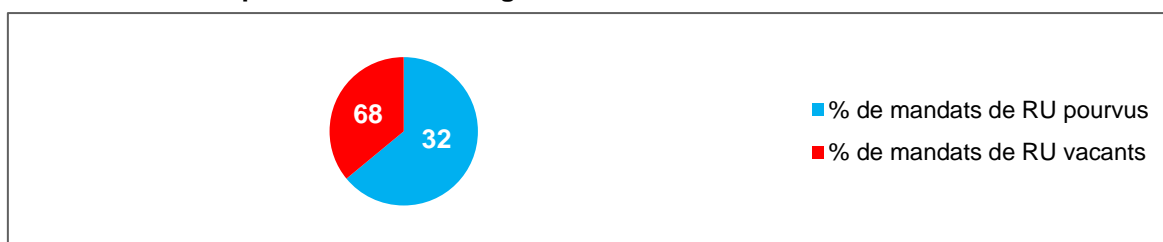
Nb de rapports reçus : 88 (taux de retour de 100 %)

Nb d'entrées enregistrées : 5 243 096 (- 616 912 par rapport à 2013)

Nombre de rapports reçus par type d'établissement



Les mandats de représentants des usagers



Les indicateurs clés

	2013	2014	Région
Nb de réclamations enregistrées	5 985	7 209 (+ 1 124)	
% de réclamations traitées	78 %	73 %	
Délais de réponse en jours	16,1	17,3	16,5
Nb de médiations réalisées	236	375 (+ 139)	
Nb de demandes d'accès au dossier médical	12 896	14 359 (+ 1 463)	
% de demandes d'accès au dossier médical traitées	84 %	83 %	
% de CRUQPC :			
ne comptant pas les 4 RU requis	66 %	60 %	72 %
se réunissant au moins 4 fois /an	71 %	64 %	68 %
utilisant d'autres modes de travail que les réunions physiques	54 %	65 %	57 %
informées des événements indésirables graves	79 %	80 %	86 %
ayant présenté leur rapport devant l'instance de direction	63 %	60 %	65 %
Taux de participation des membres de la CRUQPC	82 %	80 %	78 %

% des établissements de santé dans lesquels :	2013	2014	Région
les RU sont connus du standard	79 %	82 %	86 %
le personnel est informé sur le rôle et la composition de la CRUQPC	88 %	85 %	85 %
les professionnels de santé sont renseignés sur les directives anticipées relatives à la fin de vie	70 %	78 %	85 %
le livret d'accueil est remis systématiquement lors de l'hospitalisation	99 %	76 %	88 %
une information sur les tarifs est affichée dans tous les lieux de consultation	73 %	72 %	77 %
Un dispositif de promotion de la bientraitance est mis en place	86 %	83 %	87 %
des évaluations de pratiques professionnelles sur le respect des droits des usagers sont conduites	69 %	55 %	65 %
les personnes à mobilité réduite n'ont pas d'accès spécifique	9 %	11 %	6 %
Taux d'application des recommandations de la CRUQPC	35 %	74 %	75,5 %

RÉSULTATS POSITIFS

Un impact favorable sur l'amélioration de la qualité

- **74 % des recommandations émises et évaluées par les CRUQPC ont été mises en application** (35 % seulement en 2013)
- **100 % des CRUQPC ont été associées aux actions d'amélioration de la qualité de prise en charge**

Les droits des usagers

- **38 % des établissements ont développé des dispositifs d'accueil spécifiques** pour les personnes malentendantes, non ou malvoyantes, non francophones, illettrées ou analphabètes

Une information bien dispensée

- **98 % des établissements ont informé leurs représentants des usagers de leurs droits et obligations**
- **85 % des établissements ont informé le personnel du rôle et de la composition des CRUQPC**

POINTS DE VILIGANCE

La représentation des usagers

- **60 % des CRUQPC ne comptent pas les 4 représentants d'usagers requis**
- **57 % des établissements déclarent que des temps d'échanges entre les représentants des usagers et le personnel soignant ne sont pas organisés**
- **47 % des représentants des usagers ne vont pas à la rencontre des patients et de leurs proches au sein des établissements**

Les droits des usagers

- **Plus de la moitié des établissements ne proposent pas de formation aux professionnels de santé sur le respect des droits des usagers** (56 %)

L'amélioration de la qualité de la prise en charge

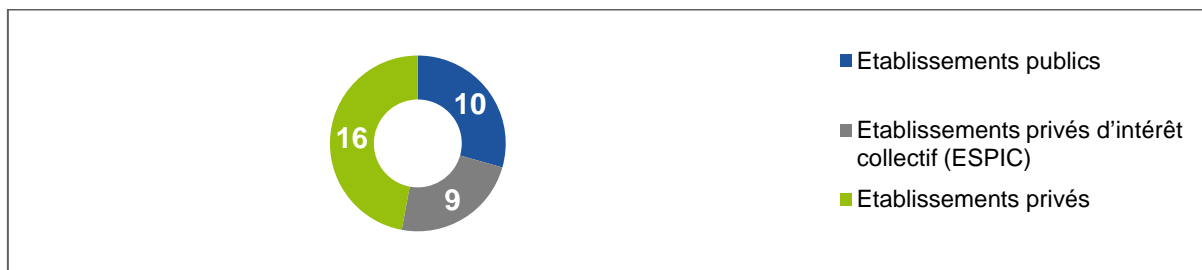
- **La part des CRUQPC ayant présenté leur rapport devant le conseil de surveillance ou l'instance de direction diminue depuis 2013** (71 % en 2012 contre 60 % en 2014)
- **43 % des CRUQPC n'ont pas formulé de recommandations aux établissements**
- **68 % des CRUQPC n'ont pas évalué l'application des recommandations émises en 2013**

77 – SEINE-ET-MARNE

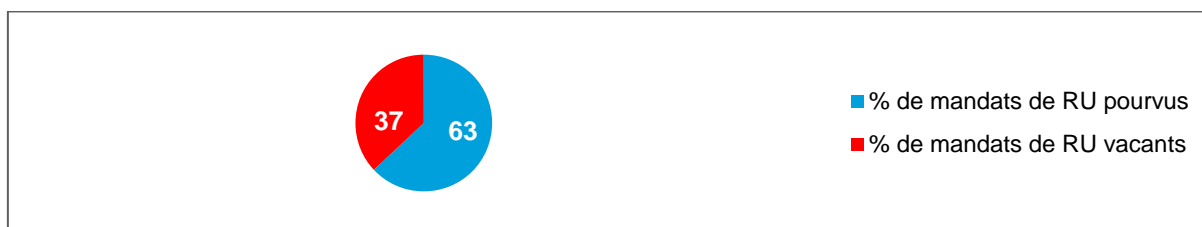
Nb de rapports reçus : 35 (taux de retour de 100 %)

Nb d'entrées enregistrées : 911 007 (+ 330 638 par rapport à 2013)

Nombre de rapports reçus par type d'établissement



Les mandats de représentants des usagers



Les indicateurs clés

	2013	2014	Région
Nb de réclamations enregistrées	1 344	1 457 (+ 113)	
% de réclamations traitées	70 %	61 %	
Délais de réponse en jours	18	16,7	16,5
Nb de médiations réalisées	94	70 (- 24)	
Nb de demandes d'accès au dossier médical	2 899	2 946 (+ 47)	
% de demandes d'accès au dossier médical traitées	89 %	84 %	
% de CRUQPC :			
ne comptant pas les 4 RU requis	85 %	73 %	72 %
se réunissant au moins 4 fois /an	65 %	62 %	68 %
utilisant d'autres modes de travail que les réunions physiques	41 %	50 %	57 %
informées des événements indésirables graves	79 %	85 %	86 %
ayant présenté leur rapport devant l'instance de direction	74 %	77 %	65 %
Taux de participation des membres de la CRUQPC	76 %	77 %	78 %
% des établissements de santé dans lesquels :			
les RU sont connus du standard	88 %	88 %	86 %
le personnel est informé sur le rôle et la composition de la CRUQPC	88 %	85 %	85 %
les professionnels de santé sont renseignés sur les directives anticipées relatives à la fin de vie	94 %	88 %	85 %

% des établissements de santé dans lesquels :	2013	2014	Région
le livret d'accueil est remis systématiquement lors de l'hospitalisation	91 %	91 %	88 %
une information sur les tarifs est affichée dans tous les lieux de consultation	79 %	74 %	77 %
un dispositif de promotion de la bientraitance est mis en place	91 %	79 %	87 %
des évaluations de pratiques professionnelles sur le respect des droits des usagers sont conduites	68 %	62 %	65 %
les personnes à mobilité réduite n'ont pas d'accès spécifique	3 %	0 %	6 %
Taux d'application des recommandations de la CRUQPC	79 %	81 %	75,5 %

RÉSULTATS POSITIFS

La représentation des usagers

- **100 % des établissements ont informé les représentants des usagers de leurs droits et obligations**
- **65 % des établissements déclarent que les représentants des usagers vont à la rencontre des usagers** (56 % pour la région)

Les droits des usagers

- **35 % des établissements ont développé des dispositifs d'accueil spécifiques** pour les personnes malentendantes, non ou malvoyantes, non francophones, illettrées ou analphabètes (27 % seulement pour la région)

Un impact favorable sur l'amélioration de la qualité

- **97 % des CRUQPC sont associées aux actions d'amélioration relatives à la qualité**
- **81 % des recommandations émises et évaluées par les CRUQPC ont été mises en application** (76 % pour la région)

POINTS DE VIGILANCE

La représentation des usagers

- **73 % des CRUQPC ne comptent pas les 4 représentants d'usagers requis**
- **Plus de la moitié des établissements déclarent que des temps d'échanges entre les représentants des usagers et le personnel soignant ne sont pas organisés** (56 %)

Les droits des usagers

- **71 % des établissements ne proposent pas de formation aux professionnels de santé sur le respect des droits des usagers**

La participation à l'amélioration de la qualité de la prise en charge

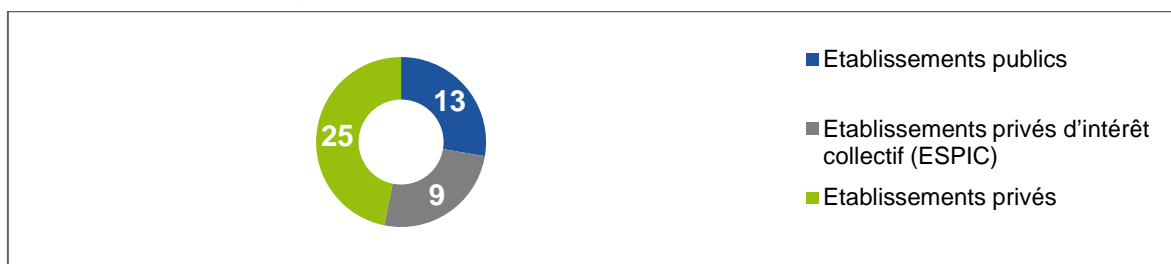
- **44 % des CRUQPC n'ont pas formulé de recommandations aux établissements**
- **56 % des CRUQPC n'ont pas évalué l'application des recommandations émises en 2013**

