

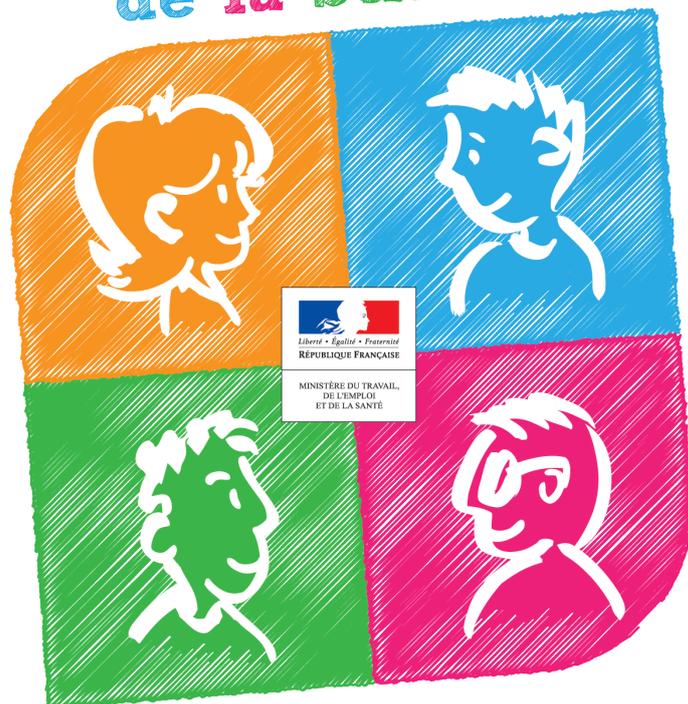


Relations avec les usagers

RAPPORT

# Relations avec les usagers et qualité de la prise en charge en Rhône-Alpes : synthèse des rapports CRUQPC 2014.

## Droits des usagers de la santé



Version : août 2015

# Sommaire

## **SYNTHESE DES CONSTATS ET RECOMMANDATIONS EVENTUELLES** **6**

## **ANALYSE DETAILLEE** **9**

### **I. INFORMATION GENERALE** **9**

### **II. FONCTIONNEMENT** **10**

1. MEMBRES DE LA CRUQ 10
2. MODALITES DE FONCTIONNEMENT 11
3. RAPPORT ANNUEL D'ACTIVITE 13
4. MOYENS ALLOUES AU FONCTIONNEMENT DE LA CRUQPC 13
5. MOYENS DE COMMUNICATION SUR LES ACTIVITES DE LA CRUQ 15

### **III. INFORMATIONS RELATIVES A LA GESTION DES RECLAMATIONS (HORS PLAINTES RELEVANT DU CONTENTIEUX)** **16**

1. NOMBRE DE RECLAMATIONS 16
2. NOMBRE DE RECLAMATIONS PAR SERVICE 17
3. MOTIFS DES RECLAMATIONS 18
4. TRAITEMENT DES RECLAMATIONS 20
5. UTILISATION DE LA MEDIATION ET MISE EN PLACE D'ACTION CORRECTIVES 20

### **IV. INFORMATIONS RELATIVES A LA MESURE DE LA SATISFACTION DES USAGERS** **22**

1. QUESTIONNAIRE DE SORTIE 22
2. ENQUETES DE SATISFACTION 22
3. AUTRES MOYENS DE MESURE DE SATISFACTION (189 REpondants) 22

### **V. DOCUMENTS D'INFORMATION A DESTINATION DES USAGERS** **24**

1. LIVRET D'ACCUEIL 24
2. CHARTE DE LA PERSONNE HOSPITALISEE 25
3. AUTRES DISPOSITIFS D'INFORMATION DES USAGERS 25

### **VI. INFORMATIONS RELATIVES AU RESPECT DES DROITS DES USAGERS AU SEIN DE L'ETABLISSEMENT** **26**

1. EVALUATION DU NIVEAU DE FORMATION DU PERSONNEL AUX DROITS DES USAGERS 27
2. RESPECT DES CROYANCES ET CONVICTIONS 28
3. RECUEIL DU CONSENTEMENT MEDICAL 28
4. INFORMATION SUR LES FRAIS DE PRISE EN CHARGE 28
5. EVALUATION DU RESPECT D'ACCES AU DOSSIER MEDICAL 29
6. POSSIBILITE DE DESIGNER UNE PERSONNE DE CONFIANCE 30
7. REDACTION DE DIRECTIVES ANTICIPEES RELATIVES A LA FIN DE VIE 31
8. PRISE EN CHARGE DE LA DOULEUR 31
9. PRISE EN CHARGE DU DECES 31

2

10. EVALUATION DES PRATIQUES PROFESSIONNELLES (EPP)	32
11. PROMOTION DE LA BIENTRAITANCE	32
<b>VII. POLITIQUE LIEE A LA QUALITE DE LA PRISE EN CHARGE ET DE L'ACCUEIL</b>	<b>33</b>
<b>VIII. AVIS DONNES PAR LA CRUQPC</b>	<b>34</b>
1. AVIS DONNE PAR LA CRUQ PC SUR LE FONCTIONNEMENT GLOBAL DE LA COMMISSION	34
2. MISE EN ŒUVRE DES RECOMMANDATIONS 2013	34
3. FORMULATION DE RECOMMANDATIONS 2014 SUR L'AMELIORATION DE LA QUALITE DE PRISE EN CHARGE	35
<b>IX. DIVERS</b>	<b>36</b>
<b>ANNEXE</b>	<b>37</b>
<hr/>	
SUGGESTIONS D'AMELIORATION DU QUESTIONNAIRE ET REPONSES ARS	38

## Rappel

La loi du 4 mars 2002 relative aux droits des malades et à la qualité du système de soins prévoit la mise en place d'une Commission des Relations avec les Usagers et de la Qualité de la Prise en Charge (CRUQPC) dans tous les établissements de santé. Cette obligation est effective depuis 2005.

La CRUQPC a une double mission :

- veiller au respect des droits des usagers et faciliter leurs démarches ;
- contribuer à l'amélioration de la qualité de l'accueil et de la prise en charge des personnes malades et de leurs proches.

C'est une instance incontournable sur la politique d'accueil et de prise en charge dans les établissements de santé

## Contexte législatif et réglementaire

Textes de référence : Loi n°2002 - 303 du 04 mars 2002 Décret n°2005 - 213 du 02 mars 2005

Code de la Santé Publique : articles L 1112-3 L 1114-1 L 1432-4 R 1112-79 à R 1112-9

## Précisions méthodologiques

Dans la poursuite de l'exercice précédent, l'Agence Régionale de Santé Rhône-Alpes a utilisé le questionnaire standardisé proposé par le ministère en lui apportant quelques ajustements de précision et de simplification.

## Structure du questionnaire

Le questionnaire est articulé autour des grands items inscrits dans le décret n°2005-213 du 2 mars 2005, à savoir :

- ✓ Informations générales sur l'établissement
- ✓ Fonctionnement de la CRUQPC dont l'identification des membres de la CRUQ
- ✓ Information relatives à la gestion des réclamations
- ✓ Informations relatives à la mesure de la satisfaction des usagers
- ✓ Documents d'information à destination des usagers
- ✓ Informations relatives au respect des droits des usagers au sein de l'établissement
- ✓ Politique liée à la qualité de la prise en charge et de l'accueil des personnes
- ✓ Avis donnés par la CRUQPC

## Echéance

La date de retour de l'enquête a été fixée au 10 juin 2015 et a été repoussée au 2 juillet, notamment en raison de problèmes techniques survenus dans le courant du mois juin qui ne permettaient pas l'enregistrement des données.

En amont de l'envoi du questionnaire en ligne, une version Word du questionnaire a été envoyée aux établissements dès le mois d'octobre 2014, afin de leur permettre d'une part, de récolter les informations avant de procéder à la saisie du questionnaire et d'autre part, d'avoir une version imprimable et diffusable en interne.

## Rédaction de la synthèse régionale

La synthèse régionale des rapports CRUQPC permet à l'ARS et la CRSA de suivre les mesures engagées par les établissements pour veiller au respect des droits des usagers.

Dans la continuité des exercices précédents et pour faciliter la lecture du document, une synthèse des constats et recommandations précède l'analyse détaillée.

# Introduction

Les exercices se suivent et se ressemblent !

Pour 2014, les constats et recommandations sont globalement identiques à ceux formulées lors des années précédentes.

Si globalement, l'analyse des rapports des Commissions des relations avec les usagers et la qualité de la prise en charge (CRUQPC) confirme leur dynamisme et l'implication des directions, des marges de progression subsistent.

Ainsi, l'Agence reste particulièrement attentive à la fréquence des réunions, à la désignation et l'accompagnement des représentants des usagers.

Elle demande aux établissements de dispenser une information claire et compréhensible tant sur les frais que sur les modalités de prise en charge médicale et paramédicale et leur demande d'être attentifs à la qualité des relations entre les professionnels et les usagers.

Elle incite les établissements à faciliter la mission des RU au sein des instances par un appui logistique et à organiser un rapprochement entre la CME et la CRUQPC.

Dans la mesure où les évolutions se réalisent maintenant à la marge, il serait opportun de profiter de la nouvelle impulsion en faveur des usagers inscrite dans le projet de loi de modernisation de notre système de santé qui prévoit d'élargir les missions de la future "commission des usagers" (CDU) pour réfléchir ensemble (ARS, établissements, associations et RU) aux informations à recueillir en terme plutôt qualitatif... peut-être en collaboration avec la HAS.

## Synthèse des constats et recommandations éventuelles

### Taux de retour des questionnaires : 94% (97% en 2013 et 95% en 2012)

Le taux de retour est en baisse par rapports aux deux exercices précédents. Ce résultat peut s'expliquer, en partie, par les problèmes techniques survenus dans le courant du mois de juin et qui n'ont pas permis la validation des données. Ce taux reste malgré tout suffisant pour avoir une vision globale du fonctionnement des commissions en région.

### Composition de la CRUQPC

La composition des CRUQPC est stable. Des progrès sont encore et toujours à réaliser pour les suppléants des représentants des usagers. Le travail de sensibilisation des associations agréées et des établissements engagé par l'ARS en partenariat avec le CISS-RA se poursuit.