78 – YVELINES

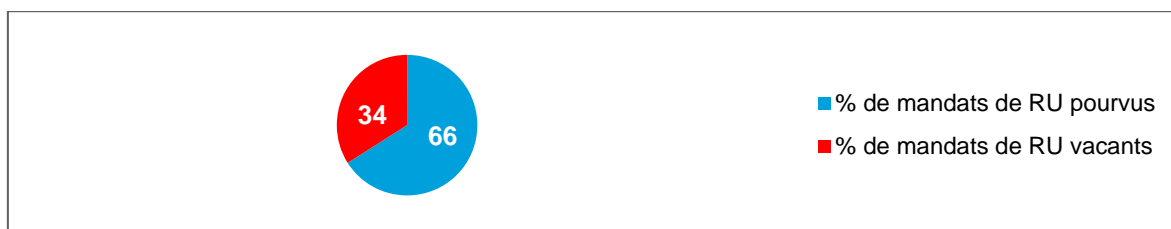
Nb de rapports reçus : 47 (taux de retour de 100 %)

Nb d'entrées enregistrées : 1 460 339 (+ 423 528 par rapport à 2013)

Nombre de rapports reçus par type d'établissement



Les mandats de représentants des usagers



Les indicateurs clés

	2013	2014	Région
Nb de réclamations enregistrées	1 544	1 790 (+ 246)	
% de réclamations traitées	70 %	59 %	
Délais de réponse en jours	10,6	14,4	16,5
Nb de médiations réalisées	93	92	
Nb de demandes d'accès au dossier médical	2 191	2 376 (+ 185)	
% de demandes d'accès au dossier médical traitées	83 %	84 %	
% de CRUQPC :			
ne comptant pas les 4 RU requis	74,5 %	72 %	72 %
se réunissant au moins 4 fois /an	51 %	57%	68 %
utilisant d'autres modes de travail que les réunions physiques	43 %	49 %	57 %
informées des événements indésirables graves	83 %	89 %	86 %
ayant présenté leur rapport devant l'instance de direction	57 %	70 %	65 %
Taux de participation des membres de la CRUQPC	79 %	77%	78 %
% des établissements de santé dans lesquels :			
les RU sont connus du standard	91,5 %	94 %	86 %
le personnel est informé sur le rôle et la composition de la CRUQPC	88 %	85 %	85 %
les PS sont renseignés sur les directives anticipées relatives à la fin de vie	94 %	87 %	85 %

% des établissements de santé dans lesquels :	2013	2014	Région
le livret d'accueil est remis systématiquement lors de l'hospitalisation	91 %	96 %	88 %
une information sur les tarifs est affichée dans tous les lieux de consultation	79 %	77 %	77 %
un dispositif de promotion de la bientraitance est mis en place	91 %	94 %	87 %
des évaluations de pratiques prof. sur le respect des droits des usagers sont conduites	68 %	70 %	65 %
Les personnes à mobilité réduite n'ont pas d'accès spécifiques	8.5 %	9 %	6 %
Taux d'application des recommandations de la CRUQPC	76 %	76 %	75,5 %

RÉSULTATS POSITIFS

Une information bien dispensée

- **96 % des établissements remettent systématiquement le livret d'accueil lors de l'hospitalisation**
- **91 % des établissements ont informé les représentants des usagers de leurs droits et obligations**

Des CRUQPC associées aux politiques d'amélioration de la qualité de prise en charge

- **70 % des CRUQPC ont présenté leur rapport devant le conseil de surveillance ou à l'instance de direction (57 % en 2013)**
- **96 % des CRUQPC sont associées aux actions d'amélioration relatives à la qualité**

POINTS DE VIGILANCE

La représentation des usagers

- **72 % des CRUQPC ne comptent pas les 4 représentants d'usagers requis**
- **Plus de la moitié des établissements déclarent que les représentants des usagers ne vont pas à la rencontre des patients et de leurs proches (57%)**
- **64 % des établissements déclarent que des temps d'échanges entre les représentants des usagers et le personnel soignant ne sont pas organisés**

Les droits des usagers

- **Les délais de réponses aux réclamations se sont allongés de près de 4 jours entre 2013 et 2014**
- **La proportion de réclamations traitées diminue d'année en année (99% en 2011 contre 59 % en 2014)**
- **Un peu plus de la moitié des établissements ne proposent pas de formation aux professionnels de santé sur le respect des droits des usagers (54 %)**
- **20 % des établissements ont développé des dispositifs d'accueil spécifiques pour les personnes malentendantes, non ou malvoyantes, non francophones, illettrées ou analphabètes (27 % pour la région)**

La participation à l'amélioration de la qualité de la prise en charge

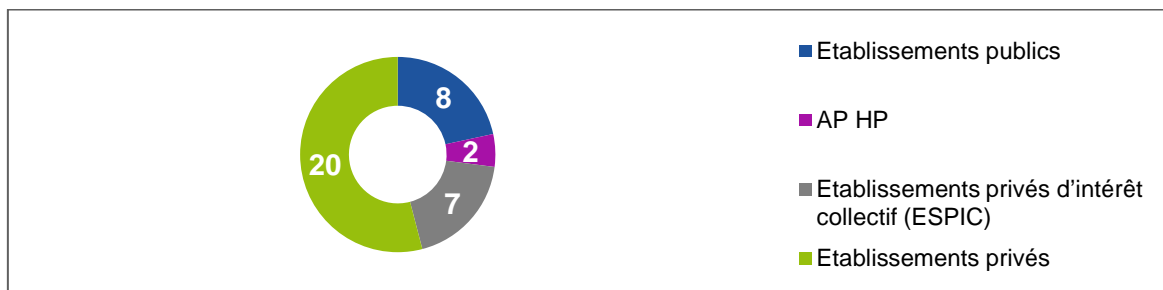
- **La moitié des CRUQPC n'ont pas formulé de recommandations aux établissements (51 %)**
- **Les 2/3 des CRUQPC n'ont pas évalué l'application des recommandations émises en 2013**

91 – ESSONNE

Nb de rapports reçus : 37 (taux de retour de 100 %)

Nb d'entrées enregistrées : 1 022 433 (+ 287 132 par rapport à 2013)

Nombre de rapports reçus par type d'établissement



Les mandats de représentants des usagers



Les indicateurs clés

	2013	2014	Région
Nb de réclamations enregistrées	1 670	1 789 (+ 119)	
% de réclamations traitées	70 %	77 %	
Délais de réponse en jours	15,8	18,4	16,5
Nb de médiations réalisées	112	86 (- 26)	
Nb de demandes d'accès au dossier médical	1 942	2 120 (+ 178)	
% de demandes d'accès au dossier médical traitées	74 %	76 %	
% de CRUQPC :			
ne comptant pas les 4 RU requis	70 %	70 %	72 %
se réunissant au moins 4 fois /an	78 %	92%	68 %
utilisant d'autres modes de travail que les réunions physiques	50 %	73 %	57 %
informées des événements indésirables graves	81 %	89 %	86 %
ayant présenté leur rapport devant l'instance de direction	65 %	70 %	65 %
Taux de participation des membres de la CRUQPC	78 %	77 %	78 %
% des établissements de santé dans lesquels :			
les RU sont connus du standard	84 %	81 %	86 %
le personnel est informé sur le rôle et la composition de la CRUQPC	84 %	92 %	85 %
les professionnels de santé sont renseignés sur les directives anticipées relatives à la fin de vie	92 %	92 %	85 %

% des établissements de santé dans lesquels :	2013	2014	Région
le livret d'accueil est remis systématiquement lors de l'hospitalisation	97 %	95 %	88 %
une information sur les tarifs est affichée dans tous les lieux de consultation	87 %	87 %	77 %
un dispositif de promotion de la bientraitance est mis en place	89 %	87 %	87 %
des évaluations de pratiques professionnelles sur le respect des droits des usagers sont conduites	76 %	81 %	65 %
les personnes à mobilité réduite n'ont pas d'accès spécifique	0 %	0 %	6 %
Taux d'application des recommandations de la CRUQPC	76 %	84 %	75,5 %

RÉSULTATS POSITIFS

- **La part de CRUQPC se réunissant au moins 4 fois par an ne cesse d'augmenter depuis 2011**
(41 % en 2011 contre 92 % en 2014)
- **95 % des établissements ont informé les représentants des usagers de leurs droits et obligations**
- **Il existe des évaluations de pratiques professionnelles sur le respect des droits des usagers dans 81 % des établissements** (65 % pour la région)

Des CRUQPC associées aux politiques d'amélioration de la qualité de prise en charge

- **95 % des CRUQPC sont associées aux actions d'amélioration relatives à la qualité**
- **84 % des recommandations émises et évaluées par les CRUQPC ont été mises en application** (76 % pour la région)

POINTS DE VIGILANCE

La représentation des usagers

- **70 % des CRUQPC ne comptent pas les 4 représentants d'usagers requis**
- **65 % des établissements déclarent que des temps d'échanges entre les représentants des usagers et le personnel soignant ne sont pas organisés**

Les droits des usagers

- **24 % des établissements ont développé des dispositifs d'accueil spécifiques** pour les personnes malentendantes, non ou malvoyantes, non francophones, illettrées ou analphabètes (27 % pour la région)

La participation à l'amélioration de la qualité de la prise en charge

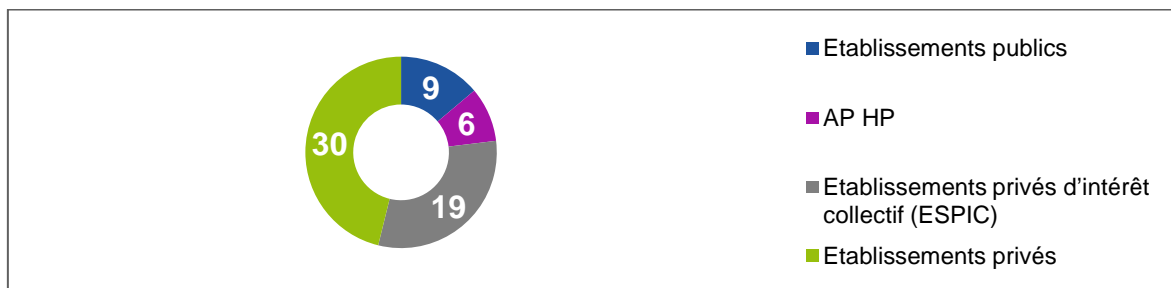
- **La moitié des CRUQPC n'ont pas formulé de recommandations aux établissements** (51 %)
- **62 % des CRUQPC n'ont pas évalué l'application des recommandations émises en 2013**

92 – HAUTS-DE-SEINE

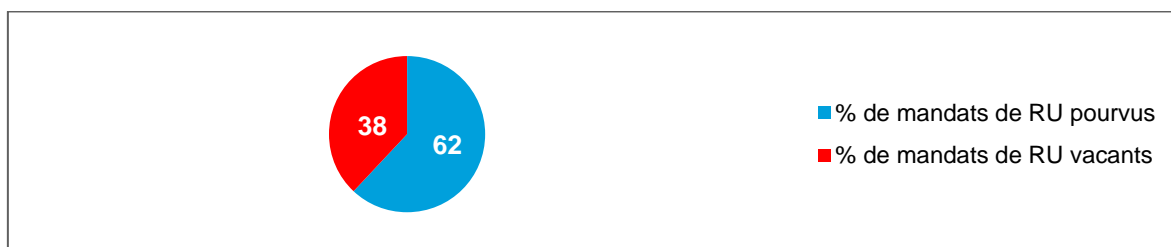
Nb de rapports reçus : 64 (taux de retour de 100 %)

Nb d'entrées enregistrées : 2 287 090 (- 32 393 par rapport à 2013)

Nombre de rapports reçus par type d'établissement



Les mandats de représentants des usagers



Les indicateurs clés

	2013	2014	Région
Nb de réclamations enregistrées	3 028	3 042 (+ 14)	
% de réclamations traitées	69 %	123 %	
Délais de réponse en jours	15	17,6	16,5
Nb de médiations réalisées	106	158 (+ 52)	
Nb de demandes d'accès au dossier médical	4 576	4 820 (+ 244)	
% de demandes d'accès au dossier médical traitées	90 %	87 %	
% de CRUQPC :			
ne comptant pas les 4 RU requis	75 %	72 %	72 %
se réunissant au moins 4 fois /an	55 %	71%	68 %
utilisant d'autres modes de travail que les réunions physiques	45 %	55 %	57 %
informées des évènements indésirables graves	82 %	85 %	86 %
ayant présenté leur rapport devant l'instance de direction	65 %	55 %	65 %
Taux de participation des membres de la CRUQPC	81 %	80 %	78 %
% des établissements de santé dans lesquels :			
les RU sont connus du standard	88 %	89 %	86 %
le personnel est informé sur le rôle et la composition de la CRUQPC	82 %	86 %	85 %
les professionnels de santé sont renseignés sur les directives anticipées relatives à la fin de vie	75 %	83 %	85 %

% des établissements de santé dans lesquels :	2013	2014	Région
le livret d'accueil est remis systématiquement lors de l'hospitalisation	91 %	89 %	88 %
une information sur les tarifs est affichée dans tous les lieux de consultation	80 %	79 %	77 %
un dispositif de promotion de la bientraitance est mis en place	91 %	91 %	87 %
des évaluations de pratiques professionnelles sur le respect des droits des usagers sont conduites	58 %	63 %	65 %
les personnes à mobilité réduite n'ont pas d'accès spécifique	6 %	5 %	6 %
Taux d'application des recommandations de la CRUQPC	71 %	76 %	75,5 %

RÉSULTATS POSITIFS

- **92 % des établissements ont informé les représentants des usagers de leurs droits et obligations**
- **98 % des CRUQPC sont associées aux actions d'amélioration relatives à la qualité**

POINTS DE VIGILANCE

La représentation des usagers

- **72 % des CRUQPC ne comptent pas les 4 représentants d'usagers requis**
- **62 % des établissements déclarent que des temps d'échanges entre les représentants des usagers et le personnel soignant ne sont pas organisés**

Les droits des usagers

- **59 % des établissements ne proposent pas de formation aux professionnels de santé sur le respect des droits des usagers**

La participation à l'amélioration de la qualité de la prise en charge

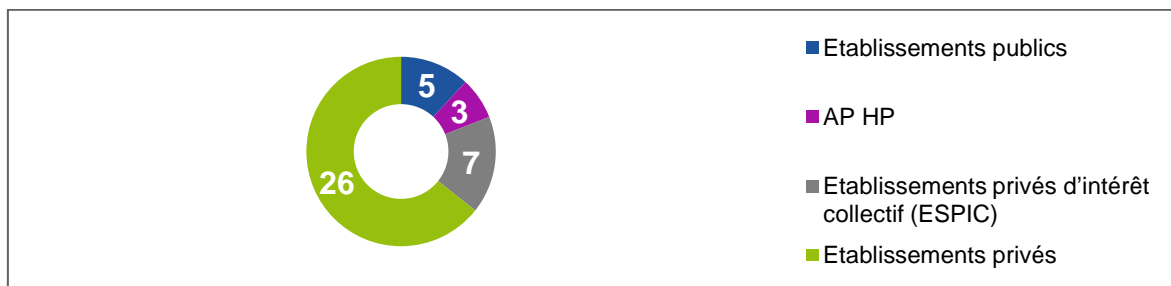
- **La moitié des CRUQPC n'ont pas formulé de recommandations aux établissements (51%)**
- **Les 2/3 des CRUQPC n'ont pas évalué l'application des recommandations émises en 2013**
- **La part des CRUQPC ayant présenté leur rapport devant le conseil de surveillance ou l'instance de direction ne cesse de diminuer depuis 2011 (71 % en 2011 contre 45 % en 2014)**

93 – SEINE-SAINT-DENIS

Nb de rapports reçus : 41 (taux de retour de 100 %)

Nb d'entrées enregistrées : 1 287 383 (- 260 677 par rapport à 2013)

Nombre de rapports reçus par type d'établissement



Les mandats de représentants des usagers



Les indicateurs clés

	2013	2014	Région
Nb de réclamations enregistrées	2 127	2 081 (- 46)	
% de réclamations traitées	55 %	59 %	
Délais de réponse en jours	15	14,6	16,5
Nb de médiations réalisées	115	140 (+25)	
Nb de demandes d'accès au dossier médical	2 967	3 500 (+ 533)	
% de demandes d'accès au dossier médical traitées	79 %	81,5 %	
% de CRUQPC :			
ne comptant pas les 4 RU requis	83 %	85 %	72 %
se réunissant au moins 4 fois /an	64 %	71 %	68 %
utilisant d'autres modes de travail que les réunions physiques	33 %	46 %	57 %
informées des événements indésirables graves	81 %	98 %	86 %
ayant présenté leur rapport devant l'instance de direction	55 %	61 %	65 %
Taux de participation des membres de la CRUQPC	78 %	81 %	78 %
% des établissements de santé dans lesquels :			
les RU sont connus du standard	93 %	95 %	86 %
le personnel est informé sur le rôle et la composition de la CRUQPC	88 %	85 %	85 %
les professionnels de santé sont renseignés sur les directives anticipées relatives à la fin de vie	88 %	93 %	85 %

% des établissements de santé dans lesquels :	2013	2014	Région
le livret d'accueil est remis systématiquement lors de l'hospitalisation	90,5 %	93 %	88 %
une information sur les tarifs est affichée dans tous les lieux de consultation	86 %	80,5 %	77 %
un dispositif de promotion de la bientraitance est mis en place	93 %	90 %	87 %
des évaluations de pratiques professionnelles sur le respect des droits des usagers sont conduites	68 %	66 %	65 %
les personnes à mobilité réduite n'ont pas d'accès spécifique	0 %	2 %	6 %
Taux d'application des recommandations de la CRUQPC	76 %	74 %	75,5 %

RÉSULTATS POSITIFS

- **98 % des établissements ont informé les représentants des usagers de leurs droits et obligations**
- **98 % des CRUQPC sont associées aux actions d'amélioration relatives à la qualité**

POINTS DE VIGILANCE

La représentation des usagers

- **85 % des CRUQPC ne comptent pas les 4 représentants d'usagers requis**
- **Plus de la moitié des établissements déclarent que les représentants des usagers ne vont pas à la rencontre des patients et de leurs proches (56%)**
- **68 % des établissements déclarent que des temps d'échanges entre les représentants des usagers et le personnel soignant ne sont pas organisés**

Les droits des usagers

- **Un peu plus de la moitié des établissements ne proposent pas de formation aux professionnels de santé sur le respect des droits des usagers (56 %)**
- **17 % des établissements ont développé des dispositifs d'accueil spécifiques** pour les personnes malentendantes, non ou malvoyantes, non francophones, illettrées ou analphabètes (27 % pour la région)

La participation à l'amélioration de la qualité de la prise en charge

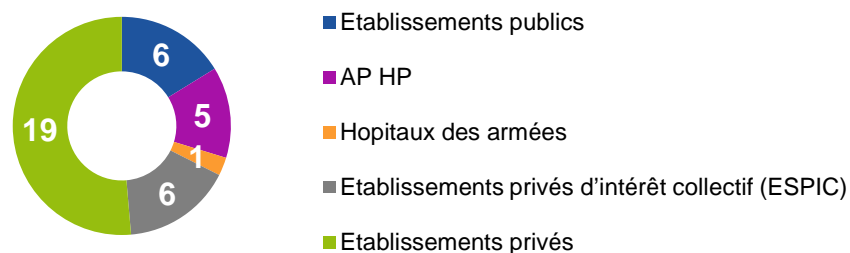
- **Un peu moins de la moitié des CRUQPC ont formulé des recommandations aux établissements (46 %)**
- **76 % des CRUQPC n'ont pas évalué l'application des recommandations émises en 2013**

94 – VAL-DE-MARNE

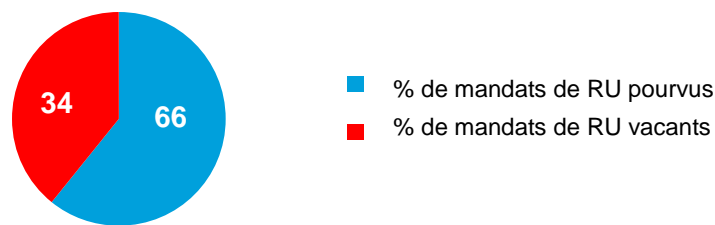
Nb de rapports reçus : 37 (taux de retour de 100 %)

Nb d'entrées enregistrées : 1 076 982 (- 392 330 par rapport à 2013)

Nombre de rapports reçus par type d'établissement



Les mandats de représentants des usagers



Les indicateurs clés

	2013	2014	Région
Nb de réclamations enregistrées	2 233	2 287 (+ 54)	
% de réclamations traitées	84 %	78 %	
Délais de réponse en jours	14,2	19,3	16,5
Nb de médiations réalisées	154	155	
Nb de demandes d'accès au dossier médical	3 914	4 693 (+ 779)	
% de demandes d'accès au dossier médical traitées	80 %	85 %	
% de CRUQPC :			
ne comptant pas les 4 RU requis	73 %	73 %	72 %
se réunissant au moins 4 fois /an	65 %	62%	68 %
utilisant d'autres modes de travail que les réunions physiques	43 %	57 %	57 %
informées des événements indésirables graves	95 %	89 %	86 %
ayant présenté leur rapport devant l'instance de direction	68 %	68 %	65 %
Taux de participation des membres de la CRUQPC	84 %	82 %	78 %
% des établissements de santé dans lesquels :			
les RU sont connus du standard	81 %	76 %	86 %
le personnel est informé sur le rôle et la composition de la CRUQPC	76 %	76 %	85 %