### Fonctionnement de la CRUQPC

#### Fréquence des réunions

Le nombre moyen de réunions annuelles est stabilisé à 3,3.

Près de la moitié des établissements ne respectent pas la réglementation et invoquent comme motifs principaux l'indisponibilité des membres, des changements organisationnels et la taille de l'établissement.

- ✚ Pour permettre un bon fonctionnement des CRUQPC, l'ARS demande aux établissements d'organiser 4 rencontres annuelles. A cet effet, un rappel de la réglementation sera effectué lors de la rencontre PCRU/RU du 22 septembre 2015.

#### Participation des membres aux réunions

Globalement, les différents membres de la CRUQPC font preuve d'une bonne assiduité, puisque le taux moyen de participation des membres obligatoires atteint 82%, dont 77% pour les RU.

#### Participation des membres de la CRUQ à la rédaction du rapport d'activité

Les membres de la CRUQ sont associés à la rédaction du rapport d'activité dans 86% des établissements. Quand ils ne le sont pas directement, le rapport est discuté et soumis à l'avis des membres de la CRUQ avant validation. Le rapport d'activité fait également l'objet d'une transmission à d'autres instances internes.

#### Invitation des membres à d'autres instances

Les représentants des usagers sont intégrés à de nombreuses instances internes. Par contre, comme l'année passée, l'ARS constate qu'ils ne sont pas assez associés à la Commission Médicale d'Etablissement (CME) alors que cette dernière rédige un programme d'amélioration continue de la qualité et de la sécurité des soins qui devrait être présenté en CRUQPC.

- ✚ L'ARS encourage les établissements à inviter les RU de la CRUQPC à certaines réunions de la CME.

### Moyens alloués au fonctionnement de la CRUQPC

#### Accès aux informations

Les membres de la CRUQPC ont accès à l'intégralité des réclamations et éloges dans 98% des établissements et débattent des indicateurs qualité dans 81% des établissements.

#### Formation des membres de la CRUQ PC

Depuis 2013, l'ARS en partenariat avec le CISS RA, incite tous les RU nouvellement désignés, à suivre une formation en vue de permettre une prise de fonctions dans les meilleures conditions.

En complément, les établissements proposent des formations aux membres de la CRUQ dont les RU. En 2014, 303 personnes ont été formées soit une augmentation de 8% par rapport à l'exercice précédent.

#### Visibilité des RU

Les coordonnées des RU sont diffusées dans 84% des établissements et les RU sont facilement accessibles dans 87% d'entre eux.

- ✚ Pour permettre aux membres de la CRUQ de mieux appréhender leurs missions et assurer un fonctionnement optimum de la commission, l'ARS encourage les établissements à poursuivre leur démarche de formation.
- ✚ Elle incite les établissements à faciliter la mission des RU au sein des instances par un appui logistique (ex boîte e-mail générique pour les représentants d'usagers).

### **Moyens de communication des activités de la CRUQ**

Les activités des CRUQPC sont rendues visibles grâce à la communication de ses actions, tant en direction des usagers que du personnel, prioritairement par le livret d'accueil, par voie d'affichage et rencontres.

- ✚ Afin de vérifier la connaissance des missions de la CRUQPC par les usagers, l'ARS suggère que les établissements introduisent un item sur ce sujet dans les questionnaires de sortie.

### **Gestion des réclamations et médiation**

Le recensement des réclamations tant écrites qu'orales est effectif dans tous les établissements. Elles atteignent cette année 9033 et augmente par rapport à l'exercice précédent (8571).

Depuis plusieurs années consécutives, les services les plus concernés sont l'administration, la chirurgie, les urgences et les soins de suite et réadaptation (SSR).

Les motifs les plus souvent invoqués sont :

- La facturation et les dépassements d'honoraires pour ce qui concerne le secteur de l'accueil et de l'administration.
- la divergence sur les actes médicaux et les relations avec les médecins pour ce qui concerne la prise en charge médicale
- les relations avec le personnel et la qualité des soins pour ce qui concerne la prise en charge paramédicale
- la perte / vol d'objet et prestations hôtelières pour ce qui concerne la vie quotidienne

- ✚ Afin de réduire les sources de mécontentement des usagers, l'ARS demande aux établissements de dispenser une information claire et compréhensible, tant sur les frais que sur les modalités de prise en charge médicale et paramédicale.

- ✚ Elle leur demande d'être attentifs à la qualité des relations entre les professionnels et les usagers.

Même quand elle est proposée, la médiation est relativement peu utilisée. Les réclamants font recours à elle surtout pour résoudre les problèmes liés aux aspects médicaux (11%) et notamment les divergences sur les actes médicaux.

Le délai moyen de traitement des réclamations s'établit à 15 jours.

### **Mesure de satisfaction des usagers**

Les questionnaires de sortie et les enquêtes de satisfaction existent respectivement dans 93% et 80% des établissements.

Les résultats sont analysés en CRUQPC et des actions correctives sont engagées dans 79% de ces derniers.

### **Documents d'information à destination des usagers**

#### **Livret d'accueil et charte du patient hospitalisé**

Le livret d'accueil et la charte du patient hospitalisé, outils pour diffuser l'information sur les droits des usagers existent dans 99% des établissements.

### **Respect des droits des usagers au sein de l'établissement**

Cette partie couvre le vaste champ des actions engagées par les établissements pour garantir le respect des droits des usagers. Elle aborde les domaines allant de la formation du personnel aux droits des usagers (DDU) aux évaluations des pratiques professionnelles en passant par l'accompagnement des personnes, du recueil du consentement à la prise en charge du décès. L'objectif étant d'identifier l'implication des établissements sur ces thématiques.

Globalement, le constat réalisé pour l'exercice 2013 se confirme. Les établissements ont mis en place des dispositifs spécifiques.

### **Formation du personnel aux DDU**

Les établissements continuent à dispenser de l'information et à proposer des formations sur les droits des usagers à leurs personnels. L'évolution par rapport à l'exercice précédent n'a pas pu être mesurée en l'absence de l'intégralité des données. Toutefois, l'analyse des réponses, même partielle, montre une progression du nombre total de formations ayant trait aux droits des usagers.

### **Recueil du consentement médical**

L'existence d'une procédure de recueil du consentement est en hausse de 15% par rapport à l'exercice précédent et est mise en œuvre dans 87% des établissements.

### **Information sur les frais de prise en charge**

La présence des tarifs dans les lieux de consultation est observée dans 71% des établissements. Malgré une augmentation de 11%, ce résultat est insuffisant au regard de la réglementation.

Par ailleurs, au regard des réclamations relatives à la facturation et dépassements d'honoraires, il est nécessaire que les établissements fassent preuve de transparence.

- ✚ L'ARS demande aux établissements de dispenser clairement l'information sur les frais de prise en charge et les dépassements d'honoraires ainsi que sur l'obligation de réaliser un devis pour les actes > à 70€.

### **Evaluation du respect d'accès au dossier médical**

Le nombre de demandes d'accès au dossier médical augmente de 14% en 2013. Elles sont traitées dans un délai moyen de 6 jours pour les dossiers de moins de 5 ans et de 11 jours pour les dossiers de plus de 5 ans. Le nombre de refus est en baisse significative (176 contre 340) et l'analyse des motifs montre que les refus sont justifiés.

Les délais de traitement moyen pour les dossiers de moins de 5 ans s'élèvent à 6 jours et ils se stabilisent pour les dossiers de plus de 5 ans à 11 jours.

**La promotion de la bientraitance, le respect des croyances et convictions, la prise en charge de la douleur et du décès**, sont mieux pris en compte par les établissements avec une progression moyenne de 13%.

### **Evaluation des pratiques professionnelles (EPP)**

72% des établissements ont mis en œuvre l'évaluation des pratiques professionnelles sur des thématiques relatives au respect des droits des usages, soit une augmentation de 6 %.

### **Politique liée à la qualité de la prise en charge et de l'accueil des personnes**

Les établissements s'organisent pour accueillir des publics spécifiques et mettent en place des dispositifs adaptés.

- ✚ L'ARS encourage les établissements à poursuivre dans cette voie afin d'éviter tout risque de discrimination et d'exclusion.

### **Avis donnés par la CRUQPC**

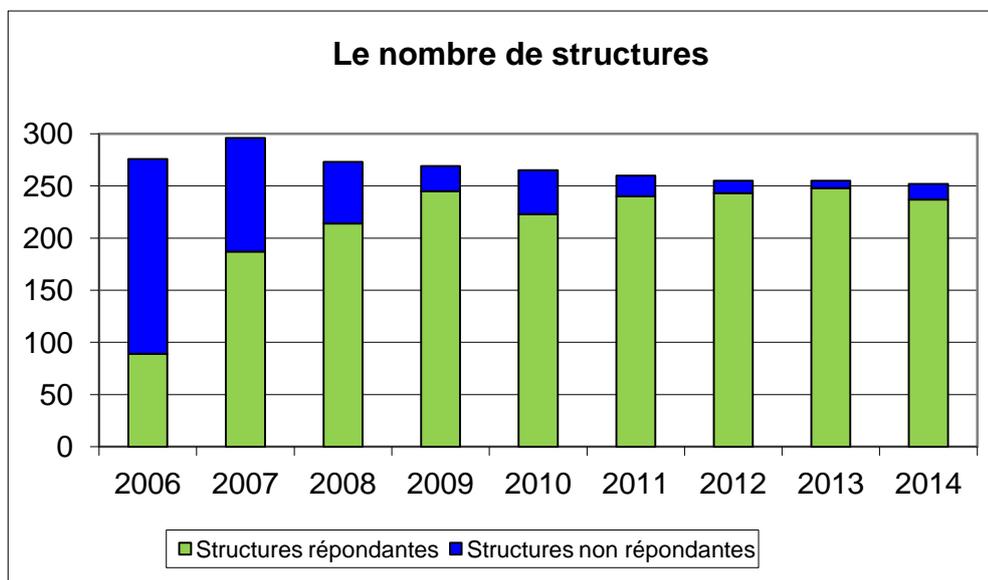
Les CRUQPC formulent de nombreuses recommandations et ce, dans tous les domaines couverts par les établissements. Elles en assurent la mise en œuvre et le suivi. Seules 3% ont été abandonnées, souvent en raison de leur caractère obsolète.

# Analyse détaillée

## I. Information générale

Nombre d'établissements (Ets) répondants : 237 / 252 soit 94%

Année	Structures répondantes	Structures Sollicitées	Taux de réponse	Structures non répondantes
2006	89	276	32%	187
2007	187	296	63%	109
2008	214	273	78%	59
2009	245	269	91%	24
2010	223	265	84%	42
2011	240	260	92%	20
2012	243	255	95%	12
2013	248	255	97%	7
2014	237 +1	253	94%	14



**Remarque :** En juin, les établissements ont signalé des problèmes techniques empêchant la validation des réponses. Le problème a été solutionné les derniers jours de juin par la suppression des questions bloquantes.

Sur les établissements non répondants à l'enquête en ligne, le CH AIN VAL DE SAÔNE a fait parvenir les réponses en version papier.

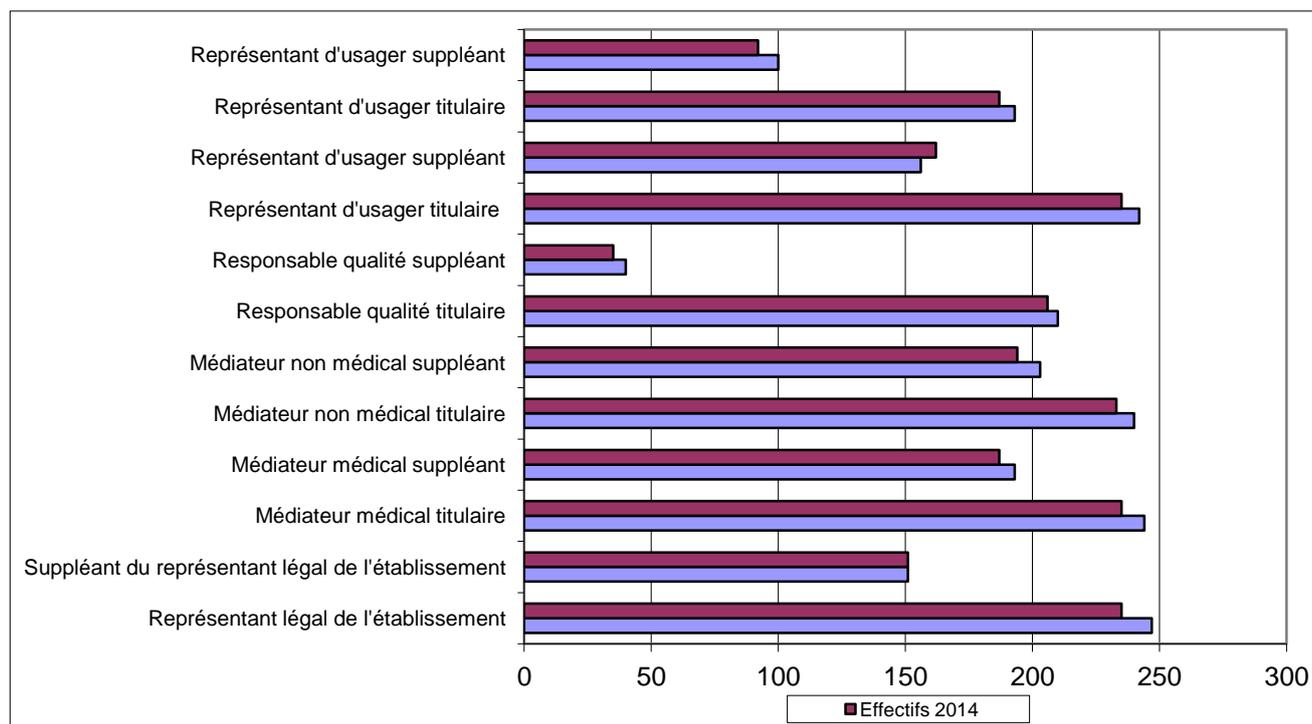
### Statut des établissements répondants

	Effectif	%
ESPIC	46	19
Privée	80	34
Privée à but non lucratif	19	8
Publique	92	39
TOTAL	237	100

## II. Fonctionnement

### 1. Membres de la CRUQ

Membres de la CRUQ	Effectifs 2012	Effectifs 2013	Effectifs 2014
Représentant légal de l'établissement (ou personne désignée)	242	247	235
Suppléant du représentant légal de l'établissement (ou personne désignée)	138	151	151
Médiateur médical titulaire	240	244	235
Médiateur médical suppléant	192	193	187
Médiateur non médical titulaire	235	240	233
Médiateur non médical suppléant	204	203	194
Responsable qualité titulaire		210	206
Responsable qualité suppléant		40	35
Représentant d'utilisateur titulaire	237	242	235
Représentant d'utilisateur suppléant	152	156	162
Représentant d'utilisateur titulaire	184	193	187
Représentant d'utilisateur suppléant	97	100	92
Nombre de répondants à l'enquête	243	248	237



Les chiffres sont en baisse relative dans la mesure où ils sont à rapporter au nombre de répondants à l'enquête. Ainsi, le pourcentage des représentants des usagers<sup>1</sup> est en légère hausse grâce au travail engagé

<sup>1</sup> Conformément à l'article R.1112-83 du décret n°2005-213, les représentants des usagers (titulaire et suppléant) sont désignés par le directeur de l'ARS parmi les personnes proposées par les associations agréées.

par l'ARS et le CISS RA auprès des associations agréées en vue d'élargir le nombre de candidatures de RU. Malgré tout, la région est confrontée à une pénurie chronique de représentants des usagers.

### Recommandation

Reconduction de la recommandation de l'exercice précédent : Poursuivre la campagne de communication et de sensibilisation auprès des associations et établissements sanitaires en vue d'augmenter le nombre de représentants des usagers.

**Nombre d'entrées ou séjours :** 1 888 727

**Nombre de passages aux urgences :** 1 658 167

## 2. Modalités de fonctionnement

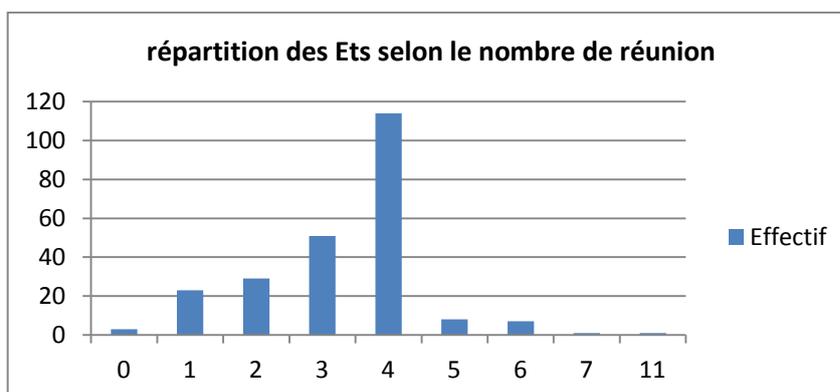
**Date d'installation des CRUQ :** entre 1998 (commission de conciliation) et 2013, avec un pic en 2005, année de publication du décret n° 2005-213 du 2 mars 2005 relatif à la commission des relations avec les usagers et de la qualité de la prise en charge.

**Cette question sera supprimée du prochain questionnaire**

**Existence d'un règlement intérieur :** OUI à 97% (▲ de 5%)

**Nombre de réunions en séances plénières :** 3,33 réunions par an en moyenne (stabilisation par rapport à l'exercice précédent 3,25)

	Effectif	%
	3	1
1	23	10
2	29	12
3	51	22
4	114	48
5	8	3
6	7	3
7	1	0
11	1	0
TOTAL	237	100



131 ETS organisent au moins 4 réunions plénières par an, soit 55% (contre 52% dans l'exercice précédent).

#### Motifs en cas de réunions inférieures à 4/an classés dans l'ordre décroissant.

- ✓ Indisponibilité des membres (annulation de réunions programmées faute de participants dont certaines par manque de disponibilité des RU ou des médiateurs)
- ✓ Changements organisationnels (déménagements, changement de direction, absence de la personne chargée des relations avec les usagers (PCRU) ...
- ✓ Taille de l'établissement (<35 lits) qui ne nécessiterait pas 4 réunions annuelles, selon les responsables
- ✓ Charge de travail
- ✓ Absence de sujet à traiter

#### Motifs en cas de réunions supérieures à 4/an

- ✓ Organisation de réunions supplémentaires pour :
  - élaboration du rapport annuel
  - élaboration de documents liés à la mesure de satisfaction
  - certification
  - retours de médiations
  - analyse de réclamations

## Recommandation

Demander aux établissements d'organiser 4 rencontres annuelles.

Un rappel de la réglementation sera effectué lors de la rencontre PCRU/RU du 22 septembre 2015

**Participation des membres de la CRUQPC, et particulièrement les RU, à la rédaction du rapport annuel : OUI à 86%**

### Motif en cas de non participation : réponses identiques à l'exercice précédent

Dans le commentaire, il apparaît que la rédaction du rapport est établie par les personnels de l'établissement, en concertation avec toutes les personnes et instances intéressées : membres de la CRUQPC, direction de la qualité, direction chargée des relations avec les usagers. Une première version est soumise à l'avis des membres de la CRUQPC avant validation. Les remarques formulées lors des échanges sont prises en compte dans la version définitive.

### Taux de participation des membres obligatoires aux réunions plénières

Le taux de présence est calculé pour les établissements dont le nombre de réunion organisée est égal à une ou plus et dont le nombre de présence a été complété. En d'autres termes, si l'information sur la présence n'a été complétée pour aucun des membres (ni pour le représentant légal de l'établissement ou la personne désignée, ni pour le médiateur médical, ni pour le médiateur non médical, ni pour les représentants des usagers) alors l'établissement n'est pas pris en compte pour le calcul du taux.