% des établissements de santé dans lesquels :	2013	2014	Région
les professionnels de santé sont renseignés sur les directives anticipées relatives à la fin de vie	84 %	81 %	85 %
le livret d'accueil est remis systématiquement lors de l'hospitalisation	89 %	84 %	88 %
une information sur les tarifs est affichée dans tous les lieux de consultation	75 %	78 %	77 %
un dispositif de promotion de la bientraitance est mis en place	86,5 %	86,5 %	87 %
des évaluations de pratiques professionnelles sur le respect des droits des usagers sont conduites	76 %	76 %	65 %
les personnes à mobilité réduite n'ont pas d'accès spécifique	11 %	11 %	6 %
Taux d'application des recommandations de la CRUQPC	64 %	71,5 %	75,5 %

RÉSULTATS POSITIFS

- **86 % des établissements ont informé les représentants des usagers de leurs droits et obligations**
- **65 % des établissements déclarent que les représentants des usagers vont à la rencontre des patients et de leurs proches** (56 % pour la région)

Des CRUQPC associées aux politiques d'amélioration de la qualité de prise en charge

- **73 % des CRUQPC sont associées à l'élaboration du projet d'établissement** (66 % pour la région)
- **97 % des CRUQPC sont associées aux actions d'amélioration relatives à la qualité**
- **70 % des CRUQPC ont formulé des recommandations aux établissements** (53 % pour la région)

POINTS DE VIGILANCE

La représentation des usagers

- **73 % des CRUQPC ne comptent pas les 4 représentants d'usagers requis**
- **Plus de la moitié des établissements déclarent que des temps d'échanges entre les représentants des usagers et le personnel soignant ne sont pas organisés** (57 %)

Les droits des usagers

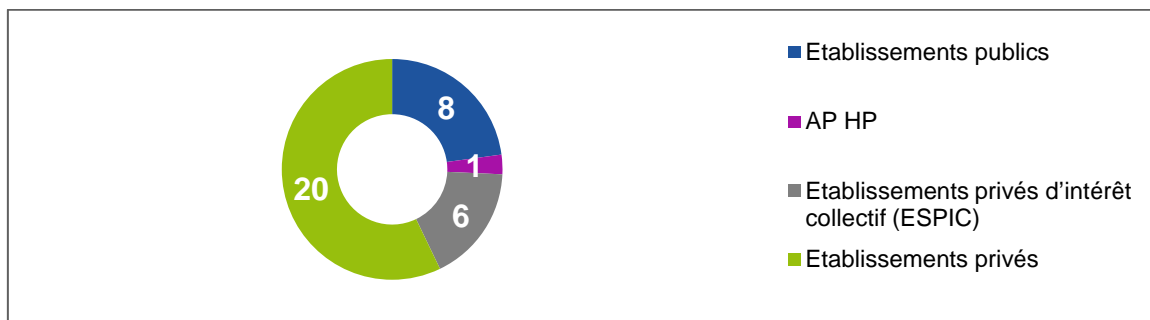
- **Les délais de réponses aux réclamations se sont allongés de 5 jours par rapport à 2013**
- **49 % des établissements ne proposent pas de formation aux professionnels de santé sur le respect des droits des usagers**
- **19 % des établissements ont développé des dispositifs d'accueil spécifiques** pour les personnes malentendantes, non ou malvoyantes, non francophones, illettrées ou analphabètes (27 % pour la région)

95 – VAL-D'OISE

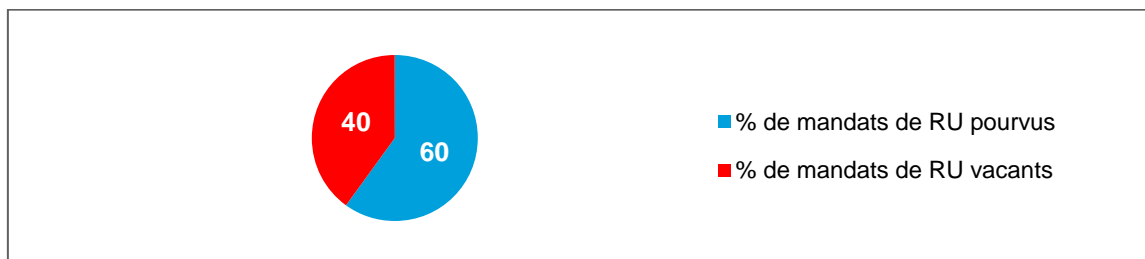
Nb de rapports reçus : 35 (taux de retour de 100 %)

Nb d'entrées enregistrées : 1 257 501 (- 368 780 par rapport à 2013)

Nombre de rapports reçus par type d'établissement



Les mandats de représentants des usagers



Les indicateurs clés

	2013	2014	Région
Nb de réclamations enregistrées	1 400	1 419 (+ 19)	
% de réclamations traitées	76 %	79 %	
Délais de réponse en jours	14,3	12,3	16,5
Nb de médiations réalisées	93	73 (- 20)	
Nb de demandes d'accès au dossier médical	3 278	3 066 (- 212)	
% de demandes d'accès au dossier médical traitées	90 %	81 %	
% de CRUQPC :			
ne comptant pas les 4 RU requis	77 %	80 %	72 %
se réunissant au moins 4 fois /an	69 %	69 %	68 %
utilisant d'autres modes de travail que les réunions physiques	40 %	49 %	57 %
informées des événements indésirables graves	80 %	77 %	86 %
ayant présenté leur rapport devant l'instance de direction	71 %	71 %	65 %
Taux de participation des membres de la CRUQPC	78 %	70 %	78 %
% des établissements de santé dans lesquels :			
les RU sont connus du standard	94 %	89 %	86 %
le personnel est informé sur le rôle et la composition de la CRUQPC	89 %	86 %	85 %

% des établissements de santé dans lesquels :	2013	2014	Région
les professionnels de santé sont renseignés sur les directives anticipées relatives à la fin de vie	89 %	86 %	85 %
le livret d'accueil est remis systématiquement lors de l'hospitalisation	86 %	89 %	88 %
une information sur les tarifs est affichée dans tous les lieux de consultation	71 %	77 %	77 %
un dispositif de promotion de la bientraitance est mis en place	88 %	83 %	87 %
des évaluations de pratiques professionnelles sur le respect des droits des usagers sont conduites	59 %	63 %	65 %
les personnes à mobilité réduite n'ont pas d'accès spécifique	11 %	6 %	6 %
Taux d'application des recommandations de la CRUQPC	64 %	64 %	75,5 %

RÉSULTATS POSITIFS

- **Les délais de réponse aux réclamations sont inférieurs à la moyenne régionale** (12,3 jours contre 16,5 pour la région)
- **97 % des établissements ont informé les représentants des usagers de leurs droits et obligations**
- **Près de 70 % des établissements déclarent que les représentants des usagers vont à la rencontre des usagers** (56 % pour la région)
- **94 % des CRUQPC sont associées aux actions d'amélioration relatives à la qualité**

POINTS DE VIGILANCE

La représentation des usagers

- **80 % des CRUQPC ne comptent pas les 4 représentants d'usagers requis**
- **Près de 70 % des établissements déclarent que des temps d'échanges entre les représentants des usagers et le personnel soignant ne sont pas organisés**

Les droits des usagers

- **47 % des établissements ne proposent pas de formation aux professionnels de santé sur le respect des droits des usagers**

La participation à l'amélioration de la qualité de la prise en charge

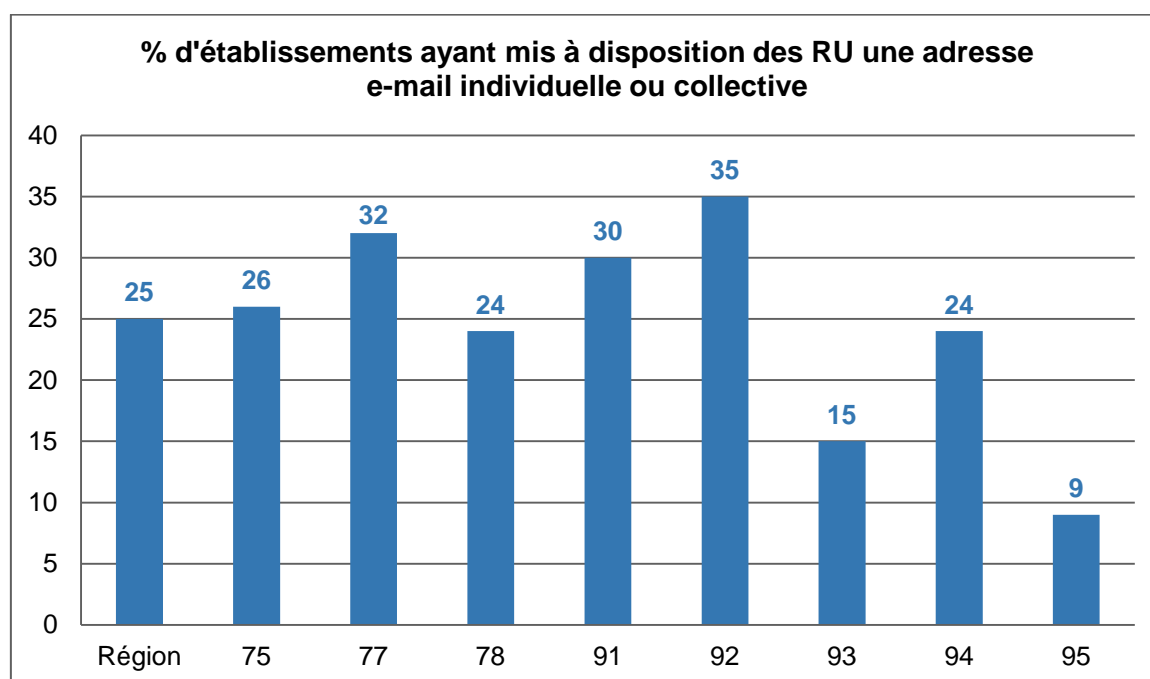
- **Moins de la moitié des CRUQPC ont formulé des recommandations aux établissements** (46 %)
- **23 % CRUQPC ont évalué l'application des recommandations émises en 2013**
- **Le taux d'application des recommandations émises en 2013 est inférieur à la moyenne régionale** (64 % pour les établissements du Val d'Oise contre 76 % pour la région)

Annexe 4 – Comparaisons interdépartementales

Les moyens mis à disposition des représentants d'usagers

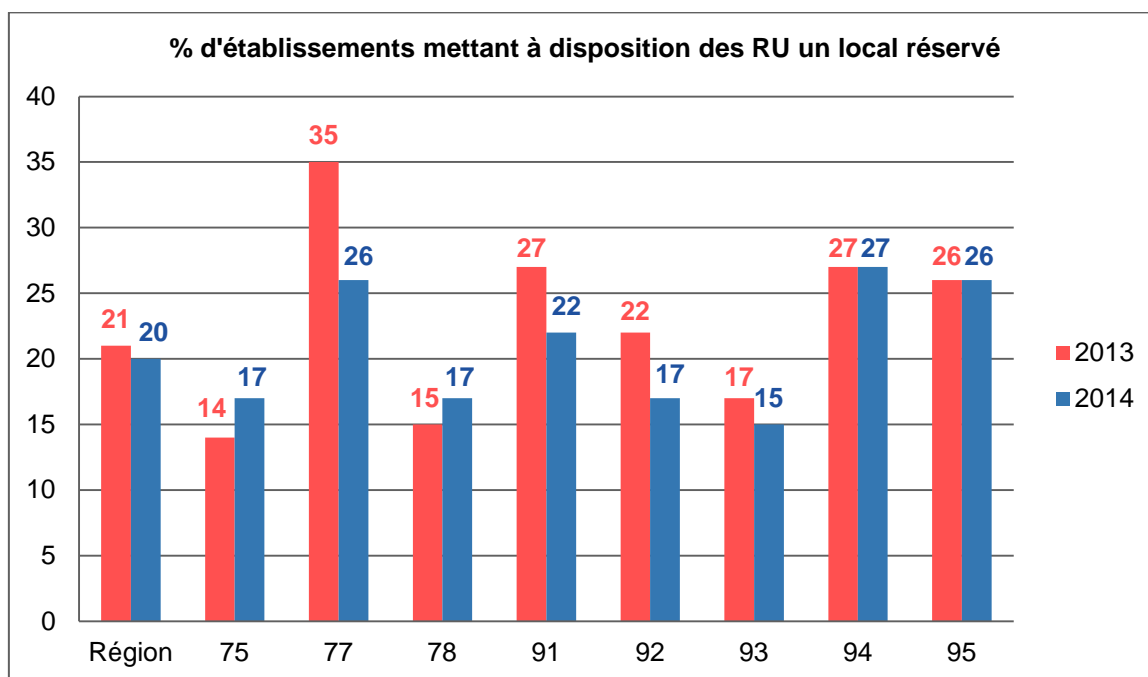
Près de la moitié des établissements franciliens ne mettent aucun moyen matériel à la disposition des représentants des usagers (49 %). Ces moyens alloués demeurent globalement insuffisants et hétérogènes d'un département à l'autre.

Ainsi, pour l'exercice de leurs missions, 91 % des établissements du Val d'Oise n'ont pas mis à disposition des représentants d'usagers une adresse e-mail individuelle ou collective contre 68 % en Seine-et-Marne et 65 % dans les Hauts-de-Seine.



Pour six départements sur huit, la part d'établissements mettant à disposition des RU un local réservé est inférieure ou égale à celle de l'année 2013.

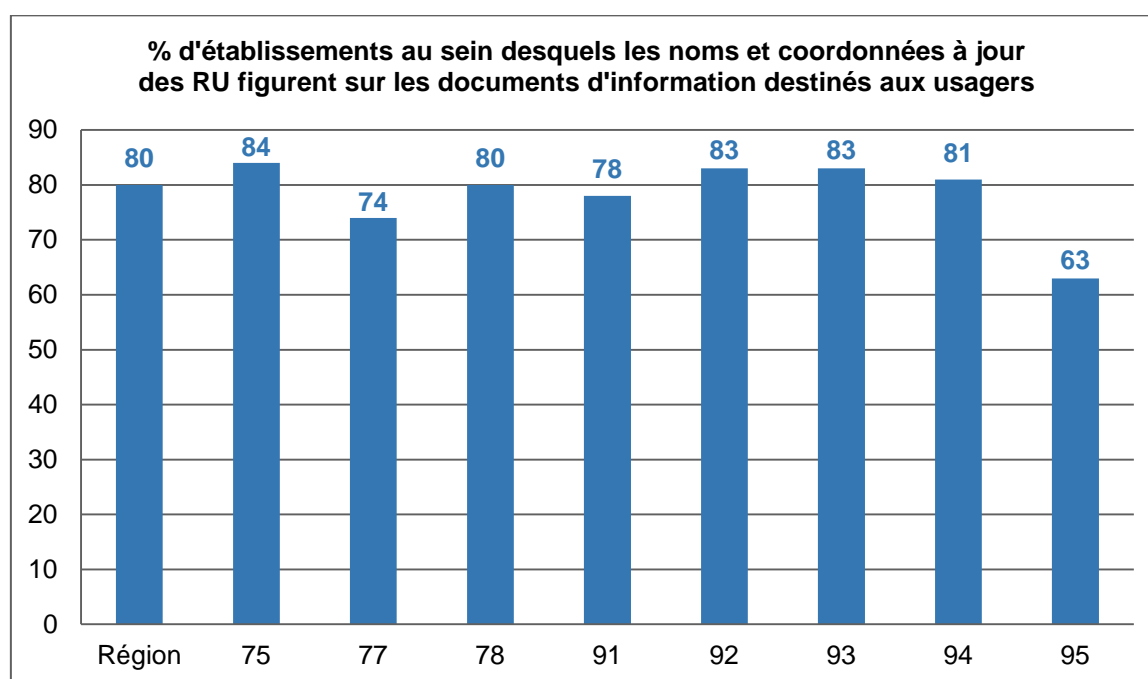
Si les établissements de Paris et des Yvelines sont en proportion plus nombreux en 2014, seuls 17 % d'entre eux déclarent mettre à disposition des RU des locaux qui leur soient spécialement réservés.



La visibilité des représentants d'usagers au sein de l'établissement

Sur cinq départements de la région, les établissements déclarent être plus de 80 % à inscrire les noms et coordonnées à jour des représentants d'usagers sur les documents d'information à destination des patients.

La visibilité des représentants d'usagers reste néanmoins hétérogène d'un département à l'autre. Ainsi, 63 % des établissements du Val-d'Oise déclarent que ces noms et coordonnées apparaissent sur les documents destinés aux usagers contre 74 % en Seine-et-Marne et 84 % à Paris.

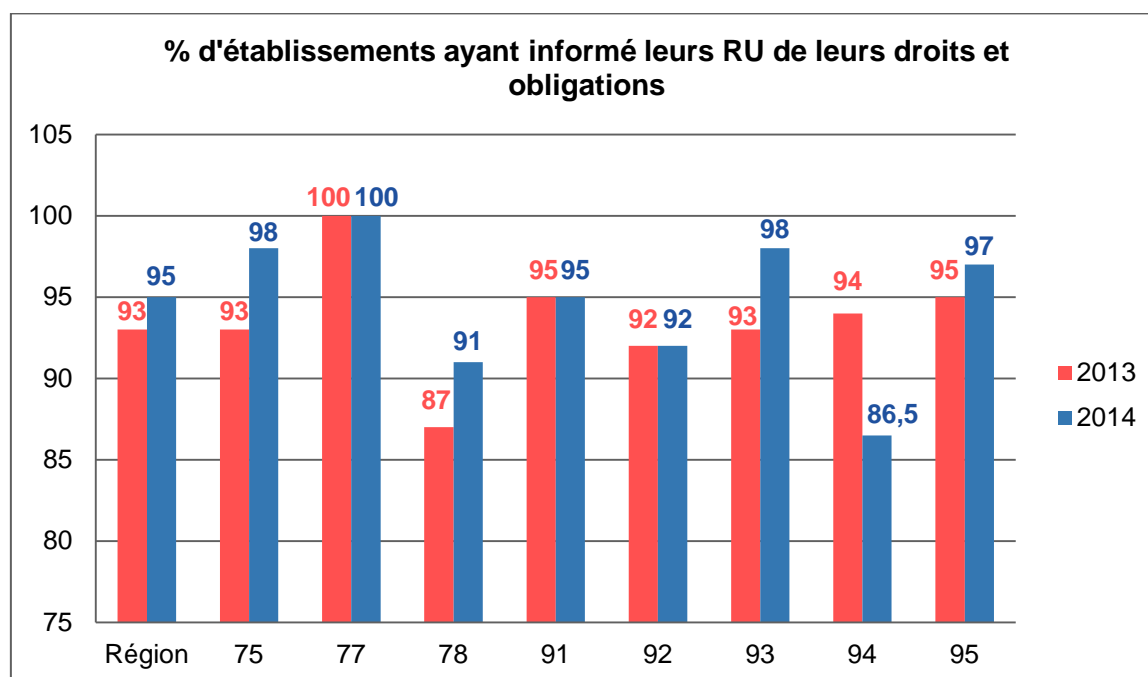


Le respect des droits des représentants d'utilisateurs

L'information des RU sur leurs droits (droit au congé de représentation, à la formation et au défraiement) et leurs obligations (confidentialité, secret médical) n'est pas dispensée de façon homogène sur l'ensemble de la région Île-de-France.

Si 100 % des établissements de Seine-et-Marne déclarent, pour la deuxième année consécutive, avoir informé leurs RU de leurs droits et obligations, ils sont 86,5 % dans le Val-de-Marne.

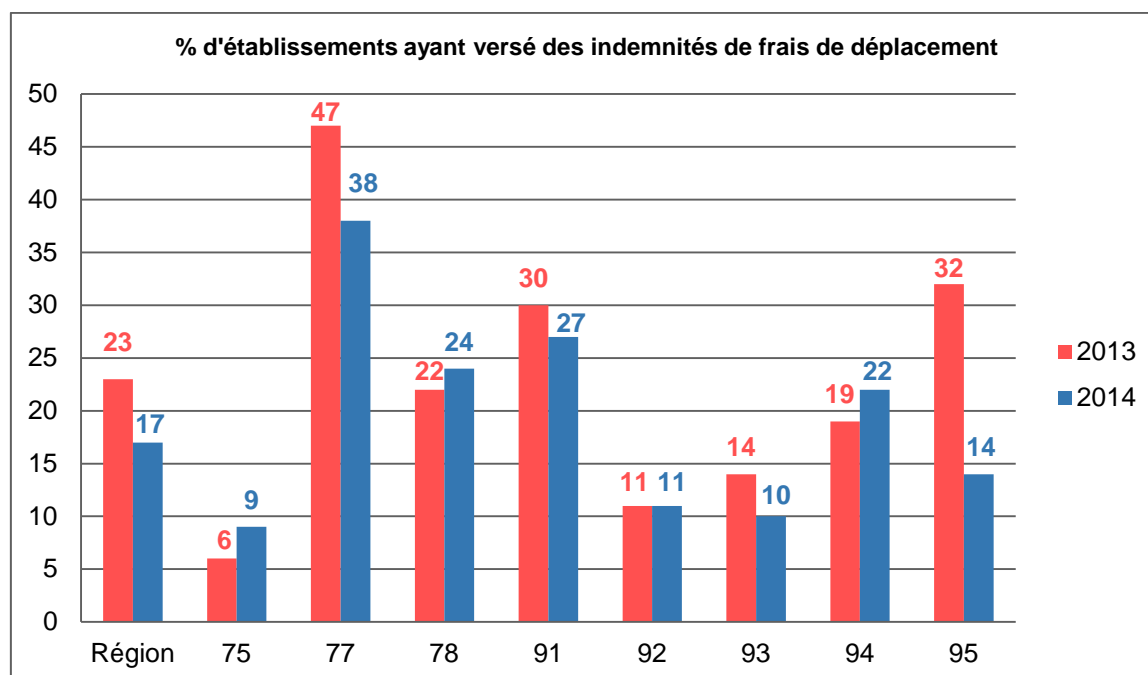
À noter la baisse significative de ce pourcentage dans le Val-de-Marne par rapport à 2013 (moins 7,5 points de %).