Nombre de structures prises en compte : 232

Présence des membres	Nombre de présences	Taux de l'ensemble des structures (1)
représentant légal de l'établissement ou la personne désignée	712	91%
médiateur médical	591	75%
médiateur non médical	659	84%
représentants des usagers *	1 043	77%

(1) Taux de présences de l'ensemble des structures = Total du nombre de présence / Total du nombre de réunions organisées

\*Pour les RU, le taux de présences théorique aurait dû être calculé comme suit : Total du nombre de présence / (2 x total du nombre de réunions organisées (soit 1043 / 2\*790).

Toutefois, les établissements n'ayant pas tous 2 RU désignés, le taux a été calculé avec le nombre moyen de RU par Ets soit 1,71 (soit 1043 / 1,71\*790)

### Invitation des RU à d'autres instances

	Oui	Non	% Oui
Comité de Lutte contre les Infections Nosocomiales (CLIN)	169	68	71
Conseil d'Administration (CA)	93	144	39
Comité de Liaison Alimentation et Nutrition (CLAN)	78	159	33
Comité de Lutte contre la Douleur (CLUD)	64	173	27
Coordination des vigilances et risques sanitaires(COVIRIS)	40	197	17
Commission Médicale d'Etablissement (CME)	11	226	5
Comité d'Hygiène, de Sécurité et des Conditions de Travail (CHSCT)	4	233	2
Autre	84	153	35

**Remarque :** comme pour l'exercice précédent, les représentants d'usagers sont peu associés à la Commission Médicale d'Etablissement (CME) alors que cette dernière rédige un programme d'amélioration continue de la qualité et de la sécurité des soins qui devrait être présenté en CRUQPC.

Au delà de la participation aux réunions, la coordination de la CRUQPC avec les autres instances de l'établissement mérite d'être encouragée et valorisée

## Recommandation

Reconduction de la recommandation de l'exercice précédent : L'ARS encourage les établissements à inviter les RU de la CRUQPC à certaines réunions de la CME.

### 3. Rapport annuel d'activité

**Date d'approbation du rapport :** le rapport est approuvé majoritairement entre les mois de mars et juin.

**Transmission du rapport à d'autres instances :** OUI à 81 % (contre 77% lors de l'exercice précédent)

### 4. Moyens alloués au fonctionnement de la CRUQPC

Pour fonctionner et contribuer à l'amélioration de la politique des établissements en matière de qualité d'accueil, de prise en charge et de respect des droits des usagers, la CRUQPC a besoin de moyens et de visibilité.

**Les membres de la CRUQPC ont accès à l'intégralité des réclamations ou éloges :** OUI 98 %

#### Accès aux indicateurs qualité HAS

Les résultats annuels des 6 indicateurs qualité de l'établissement sont présentés et débattus en CRUQPC : OUI 81% (▲ de 10 %)

#### Formation des membres de la CRUQ PC

Depuis 2013, l'ARS en partenariat avec le CISS RA, incite tous les RU nouvellement désignés, à suivre une formation en vue de permettre une prise de fonctions dans les meilleures conditions.

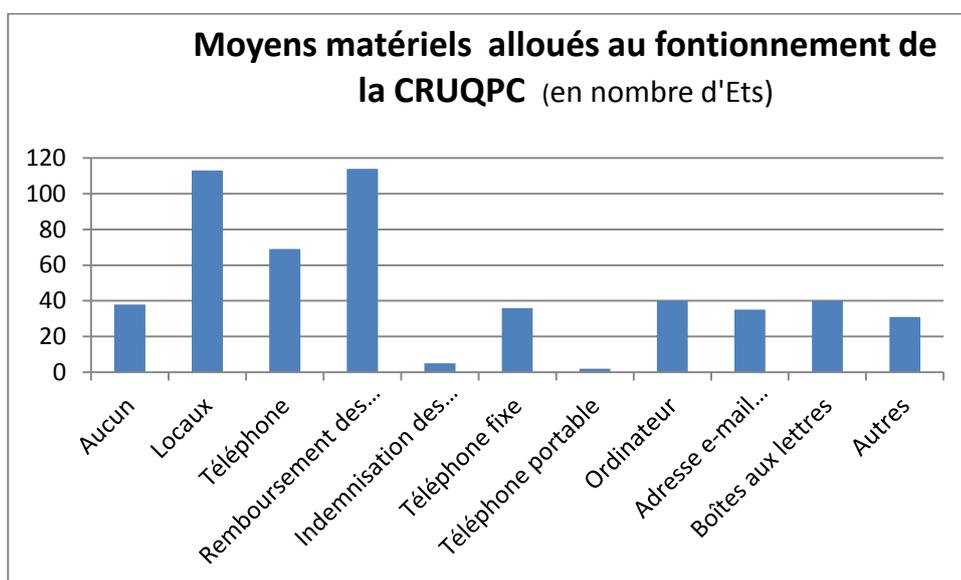
En complément, les établissements proposent des formations aux membres de la CRUQ dont les RU

**Nombre de personnes ayant suivi une formation sur le rôle et les missions des CRUQPC (▲ de 8 %)**

	Nb de formations suivies
Représentant légal de l'établissement	10
Suppléant du Représentant légal de l'établissement	7
Médiateur médical	17
Suppléant du médiateur médical	6
Médiateur non médical	14
Suppléant du médiateur non médical	16
Responsable qualité titulaire	21
Responsable qualité suppléant	3
RU titulaire	98
RU suppléant	44
RU titulaire	45
RU suppléant	22
<b>TOTAL</b>	<b>303</b>

## Moyens matériels alloués au fonctionnement de la CRUQPC

	Oui	Non	% Oui
Aucun	38	199	<b>16</b>
Locaux	113	124	<b>48</b>
Téléphone	69	168	<b>29</b>
Remboursement des frais de déplacement des RU	114	123	<b>48</b>
Indemnisation des congés de représentation	5	232	<b>2</b>
Téléphone fixe	36	201	<b>15</b>
Téléphone portable	2	235	<b>1</b>
Ordinateur	40	197	<b>17</b>
Adresse e-mail fournie par l'établissement (collective ou individuelle)	35	202	<b>15</b>
Boîtes aux lettres	40	197	<b>17</b>
Autres (prêt de véhicule, repas, frais de formation, temps de secrétariat...)	31	206	<b>13</b>



**Remarque :** Le nombre d'établissements répondants ne fournissant aucun moyen pour le fonctionnement de la CRUQPC est en légère baisse (16% au lieu de 20 précédemment). Le nombre d'établissements ayant créé une adresse e-mail pour permettre un lien direct avec les représentants d'usagers est en légère augmentation (15% au lieu de 13).

**Le nom et les coordonnées des RU figurent sur les documents d'information destinés aux usagers :** OUI 84%

**Possibilité de contacter un RU à tout moment en cas de difficulté (en plus de la permanence téléphonique) :** OUI 87% (contre 69% lors de l'exercice précédent)

### Recommandation

L'ARS incite les établissements à faciliter la mission des RU au sein des instances par un appui logistique (ex boîte e-mail générique pour les représentants d'usagers). Elle les invite à faire de la formation de leurs représentants des usagers une priorité.

## 5. Moyens de communication sur les activités de la CRUQ

Les activités des CRUQPC sont rendues visibles grâce à la communication de ses actions, tant en direction des usagers que du personnel, prioritairement par le livret d'accueil, par voie d'affichage et rencontres.

### Support d'information à destination des usagers

	Oui	Non	% Oui
Affichage	203	34	86
Livret d'accueil	232	5	98
Communication orale/réunions	108	129	46
Rencontre avec les usagers	108	129	46
Permanence	34	203	14
Internet	76	161	32
Intranet	10	227	4
Journal interne	31	206	13

### Support d'information à destination du personnel de l'établissement

	Oui	Non	% Oui
Affichage	203	34	86
Livret d'accueil	176	61	74
Communication orale/réunions	156	81	66
Rencontre	80	157	34
Permanence	25	212	11
Internet	61	176	26
Intranet	90	147	38
Journal interne	105	132	44

### III. Informations relatives à la gestion des réclamations (hors plaintes relevant du contentieux)

#### 1. Nombre de réclamations

**Nombre total de réclamations : 9 033**

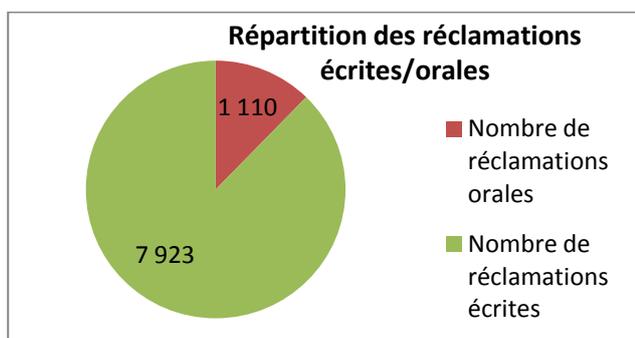
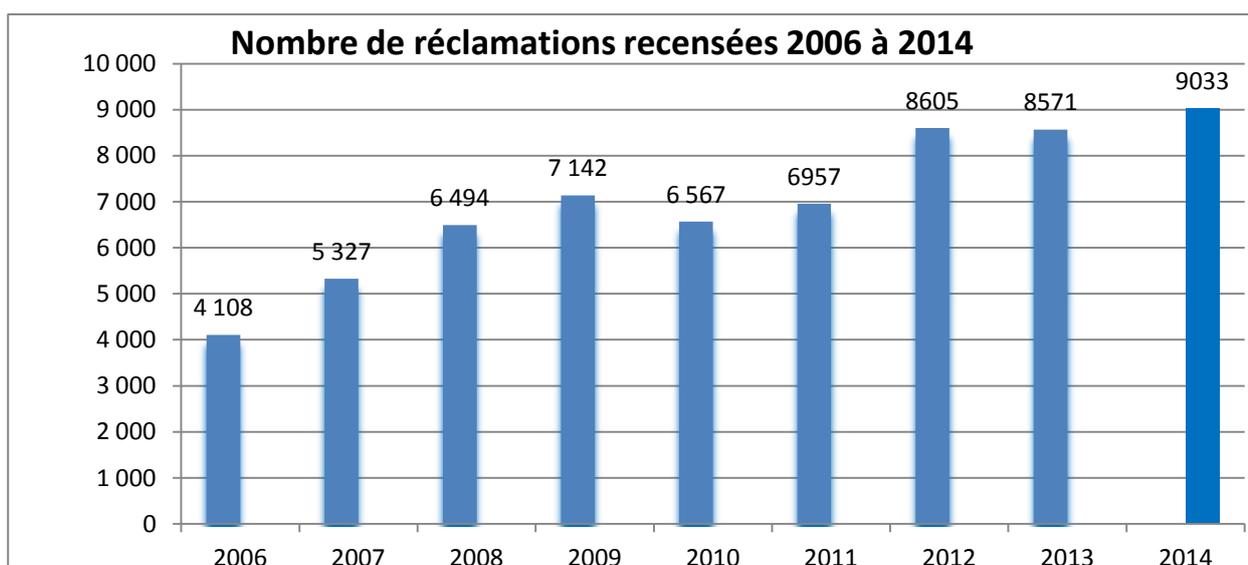
**Nombre total d'éloges : 10 995**