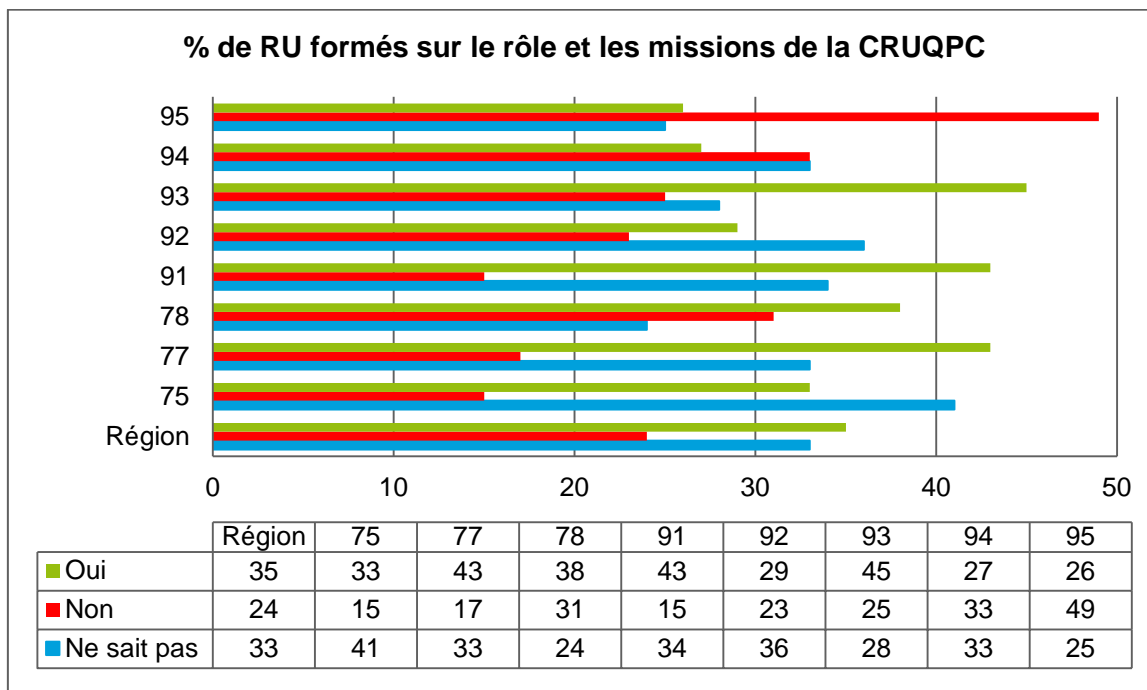
Les établissements franciliens ont dans l'ensemble moins remboursé les frais de déplacements des RU en 2014 (17 % contre 23 % en 2013).

Malgré quelques inversions de tendances, des écarts significatifs demeurent entre les départements. Les établissements de la Seine-et-Marne déclarent à 38 % avoir versé des indemnités de frais de transport à leurs RU contre seulement 9 % des établissements parisiens.

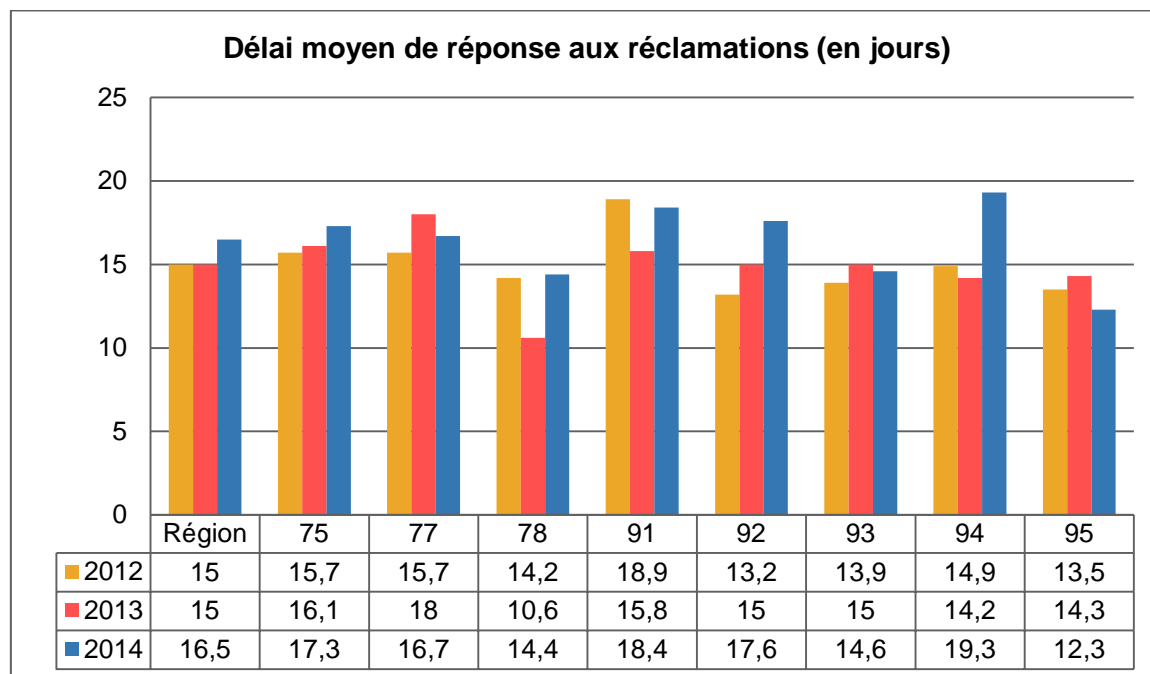
D'autre part, les établissements du Val-d'Oise sont en proportion deux fois moins à avoir indemnisé leurs RU pour leurs frais de déplacements.



Comme l'année précédente, 35 % des RU ont été formés à la CRUQPC. **Cette proportion varie d'un département à l'autre et est comprise entre 26 % pour les RU du Val-d'Oise et 45 % pour ceux de la Seine-Saint-Denis.**



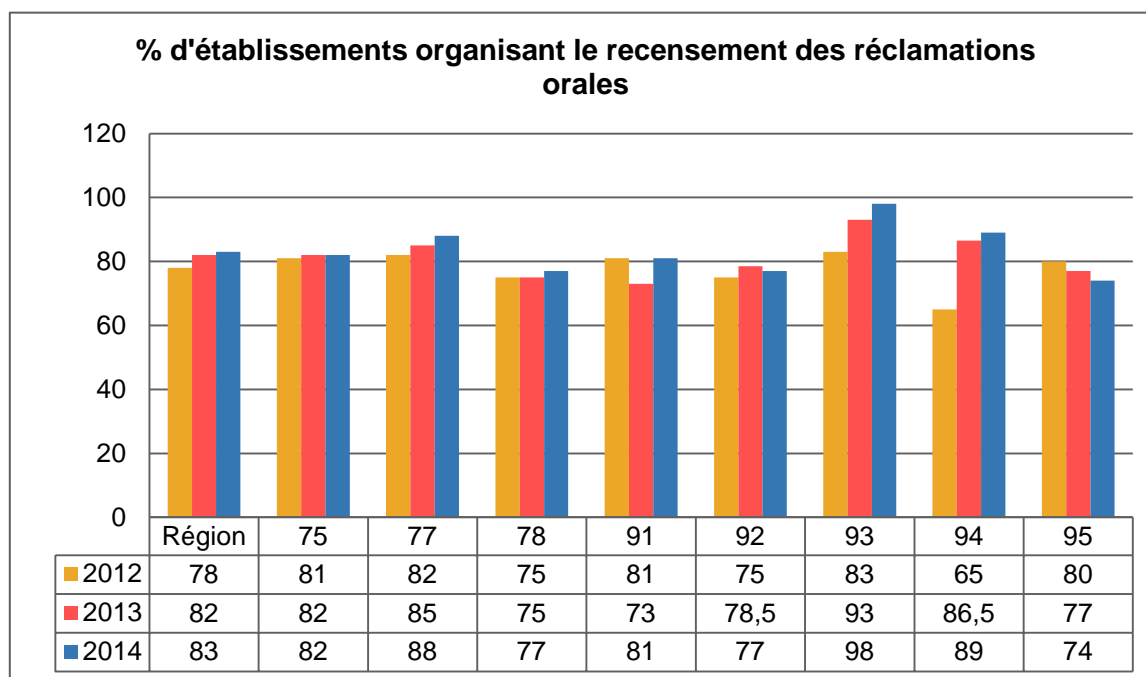
La gestion des réclamations et la médiation



Les délais de réponse aux réclamations ont globalement augmenté sur la région avec une hausse significative pour le Val-de-Marne.



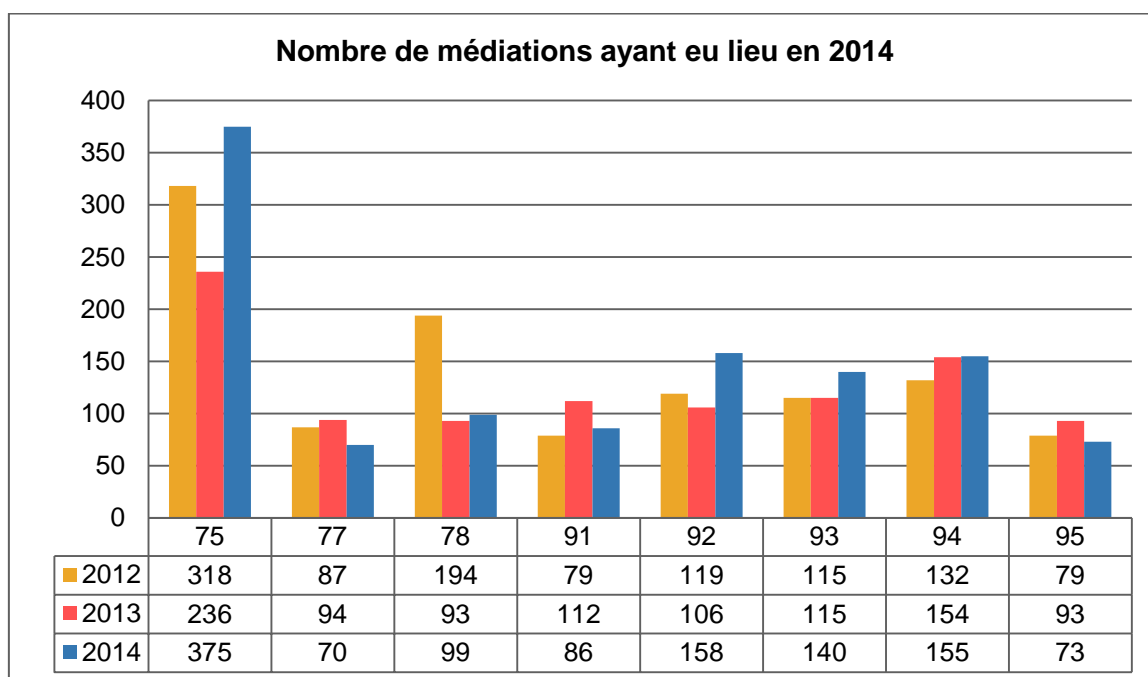
En revanche, les départements de la Seine-et-Marne, de la Seine-Saint-Denis et du Val-d'Oise ont réduit leurs délais par rapport à 2013.