Evolution du nombre de réclamations depuis 2006

	2006	2007	2008	2009	2010	2011	2012	2013	2014
Nombre de réclamations recensées	4 108	5 327	6 494	7 142	6 567	6 957	8 605	8 571	9 033

#### Part de réclamations par rapport aux nombre d'entrées et passages aux urgences

Nb de réclamations	9033
Nombre de séjours + Nombre de passages aux urgences	3 546 894
Nombre de réclamations pour 10 000 entrées	25,5

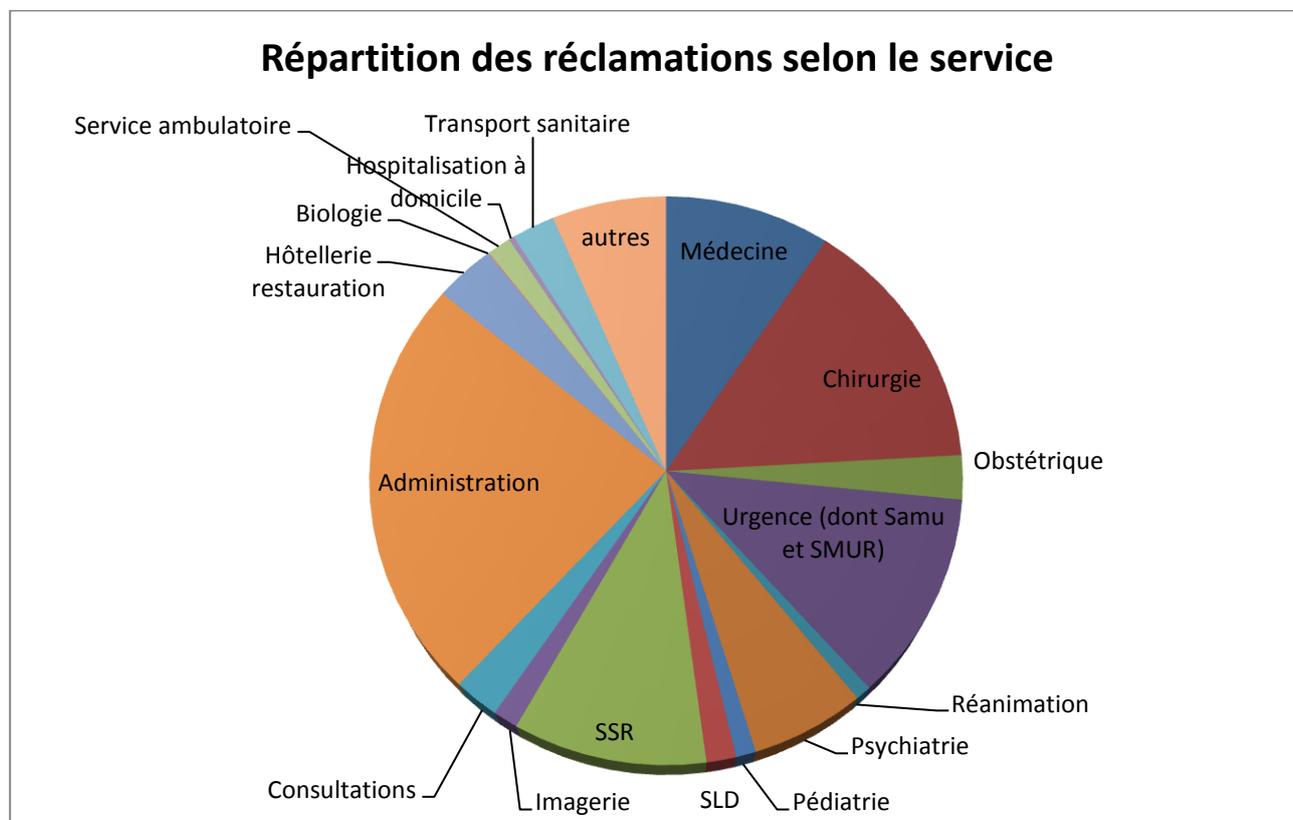


**Répartition des réclamations écrites /orales**

Nombre de réclamations orales	1 110
Nombre de réclamations écrites	7 923
Nombre total de réclamations	9 033

## 2. Nombre de réclamations par service<sup>2</sup>

	2013		2014	
	Nb de Réclamations	%	Nb de Réclamations	%
Administration	2 045	22	2 240	24
Chirurgie	1 274	14	1 373	15
Urgence (dont Samu et SMUR)	1 154	13	1 093	12
SSR	1 020	11	954	10
Médecine	860	9	867	9
Psychiatrie	820	9	565	6
Hôtellerie restauration	356	4	316	3
Obstétrique	222	2	233	3
Consultations	207	2	226	2
Transport sanitaire	-	-	226	2
SLD	163	2	146	2
Pédiatrie	122	1	98	1
Réanimation	60	1	77	1
Hospitalisation à domicile	48	1	28	1
Service ambulatoire	149	2	125	1
Imagerie	133	1	124	1
Biologie	11	0	7	0
autres	526	6	598	6
TOTAL	9170	100	9 296	100



<sup>2</sup> Le nombre de réclamations par service est supérieur au nombre de plaintes reçues car une même plainte peut concerner plusieurs services ou secteurs.

Comme les années précédentes, les services les plus concernés sont l'administration et la chirurgie pour lesquels les réclamations continuent à augmenter respectivement de 2 et 1%. Les urgences et les soins de suite et réadaptation (SSR) sont en 3<sup>ème</sup> et 4<sup>ème</sup> position et dans ces 2 services, les réclamations tendent légèrement à diminuer (▼1%).

L'item "transport sanitaire" a été ajouté et a fait l'objet de 226 réclamations.

### 3. Motifs des réclamations

Les motifs les plus souvent invoqués par les établissements sont semblables à ceux cités lors des exercices précédents, à savoir :

- ✓ facturation et les dépassements d'honoraires pour ce qui concerne le secteur de l'accueil et de l'administration.
- ✓ la divergence sur les actes médicaux et les relations avec les médecins pour ce qui concerne la prise en charge médicale
- ✓ les relations avec le personnel et la qualité des soins pour ce qui concerne la prise en charge paramédicale
- ✓ la perte / vol d'objet et prestations hôtelières pour ce qui concerne la vie quotidienne

#### Accueil administration

	Nombre de réclamations reçues	Nombre de médiations	Nombre d'actions correctives
Accueil loge, hôtesse	194	10	26
Facturation	806	14	170
Dépassements d'honoraires	689	2	84
Mode d'hospitalisation	54	1	4
Attente / Délais	240	4	26
Signalisation (intérieure, extérieure)	26	0	2
Identification des personnels (avec soignants)	0	0	0
Standard téléphonique	46	0	9
Autre	894	5	22
<b>TOTAL</b>	<b>2949</b>	<b>36</b>	<b>343</b>

Pourcentage de médiation : 1%

Pourcentage d'actions correctives : 12%

#### Prise en charge : aspects médicaux

	Nombre de réclamations reçues	Nombre de médiations	Nombre d'actions correctives
Information du malade / de la famille	304	48	52
Contestation du diagnostic médical	356	37	22
Accès au dossier médical	82	11	13
Secret médical	27	2	7
Attente / Délais	20	1	8
Non recueil du consentement	285	37	44
Divergence sur les actes médicaux	506	52	28
Prise en charge de la douleur	135	15	22
Accident thérapeutique, séquelles	111	22	15
Infections nosocomiales	64	8	14
Relations avec les médecins	533	50	67
Maltraitance	23	1	5
Accompagnement de fin de vie	15	4	2
Coordination des soins	257	18	37
Respect de la dignité / intimité	21	1	3
Autre	190	15	31
<b>TOTAL</b>	<b>2929</b>	<b>322</b>	<b>370</b>

Pourcentage de médiation : 11%  
 Pourcentage d'actions correctives : 13%

### Prise en charge : aspects para-médicaux

	Nombre de réclamations reçues	Nombre de médiations	Nombre d'actions correctives
Qualité des soins	197	24	56
Nursing, surveillance	97	13	40
Relations avec le personnel	427	21	119
Insuffisance de personnel	77	3	10
Organisation des examens	87	1	32
Divergence sur les actes paramédicaux	128	6	12
Prise en charge de la douleur	42	3	16
Information du malade / de la famille	71	7	20
Information sortie/transfert	118	6	18
Liberté de circulation (enfermement, isolement)	19	2	6
Respect de la dignité / intimité	42	2	11
Autre	127	5	41
<b>Total</b>	<b>1432</b>	<b>93</b>	<b>381</b>

Pourcentage de médiation : 6,5%  
 Pourcentage d'actions correctives : 27%

### Vie quotidienne, environnement

	Nombre de réclamations reçues	Nombre de médiations	Nombre d'actions correctives
Alimentation, diététique	288	5	67
Mécontentement sur les prestations Hôtelières	497	6	118
Locaux (accès, sécurité)	130	0	29
Perte, vol, objet endommagé	868	24	135
Autre	423	7	92
<b>Total</b>	<b>2206</b>	<b>42</b>	<b>441</b>

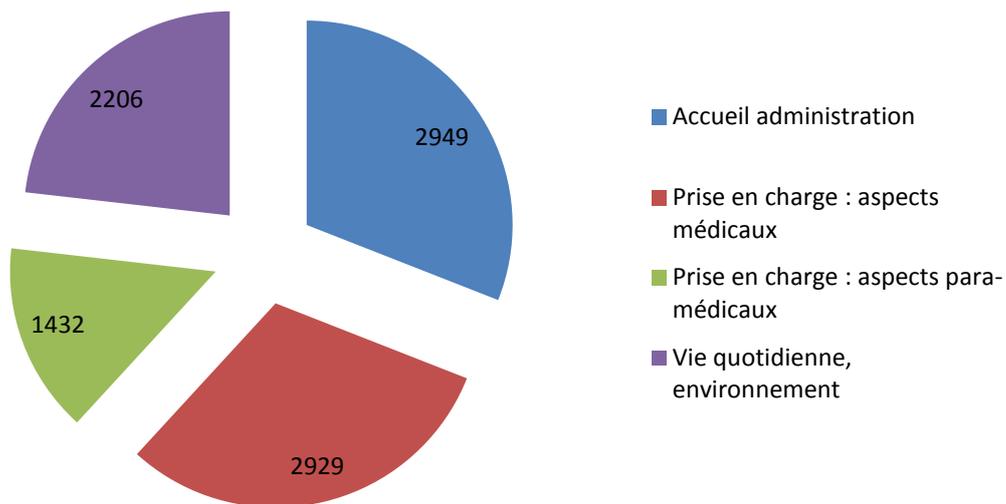
Pourcentage de médiation : 2%  
 Pourcentage d'actions correctives : 20%

### Total de réclamations par secteur<sup>3</sup>

	Nb de réclamations
Accueil administration	2949
Prise en charge : aspects médicaux	2929
Prise en charge : aspects para-médicaux	1432
Vie quotidienne, environnement	2206
<b>TOTAL</b>	<b>9516</b>

<sup>3</sup> Le nombre de réclamations par service est supérieur au nombre de plaintes reçues car une même plainte peut concerner plusieurs services ou secteurs.

## Répartition des réclamations par secteur



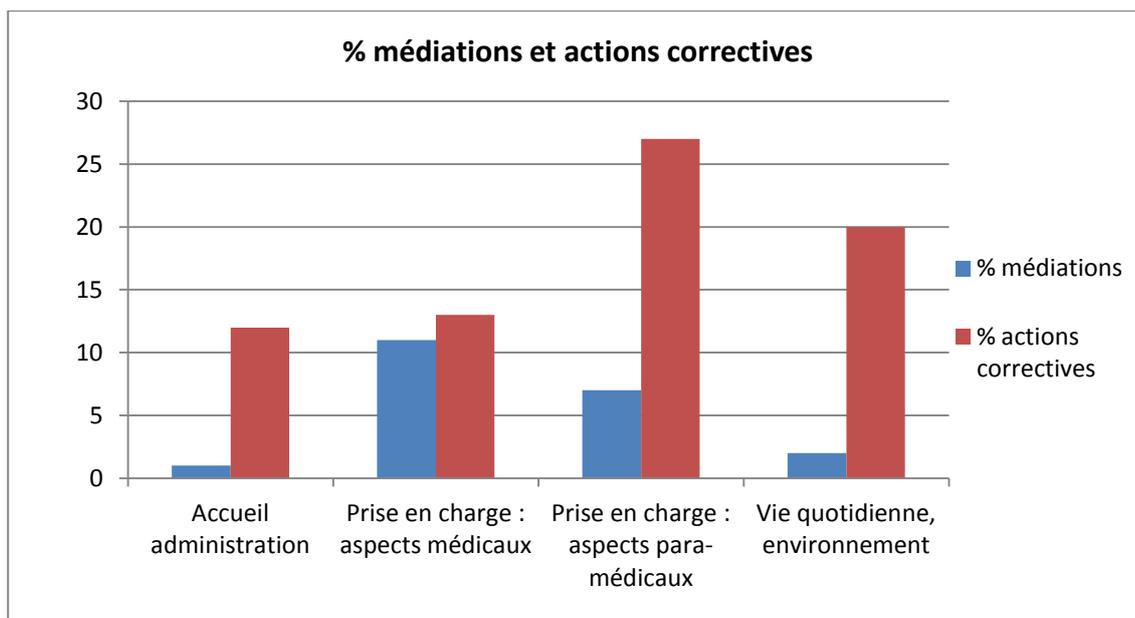
### 4. Traitement des réclamations

#### Délai de traitement des réclamations (délai avant clôture du dossier)

- ✓ Délai minimum (en jours) : 3.25 jours
- ✓ Délai maximum (en jours) : 45 jours (avec une durée maximum de 337 jours)
- ✓ Délai moyen (en jours) : 15 jours

**Existence d'un dispositif d'information sur la procédure de réclamation à destination des usagers. OUI 87% (hausse de 5%)**

### 5. Utilisation de la médiation et mise en place d'actions correctives



- **Médiations**

Nombre de médiations proposées : 1206

Nb de médiations réalisées : 518 (soit 43% des propositions)

Même quand elle est proposée, la médiation est relativement peu utilisée. Les réclamants font recours à elle surtout pour résoudre les problèmes liés aux aspects médicaux (11%) et notamment les divergences sur les actes médicaux.

- **Actions correctives**

La mise en place d'actions correctives débattues et suivies en CRUQ est un moyen souvent utilisé par les Ets pour améliorer la qualité de l'accompagnement des usagers.

### **Commentaires des établissements sur la gestion des réclamations.**

L'analyse des commentaires formulés dans la partie libre montre que :

- ✓ Plusieurs établissements ont engagé en 2014, un travail d'actualisation du circuit de gestion des réclamations en vue notamment d'améliorer les délais et la qualité des réponses aux usagers.
- ✓ Dans certains établissements, les éloges et réclamations sont également recensés à partir des remarques formulées dans les questionnaires de satisfaction, fiches d'événements indésirables ou boîte à suggestions (quelquefois anonymes). Les problèmes soulevés sont abordés en CRUQ en vue de mettre en place des actions correctives.
- ✓ Plusieurs établissements comptabilisent et examinent en CRUQPC, les réclamations reçues pour leur secteur médicosocial (EHPAD).

### **Quelques exemples de traitement des réclamations**

- ✓ SSR EVIAN : Chaque plaignant est contacté par la PCRU et une rencontre est systématiquement proposée. Chaque réclamation est présentée en CRUQ. Une médiation est proposée dès que le plaignant n'est pas satisfait des résultats de la rencontre avec la PCRU.
- ✓ CH ARDECHE MERIDIONALE : Dans certaines situations le directeur et/ou le représentant de la CRUQPC reçoivent les personnes à l'origine de la réclamation en plus de la rencontre proposée avec le médiateur.

### **Recommandation**

Afin de réduire les sources de mécontentement des usagers, l'ARS demande aux établissements de dispenser clairement l'information tant sur les frais de prise en charge que sur les modalités de prise en charge médicale et paramédicale.

Elle leur demande d'être attentifs à la qualité des relations entre les professionnels et les usagers.

## IV. Informations relatives à la mesure de la satisfaction des usagers

### Evaluation des différents moyens de mesure de la satisfaction des usagers

#### 1. Questionnaire de sortie

Existence d'un questionnaire de sortie : OUI 93%

Moment de remise du questionnaire (221 répondants, réponses à choix multiple)

	Oui	Non	%Oui
A l'accueil	78	143	35
A l'entrée en hospitalisation	111	110	50
A la sortie	113	108	51
A libre disposition dans les services ou chambre	50	171	23
Autre (consultation, livret d'accueil ...)	32	189	14

Moyen de retour du questionnaire (221 répondants)

	Oui	Non	% Oui
Une boîte spécifique au sein du service	85	136	38
Une boîte spécifique à l'accueil	120	101	54
Lors d'un entretien spécifique avec un membre du personnel	62	159	28
courrier	23	198	10
remis en main propre aux soignants ou secrétariat	23	198	10
Autre	52	199	24

Aide apportée au remplissage : OUI 72% (contre 65% en 2013)

Taux de satisfaction global : inexploitable : Cette question a dû être supprimée du questionnaire car elle empêchait la validation de ce dernier.

Analyse des résultats des questionnaires de sortie par la CRUQPC : OUI 88% (augmentation de 7%)

Mise en place d'actions après analyse des questionnaires de sortie : OUI 92 % (augmentation de 13%)

#### 2. Enquêtes de satisfaction

Existence d'enquêtes de satisfaction : OUI 80% (augmentation de 6%)

Information des résultats des enquêtes à la CRUQPC : 96%

#### 3. Autres moyens de mesure de satisfaction (189 répondants)

	oui	non	% Oui
Réunion patients/professionnels	51	138	27
Enquête I-SATIS	62	127	33
Entretiens individuels	53	136	28
Appels du lendemain (ambulatoire)	43	146	23
Permanence ou visites RU	5	184	3
Patients traceurs	4	185	2
Autre	61	128	32

**Remarque :** Les questionnaires de sortie et les enquêtes de satisfaction existent respectivement dans 93% et 80% des établissements. Les résultats sont analysés en CRUQPC et des actions correctives sont engagées dans 92% de ces derniers.