A l'exception des Hauts-de-Seine et du Val d'Oise, **la part des établissements organisant le recensement des réclamations orales a globalement augmenté dans l'ensemble des départements entre 2013 et 2014.**

Pour la Seine-et-Marne, la Seine-Saint-Denis et le Val-de-Marne, cette part ne cesse d'augmenter depuis 2012.



A l'échelle de la région, le nombre de médiations organisées et réalisées a diminué par rapport à 2013 (moins 138 médiations)

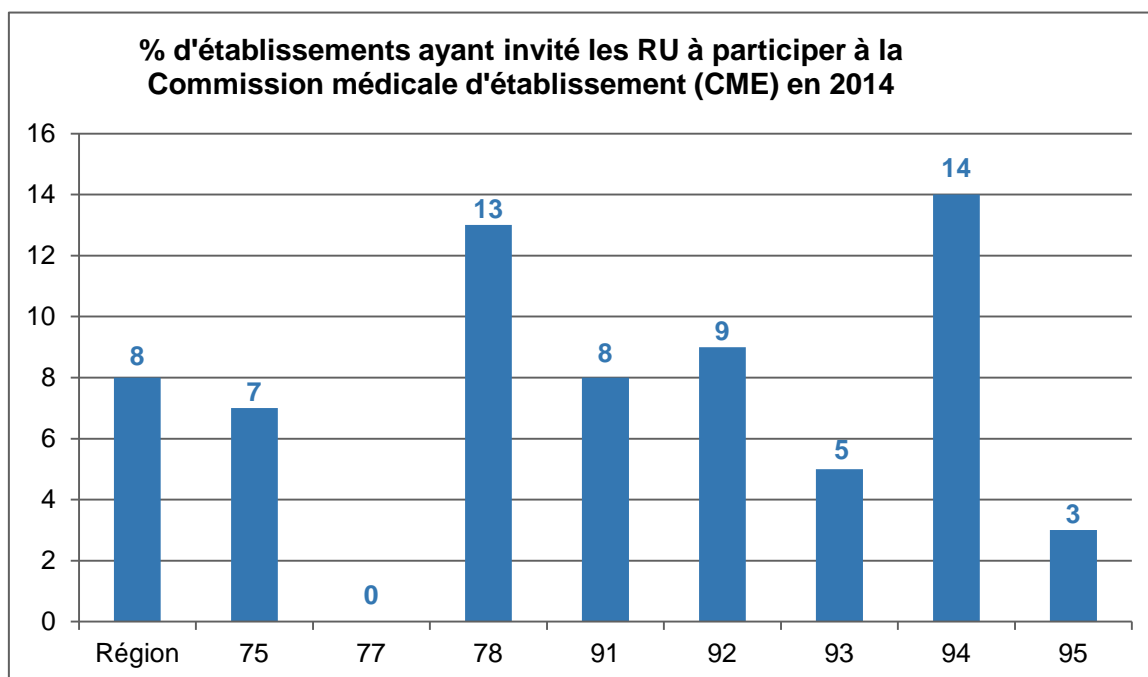
Les départements de l'Essonne et de la Seine-et-Marne enregistrent une diminution importante du nombre de médiations ayant eu lieu dans les établissements de leur territoire respectif par rapport à 2013 (moins 26 médiations pour l'Essonne et moins 24 médiations en Seine-et-Marne).

Le nombre de médiations ayant eu lieu en 2014 est supérieur à celui de 2013 dans 5 départements de la région Île-de-France.

À noter que le Val-de-Marne voit le nombre de médiations augmenter d'année en année depuis 2012 dans les établissements de son territoire.

L'invitation des représentants des usagers à la Commission médicale d'établissement (CME)

À l'échelle de la région, 8 % des établissements ont invité les RU à la Commission médicale d'établissement (CME).

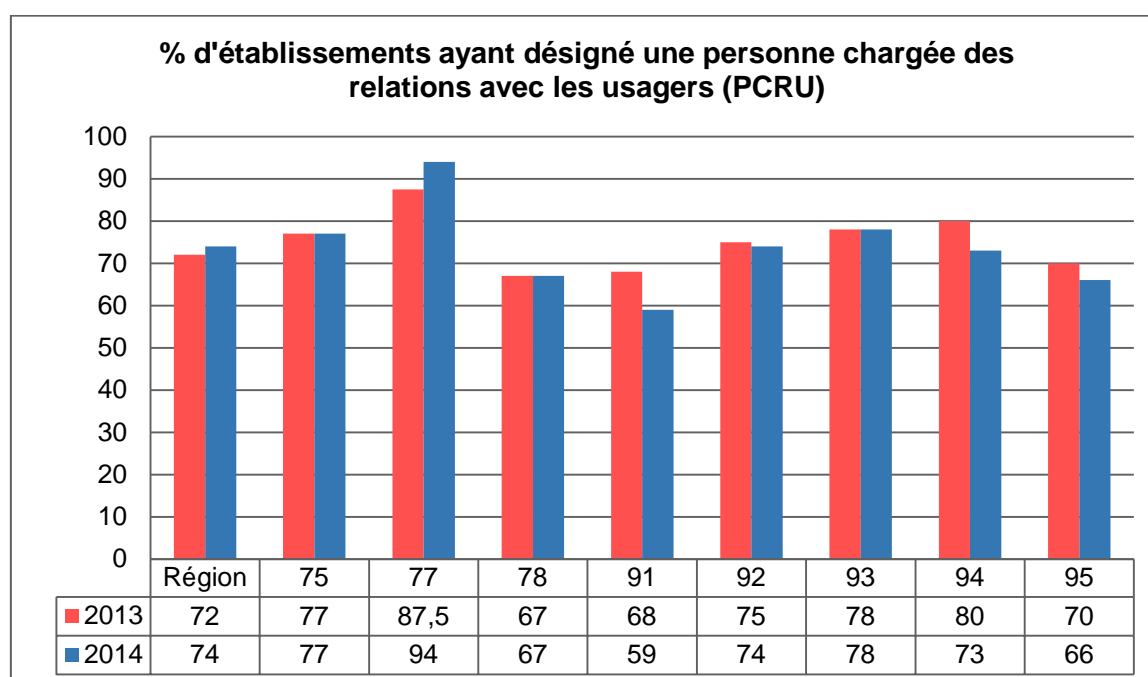


De façon générale, la participation (non obligatoire) des RU à la CME est globalement faible et varie d'un département à l'autre. Les établissements des Yvelines et du Val-de-Marne sont respectivement 13 % et 14 % à déclarer inviter leurs RU à participer à la CME contre 3 % seulement pour le Val-d'Oise. À noter qu'aucun établissement de la Seine-et-Marne n'a déclaré en 2014 avoir invité de RU à la CME.

La personne chargée des relations avec les usagers (PCRU)

Si à l'échelle de la région le recrutement des PCRU est globalement plus important en 2014 qu'en 2013, celui-ci diminue néanmoins pour quatre départements franciliens : l'Essonne, les Hauts-de-Seine, le Val-de-Marne et le Val-d'Oise. À noter que l'Essonne enregistre la baisse la plus significative en 2014 (- 9 points de %).

Les établissements de Seine-et-Marne ont en revanche désigné davantage de PCRU qu'en 2013.



Glossaire

AP-HP : Assistance Publique-Hôpitaux de Paris

ARS : Agence régionale de santé

CA : Conseil d'administration

CDU : Commission des usagers

CHSCT : Comité d'hygiène, de sécurité et des conditions de travail

CISS : Collectif interassociatif sur la santé

CLAN : Comité de liaison alimentation/nutrition

CLIN : Comité de lutte contre les infections nosocomiales

CLUD : Comité de lutte contre la douleur

CME : Commission médicale d'établissement

COVIRIS : Comité des vigilances et des risques

CRSA : Conférence régionale de la santé et de l'autonomie

CRUQPC : Commission des relations avec les usagers et de la qualité de la prise en charge

CS : Conseil de surveillance

CSDU : Commission spécialisée dans le domaine des droits des usagers du système de santé

ESPIC : Établissement de santé privé d'intérêt collectif

INSEE : Institut national de la statistique et des études économiques

ORS : Observatoire régional de santé

PCRU : Personne chargée des relations avec les usagers

RU : Représentant des usagers

Bibliographie

Lois

La loi du 4 mars 2002 a instauré la création, dans chaque établissement de santé public ou privé, d'une commission des relations avec les usagers et de la qualité de la prise en charge.

La loi relative aux droits des malades et à la qualité du système de santé du 4 mars 2002 et la loi de santé publique de 2004 définissent le soulagement de la douleur comme un droit fondamental de toute personne.

Décrets

- Décret d'application de la loi du 4 mars 2002 n°2005-213 du 2 mars 2005 relatif à la composition et au fonctionnement des CRUQPC.

Arrêtés

- **Arrêté du 2 octobre 2008 fixe le seuil prévu à l'article L.111-3 du CSP** : tout professionnel de santé « remet au patient une information écrite préalable dès lors que, lorsqu'ils comportent un dépassement, les honoraires totaux des actes et prestations facturés lors de la consultation sont supérieurs ou égaux à 70 euros ».
- **Arrêté du 15 avril 2008** relatif au contenu du livret d'accueil des établissements de santé, JORF n°0112, 15 mai 2008 p. 7917, texte n°17.

Circulaires

- Circulaire n°DHOS/E1/DGS/SD1B/SD1C/SD4A/2006/90 du 2 mars 2006 : http://circulaire.legifrance.gouv.fr/pdf/2009/04/cir_10571.pdf

Articles du Code de la Santé Publique

Article L.1110-2 :

« La personne malade a droit au respect de sa dignité ».

Article L.1111-2 :

« Toute personne a le droit d'être informée sur son état de santé ». Comme le rappelle la Haute Autorité de Santé, cette information incombe à tout professionnel de santé et doit être délivrée au cours d'un entretien individuel. La délivrance de cette information est essentielle et permet à la personne de prendre en toute connaissance de cause les décisions concernant sa santé.

Article L.1111-3 :

Toute personne a droit à une information sur les frais liés à sa prise en charge. Les établissements de santé sont tenus dans ce domaine à différentes obligations, notamment dans le cadre de l'exercice libéral des professionnels de santé. Avant exécution d'un acte, ces derniers doivent « *informer le patient de son coût et des conditions de remboursement par les régimes obligatoires* ». Par ailleurs, les informations relatives aux honoraires, y compris les dépassements éventuels, doivent être affichées de façon visible et compréhensible dans la salle d'attente ou à défaut dans le lieu d'exercice du professionnel de santé.