## V. Documents d'information à destination des usagers

### Evaluation des dispositifs d'information des usagers

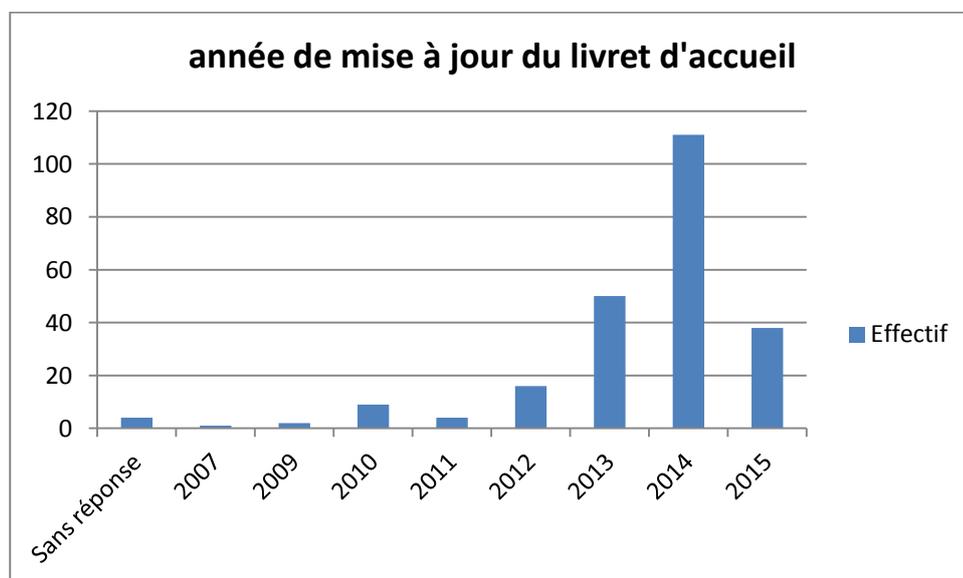
#### 1. Livret d'accueil

##### Existence du livret d'accueil dans 99 % des Ets

		% oui
<b>Moment de la remise</b>	lors de son entrée dans l'établissement de santé ( <i>en cas d'hospitalisation non programmée</i> )	75
	en amont de l'hospitalisation ( <i>en cas d'hospitalisation programmée</i> )	40
	à un autre moment durant son séjour	10
	dans la chambre d'hospitalisation	34
	Mise à disposition dans les salles d'attente	9
<b>Documents associés</b>	Un formulaire de directives anticipées	45
	Un formulaire d'accès au dossier médical	23
	Un formulaire permettant de recueillir l'identité de la personne de confiance	79
	Autres (formulaire de consentement, circuit réclamations, information CRUQPC, RU ...)	45

##### Date de dernière mise à jour du livret d'accueil :

Année	Sans rep	2007	2009	2010	2011	2012	2013	2014	2015	total
<b>Effectif</b>	4	1	2	9	4	16	50	111	38	231



84% des Ets ont actualisé leur livret d'accueil entre 2013 et 2015

## 2. Charte de la personne hospitalisée

**Existence de la charte de la personne hospitalisée dans 99 % des Ets**

<b>Lieux d'affichage</b>	<b>% oui</b>
dans les lieux fréquentés par les usagers de l'établissement	76
dans l'unité	74
dans chaque chambre	17
autres	26

## 3. Autres dispositifs d'information des usagers

	<b>% Oui</b>
Affichage des indicateurs qualité	89
Composition et fonctionnement de la CRUQPC	80
Modalités d'accès au dossier médical	64
Charte des droits et libertés	41
Règlement de fonctionnement	38
Charte éthique et bienveillance	30
Charte d'information et d'éducation thérapeutique du patient	11

## **VI. Informations relatives au respect des droits des usagers au sein de l'établissement**

Cette partie couvre le vaste champ des actions engagées par les établissements pour garantir le respect des droits des usagers. Elle aborde les domaines allant de la formation du personnel aux droits des usagers (DDU) aux évaluations des pratiques professionnelles en passant par l'accompagnement des personnes, du recueil du consentement à la prise en charge du décès. L'objectif étant d'identifier l'implication des établissements sur ces thématiques.

Globalement, le constat réalisé pour l'exercice 2013 se confirme Les établissements ont mis en place des dispositifs spécifiques.

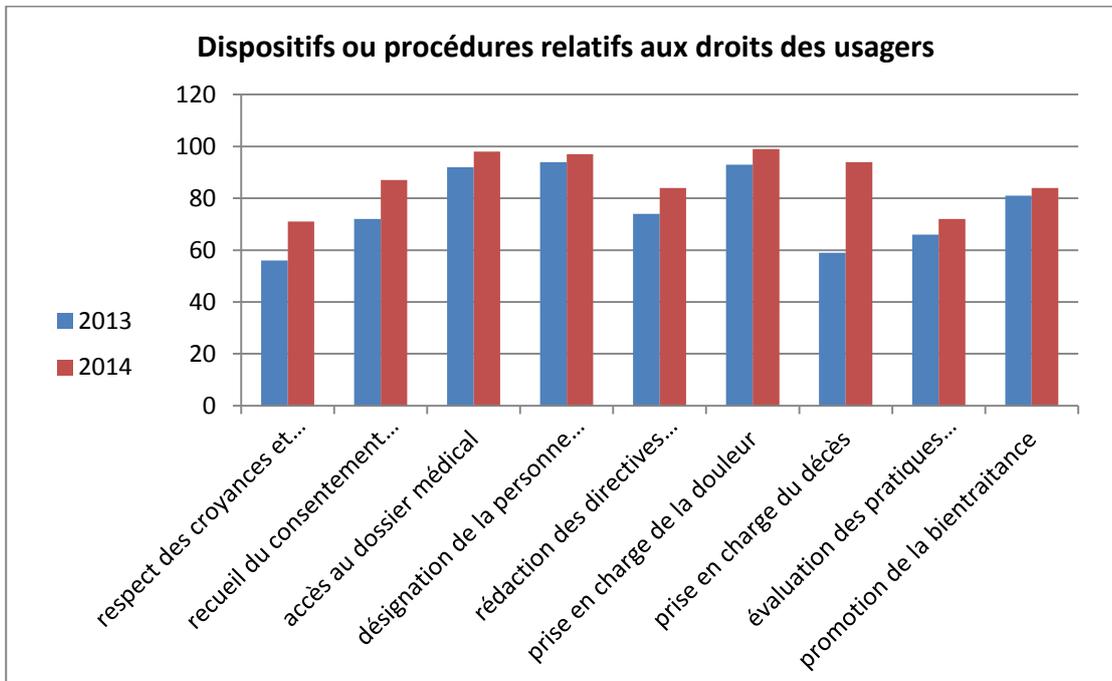
- L'information et la formation des professionnels de santé aux droits des usagers méritent d'être poursuivies.
- L'accès au dossier médical, la promotion de la bientraitance, le respect des croyances et convictions, la prise en charge de la douleur et du décès, sont mieux pris en compte par les établissements avec une progression moyenne de 13%.
- Le recueil du consentement des patients et l'information sur les frais de prise en charge qui avaient fait l'objet de recommandations lors de la précédente synthèse sont en progrès de 15% et 11 %
- L'évaluation des pratiques professionnelles sur les thématiques liées au respect des droits des usagers est également en progression de 6%.

### **Expérience à valoriser**

De l'analyse des réponses, 2 projets conduits par le CH d'Ardèche méridionale ont retenus l'attention de l'Agence. Il s'agit d'une part, d'un livret « Bientraitance » qui a fait l'objet d'une présentation à l'ensemble des personnels, de toutes catégories professionnelles, et d'autre part, d'un livret destiné aux proches des personnes décédées, présenté et validé par la CRUQ. [\(Insérer les liens ultérieurement\)](#)

### **Existence de dispositifs ou procédures relatifs aux droits des usagers (en pourcentage)**

	<b>2013</b>	<b>2014</b>
respect des croyances et convictions	56	71
recueil du consentement médical	72	87
accès au dossier médical	92	98
désignation de la personne de confiance	94	97
rédaction des directives anticipées	74	84
prise en charge de la douleur	93	99
prise en charge du décès	59	94
évaluation des pratiques professionnelles	66	72
promotion de la bientraitance	81	84



## 1. Evaluation du niveau de formation du personnel aux droits des usagers

**Attention : les réponses aux 4 questions suivantes sont données à titre indicatif seulement car tous les établissements n'ont pas pu les compléter en raison de leur caractère bloquant**

*Nombre d'Ets assurant une formation du personnel aux DDU : 98 soit 41%*

*Nombre de personnes formées : 3 585*

*Nombre d'Ets assurant une information : 135 soit 57 %*

*Nombre de personnes informées : 8 496*

### **Principaux sujets des formations** (classés dans l'ordre décroissant)

Promotion de la bienveillance  
 Prise en charge de la douleur  
 Rédaction de directives anticipées relatives à la fin de vie  
 Droit, information et protection du patient  
 Rôle et mission de la CRUQ  
 La désignation d'une personne de confiance  
 Accès au dossier médical  
 Consentement et le droit au refus de soins  
 Respect des croyances et convictions  
 Organisation de la démocratie sanitaire

### **Modes de formation et informations** (classés dans l'ordre décroissant)

Réunions organisées en interne  
 Formation extérieure  
 Groupes de travail  
 Affichage  
 Lettre d'information

Les établissements continuent à dispenser de l'information et à proposer des formations sur les droits des usagers à leurs personnels. L'évolution par rapport à l'exercice précédent n'a pas pu être mesurée en l'absence de l'intégralité des données. Toutefois, l'analyse des réponses aux questions suivantes montre une progression du nombre total de formations ayant trait aux problématiques des usagers.

## 2. Respect des croyances et convictions

LA CHARTE DE LA PERSONNE HOSPITALISEE<sup>4</sup> PRECISE : « LA PERSONNE HOSPITALISEE EST TRAITEE AVEC EGARDS. .... « TOUT ETABLISSEMENT DE SANTE DOIT RESPECTER LES CROYANCES ET LES CONVICTIONS DES PERSONNES ACCUEILLIES.

Existence d'un dispositif au sein de l'établissement : OUI 71% (contre 56% en 2013)

Nombre d'Ets assurant une formation sur le respect des croyances et convictions : 75 soit 32%

Nombre de personnes formées : 749 (au lieu de 456 en 2013)

Information des usagers	% OUI
Par affichage ou livret d'accueil	90
Procédure d'accueil / entrée dans l'établissement	21
Désignation d'une personne référente	23
Mise en place de permanence pour l'information des usagers	8
Autre	10

Existence d'un lieu de confession multi religieux : OUI 31% (Augmentation de 3%)

Existence de lieux de culte – catholique – protestant – israélite – musulman : OUI 35% (▲de 3%)

## 3. Recueil du consentement médical

**RAPPEL REGLEMENTATION :** LES PATIENTS ONT LE DROIT D'ÊTRE INFORMES SUR LEUR ETAT DE SANTE (ARTICLE L1111-2 DU CODE DE LA SANTE PUBLIQUE). LE MEDECIN DOIT RECUEILLIR LE CONSENTEMENT DE SON PATIENT AVANT TOUTE INTERVENTION. IL L'INFORME PREALABLEMENT SUR SON ETAT, SUR LES INVESTIGATIONS ET LES SOINS QU'IL PROPOSE, SUR LES RISQUES FREQUENTS OU GRAVES DE L'ACTE MEDICAL QUI SONT NORMALEMENT PREVISIBLES.