Articles L.1111-7 et R.1111-1 à 8 :

Les règles relatives aux conditions d'accès au dossier médical sont précisées dans les articles.

Parmi les obligations qui incombent aux établissements de santé concernant les conditions d'accès au dossier médical, ceux-ci doivent :

- s'assurer de l'identité du demandeur
- s'assurer, en cas de décès, de l'absence d'opposition de la personne décédée
- offrir différentes modalités d'accès au dossier médical, dont la possibilité d'une consultation sur place.

Par ailleurs, le **délai maximum de traitement des demandes d'accès au dossier médical** est fixé à 8 jours pour les dossiers de moins de 5 ans et à 2 mois pour les dossiers plus anciens.

Article L.1111-11 :

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

Articles L.1112-2 et R.1112-67 :

Toute personne hospitalisée *« reçoit avant sa sortie un questionnaire destiné à recueillir ses appréciations et ses observations »*.

Article L.1112-2 :

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

Un livret d'accueil doit être remis à chaque patient lors de son admission ou, le cas échéant, à un proche. Les indications relatives au contenu du livret d'accueil, fixées par arrêté du 15 avril 2008⁷², sont regroupées en trois grands types d'informations :

- les conditions de mise à disposition d'une information portant notamment sur la nature des activités de l'établissement ;
- l'organisation générale de l'établissement et les formalités administratives ;
- les droits de la personne hospitalisée.

Article L.1112-2 :

« La qualité de la prise en charge des patients est un objectif essentiel pour tout établissement de santé ». Ils doivent notamment procéder à une évaluation régulière de leur satisfaction, portant notamment sur les conditions d'accueil et de séjour.

Articles L.1112-2 et R.1112-9 :

La charte de la personne hospitalisée doit être annexée et que les conditions d'accès aux informations de santé, notamment au dossier médical, doivent être mentionnées.

⁷² - Arrêté du 15 avril 2008 relatif au contenu du livret d'accueil des établissements de santé, JORF n°0112, 15 mai 2008 p. 7917, texte n°17.

Article L1112-4 :

La CRUQPC est « *informée de l'ensemble des plaintes et réclamations formées par les usagers de l'établissement ainsi que des suites qui leurs sont données* ».

Articles L.1114-1 et R.1114-2 :

« *L'agrément est notamment subordonné à l'activité effective et publique de l'association en vue de la défense des droits des personnes malades et des usagers du système de santé ainsi qu'aux actions de formation et d'information qu'elle conduit, à la transparence de sa gestion, à sa représentativité et à son indépendance* ».

Article L.1114-3 :

Les salariés membres d'une association agréée et ayant une activité dans le domaine de la qualité de la santé et de la prise en charge des malades ont le droit de bénéficier du congé de représentation lorsqu'ils sont appelés à siéger à la CRUQPC. Lorsque le salarié bénéficiant du congé de représentation subit, à cette occasion, une diminution de rémunération, il reçoit de l'établissement de santé public ou privé concerné une indemnité compensant totalement ou partiellement la diminution de rémunération sous forme forfaitaire.

Articles L.6144-1 et L.6161-2 :

Les établissements publics et privés de santé doivent mettre à la disposition du public les résultats des **indicateurs de qualité et de sécurité des soins (IPAQSS)** publiés chaque année.

Article L.1112-3 :

La CRUQPC doit « *contribuer à l'amélioration de la qualité de l'accueil [...] et de la prise en charge* ». Elle est consultée sur la politique menée dans l'établissement sur ce domaine et doit formuler des propositions. Sur ce point, le rapport annuel de la CRUQPC, dont le contenu est fixé par l'article R.1112-80 du même code, constitue un levier important.

Articles L.6144-1 et L.6161-2 (respectivement pour les établissements publics et privés) :

Il doit être pris en compte dans les programmes d'actions élaborés par la commission médicale d'établissement, ou, le cas échéant, par la conférence médicale sur la politique d'amélioration continue de la qualité et de la sécurité des soins ainsi que des conditions d'accueil et de prise en charge des usagers.

Article R.1112-46 :

Les personnes hospitalisées doivent être mises en mesure de participer à l'exercice de leur culte.

Article R.1112-80 :

La CRUQPC formule des recommandations 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. « *Toutes les informations nécessaires à l'exercice de ses missions* » doivent être communiquées à la CRUQPC. Plus particulièrement, « *l'ensemble des plaintes et réclamations adressées à l'établissement de santé [...] ainsi que les réponses qui y sont apportées[...] sont tenues à disposition des membres de la commission* ».

Article R.1112-81 :

Le renouvellement des mandats de RU est mentionné aux 2° des IV, V et VI.
Une liste de membres facultatifs est fixée.

Article R. 1112-84 :

« 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 de l'agence régionale de l'hospitalisation. Elle est remise à chaque patient avec le livret d'accueil ».

Article R.1112-86 :

« Le responsable de la politique de la qualité assiste aux séances de la commission avec voix consultative ».

Article R.1112-88 :

La CRUQPC « 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 [...]. La réunion est de droit à la demande de la moitié au moins des membres ayant voix délibérative ».

Article R.1112-90 :

Les représentants des usagers peuvent être **indemnisés au titre des frais de déplacement** engagés dans le cadre de leur mission.

Articles R.1112-91 à 94 :

Les modalités d'examen des plaintes et réclamations dans les établissements de santé Parmi les obligations des établissements, il est précisé que « **tout usager doit être mis à même d'exprimer oralement des griefs** ». Dans ce cas, la réclamation doit être **consignée par écrit** par l'établissement de santé afin d'être communiquée à son représentant légal.

Par ailleurs, à réception d'une réclamation écrite, le représentant légal de la structure doit informer le requérant dans les meilleurs délais de la **possibilité de saisir un médiateur** ou l'informer qu'il procède à cette saisie. En cas de médiation, un **compte-rendu de médiation** doit être adressé dans les 8 jours au président de la CRUQPC ainsi qu'à ses membres.

Article R.1112-92 :

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

Code de la construction et de l'habitation :

Article R.111-19-1 :

« Les établissements recevant du public définis à l'article R.123-2 et les installations ouvertes au public **doivent être accessibles aux personnes handicapées**, quel que soit leur handicap ». Selon l'article R.111-19-2 dudit code, « **est considéré comme accessible aux personnes handicapées** tout bâtiment ou aménagement permettant, dans des conditions normales de fonctionnement, à des personnes handicapées, avec la plus grande autonomie possible, **de circuler, d'accéder aux locaux et équipements, d'utiliser les équipements, de se repérer, de communiquer et de bénéficier des prestations** en vue desquelles cet établissement ou cette installation a été conçu. **Les conditions d'accès des personnes handicapées doivent être les mêmes que celles des personnes valides** ou, à défaut, présenter une **qualité d'usage équivalente** ».

Schémas :

- **Schéma de promotion de la démocratie en santé 2013-2017, ARS Île-de-France :**
http://www.ars.iledefrance.sante.fr/fileadmin/ILE-DE-FRANCE/ARS/8_Democratie_Sanitaire/Schema_promotion_demo_sante_2013.pdf

Guides de bonnes pratiques :

- **Guide de bonnes pratiques sur la participation des représentants des usagers en CRUQPC, ARS-CRSA Île-de-France, 2013 :**
http://ars.iledefrance.sante.fr/fileadmin/ILE-DE-FRANCE/ARS/8_Democratie-Sanitaire/CRUQPC/Guide_de_bonnes_pratiques_Impress_Recto_verso.pdf
- **Guide de bonnes pratiques 2012-2013 sur la médiation médicale en établissements de santé, ARS Île-de-France :** http://www.ars.iledefrance.sante.fr/fileadmin/ILE-DE-FRANCE/ARS/8_Democratie-Sanitaire/mediation/Guide_mediation_230113.pdf
- **Guide du Représentant des usagers en CRUQPC, Collectif Interassociatif Sur la Santé (CISS), troisième édition, janvier 2014 :**
<http://www.leciss.org/sites/default/files/GuideCruqpc-3eEdition.pdf>
- **Guide du CISS, « Représenter les usagers à l'hôpital : le guide du RU en CS, CAL, CLIN, CLAN, CLUD, COVIRIS », décembre 2014 :** <http://www.leciss.org/node/1628>

Notes d'instructions :

- **Instruction DGOS/PF2 no 2014-152 du 16 mai 2014** relative aux modalités pratiques de mise à la disposition du public, par l'établissement de santé, des résultats des indicateurs de qualité et de sécurité des soins :
http://www.sante.gouv.fr/fichiers/bo/2014/14-06/ste_20140006_0000_0045.pdf

Recommandations :

- **Recommandations de bonnes pratiques « Délivrance de l'information à la personne sur son état de santé », Haute Autorité de Santé, mai 2012 :**
http://www.has-sante.fr/portail/upload/docs/application/pdf/2012-06/recommandations_-_delivrance_de_linformation_a_la_personne_sur_son_etat_de_sante.pdf

Rapports :

- **Rapport de l'ORS Île-de-France, *Les représentants des usagers dans les CRUQPC : pratiques et représentations de leurs missions*, décembre 2012 :**
<http://www.ors-idf.org/dmdocuments/2012/DemocratieSanitaire.pdf>

Études :

- **Étude du CISS, « le baromètre des droits des malades », mars 2014 :**
http://www.leciss.org/sites/default/files/communiqués/140320_CP_Barometre-Droits-Malades.pdf

Sites Internet :

- **Bientraitance :**
http://www.anesm.sante.gouv.fr/spip.php?page=article&id_article=128
http://www.has-sante.fr/portail/jcms/c_915130/fr/promotion-de-la-bientraitance
- **Journée régionale des associations agréées :**
<http://ars.iledefrance.sante.fr/Journee-regionale-des-associat.181789.0.html>
http://ars.iledefrance.sante.fr/fileadmin/ILE-DE-FRANCE/ARS/Actualites/Agenda/journee_regionale_associations_agrees/role-commission-nationale-agrement-l-bouis.pdf
<http://www.ars.iledefrance.sante.fr/Les-associations-de-patients-e.125459.0.html>
- **Maisons des usagers :**
http://www.sante.gouv.fr/IMG/pdf/Maison_des_Usagers_de_Sainte-Anne_Article_gestions_hospitalieres_MARS_2010.pdf
- **Personne de confiance :**
http://www.sante.gouv.fr/IMG/pdf/la_personne_de_confiance.pdf
- **Rôle et droits du représentant des usagers :**
http://www.sante.gouv.fr/IMG/pdf/Fiche_le_representant_des_usagers-3-2.pdf

Ouvrages :

- GUILLAUME-HOFNUNG, M. *La médiation*, Que sais-je? n°2930, PUF édit. 2000.

Pôle Démocratie Sanitaire – Mission Relations avec les usagers

35 rue de la Gare - 75935 Paris Cedex 19

Tél. : 01 44 02 01 37 - Email: ARS-IDF-CRUQPC@ars.sante.fr

ars.iledefrance.sante.fr |  [@ars_idf](https://twitter.com/ars_idf)