Existence d'une procédure de recueil du consentement : 87% (contre 72% en 2013)

## 4. Information sur les frais de prise en charge

**RAPPEL REGLEMENTATION :** LE MEDECIN DOIT OBLIGATOIREMENT REMETTRE A SON PATIENT UNE INFORMATION ECRITE PREALABLE PRECISANT LE TARIF DES ACTES EFFECTUES AINSI QUE LA NATURE ET LE MONTANT DU DEPASSEMENT FACTURE DES LORS QUE SES HONORAIRES DEPASSENT UN SEUIL DE 70 EUROS.

Présence des tarifs dans les lieux de consultation : 71% (contre 60% en 2013)

Information sur l'obligation de réaliser un devis pour un montant >70euros : 26% (augmentation de 4%)

**Remarque :** Ces résultats sont en augmentation par rapport à l'exercice précédent mais restent insuffisants au regard de la réglementation.

Par ailleurs, au regard des réclamations relatives à la facturation et dépassements d'honoraires, il est nécessaire que les établissements fassent preuve de transparence.

<sup>4</sup> <http://www.sante.gouv.fr/la-charte-de-la-personne-hospitalisee-des-droits-pour-tous.html>

## Recommandation

Reconduction de la recommandation de l'exercice précédent : L'ARS demande aux établissements de dispenser clairement l'information sur les frais de prise en charge et les dépassements d'honoraires ainsi que sur l'obligation de réaliser un devis pour les actes > à 70€.

## 5. Evaluation du respect d'accès au dossier médical

Existence d'une procédure d'information sur la procédure d'accès au dossier médical : 98% (augmentation de 6%)

Information des usagers	% OUI
Par affichage ou livret d'accueil	94
Désignation d'une personne référente au sein du personnel	39
Procédure d'accueil / entrée dans l'établissement	23
Mise en place de permanence pour l'information des usagers	11
Autre	11

Nombre d'Ets assurant une formation relative à l'accès au dossier médical : 85 soit 36% des Ets  
Nombre de personnes formées : 1 760 (contre 2 158 en 2013)

Nombre d'Ets ayant reçu des demandes d'accès au dossier médical de – de 5 ans : 203  
Nombre d'Ets ayant reçu des demandes d'accès au dossier médical de + de 5 ans : 133

		2013	2014
Nombre de demandes	dossiers de moins de 5 ans	12 052	13 714
	dossiers de plus de 5 ans	3 989	3 198
	<b>Total</b>	<b>16 041</b>	<b>16 912</b>
Nombre de demandes non confirmées ou demandes annulées par les patients	dossiers de moins de 5 ans	2 465	2 287
	dossiers de plus de 5 ans	337	267
	<b>Total</b>	<b>2 802</b>	<b>2 554</b>
Nombre de refus	dossiers de moins de 5 ans	231	71
	dossiers de plus de 5 ans	109	105
	<b>Total</b>	<b>340</b>	<b>176</b>

### Accès au dossier médical

Accès sur place possible : OUI 98%

Le coût des photocopies est-il facturé aux usagers : OUI 72%

Si oui, à partir de quel seuil : 3 € en moyenne

allant de la facturation intégrale des pièces à l'application de seuils pouvant s'élever à 20€.

En cas d'hospitalisation d'office, une organisation est prévue pour permettre la consultation du dossier médical : OUI 20% (non concerné 77%)

**Délai de traitement des demandes** (A partir du retour des pièces justificatives nécessaires à l'instruction de la demande)

Dossiers de moins de 5 ans <sup>5</sup>

Délai minimum : 2,5 jours

Délai maximum : 25 jours [0-293]

Délai moyen : 6 jours

<sup>5</sup>Pour rappel 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.

Dossiers de plus de 5 ans  
 Délai minimum : 4 jours  
 Délai maximum : 32 jours [0-167]  
 Délai moyen : 11 jours

**Les motifs ayant conduit les Ets à ne pas respecter le délai légal (+/- 5ans indifféremment) (36 Ets répondants)**

	effectif
L'absence du professionnel ayant suivi le patient	4
L'absence de la personne en charge de dossiers médicaux	8
Archivage des dossiers à l'extérieur de l'établissement	5
Lenteur des services pour recueillir l'ensemble des données	5
Attente règlement	2
Autre	12

**Les motifs de refus de transmission (46 Ets répondants)**

	Effectif
Dossiers trop anciens (délais légaux de conservation dépassés)	17
Personne non autorisée à accéder au dossier médical	14
Dossiers introuvables	2
Ets non concerné par la demande	2
Absence d'accord du patient	1
Autre	10

**Remarque globale :**

Le nombre de demandes d'accès au dossier médical augmente de 14% en 2013. Elles sont traitées dans un délai moyen de 6 jours pour les dossiers de moins de 5 ans et de 11 jours pour les dossiers de plus de 5 ans. Le nombre de refus est en baisse significative (176 contre 340) et l'analyse des motifs montre que ces derniers sont justifiés.

**6. Possibilité de désigner une personne de confiance**

L'ARTICLE L.1111-6 DU CODE DE LA SANTE PUBLIQUE DISPOSE QU'EN CAS D'HOSPITALISATION DANS UN ETABLISSEMENT DE SANTE, IL DOIT ETRE PROPOSE A TOUTE PERSONNE MAJEURE DE DESIGNER PAR ECRIT UNE PERSONNE DE CONFIANCE « QUI SERA CONSULTEE AU CAS OU ELLE-MEME SERAIT HORS D'ETAT D'EXPRIMER SA VOLONTE ET DE RECEVOIR L'INFORMATION NECESSAIRE A CETTE FIN ».

Existence d'une procédure d'information des usagers de la possibilité de désigner une personne de confiance : OUI 97% (▲de 3%)

Information des usagers	% OUI
Par affichage ou livret d'accueil	94
Procédure d'accueil / entrée dans l'établissement	64
Désignation d'une personne référente au sein du personnel	11
Mise en place de permanence pour l'information des usagers	6
Autre	9

Formation du personnel soignant : OUI 40%  
 Nombre de personnes formées : 2 674 (contre 2 082 en 2013)

## 7. Rédaction de directives anticipées relatives à la fin de vie

Existence d'une procédure d'information des usagers de la possibilité de rédiger des directives anticipées relatives à la fin de vie : OUI 84% (hausse de 10%)

Information des usagers	% OUI
Par affichage ou livret d'accueil	89
Procédure d'accueil / entrée dans l'établissement	42
Désignation d'une personne référente au sein du personnel	15
Mise en place de permanence pour l'information des usagers	5
Autre	14

Existence d'une procédure de recueil des directives anticipées : OUI 71% (▲ de 9%)

Formation du personnel soignant : OUI 41%

Nombre de personnes formées : 2 189

**Exemple** : Aux HCL, en complément des formations dispensées et des informations disponibles sur l'intranet, différents supports relatifs à la thématique "fin de vie" sont mis à la disposition des personnels, notamment un guide de recommandations. Des affiches sont apposées dans les salles de soins pour permettre au personnel de trouver l'information sur la mise en place de directives anticipées.

## 8. Prise en charge de la douleur

Existence d'une procédure systématique d'évaluation et de: OUI 99% (▲ de 6%)

Existence d'une procédure d'information des usagers sur la prise en charge de la douleur : OUI 92%

Information des usagers	% OUI
Par affichage ou livret d'accueil	92
Désignation d'une personne référente au sein du personnel	51
Procédure d'accueil / entrée dans l'établissement	38
Mise en place de permanence pour l'information des usagers	35
Autre	15

Formation du personnel soignant : OUI 89%

Nombre de personnes formées : 7 716 (contre 6 025 en 201

## 9. Prise en charge du décès

Existence d'une procédure au sein de l'établissement sur la prise en charge du décès : ou 94%

Désignation d'un référent dans les services : OUI 23% (baisse de 3%)

Existence d'une procédure au sein de l'établissement sur le respect des rites et croyances : OUI 60%

Existence d'une procédure au sein de l'établissement sur la possibilité d'un recueillement auprès du défunt : 61%

Accessibilité de la chambre mortuaire 24/24 :

	<b>Effectif</b>	<b>%</b>
non concerné	137	58
Non	39	17
Oui	60	25
TOTAL	237	100

## 10. Evaluation des Pratiques Professionnelles (EPP)

### DEFINITION ET ENJEU

INTEGREE DANS LE DISPOSITIF DE DEVELOPPEMENT PROFESSIONNEL CONTINU AU MEME TITRE QUE LA FORMATION CONTINUE, L'EVALUATION DE LA PRATIQUE D'UN PROFESSIONNEL DE SANTE CONSISTE A ANALYSER SON ACTIVITE CLINIQUE REALISEE PAR RAPPORT AUX RECOMMANDATIONS PROFESSIONNELLES DISPONIBLES ACTUALISEES, AFIN DE METTRE EN ŒUVRE UN PLAN D'AMELIORATION DE SON ACTIVITE PROFESSIONNELLE ET DE LA QUALITE DES SOINS DELIVRES AUX PATIENTS.

L'ENJEU DE L'EVALUATION DES PRATIQUES PROFESSIONNELLES (EPP) EST DE REpondre AUX EXIGENCES LEGITIMES DES PATIENTS ET DES USAGERS DU SYSTEME DE SANTE. L'EPP S'INSCRIT DANS UNE DYNAMIQUE GLOBALE D'AMELIORATION DE LA QUALITE ET DE LA SECURITE DES SOINS. (SOURCE HAS)

Existence d'Évaluations des Pratiques Professionnelles (EPP) ayant pour thématique le respect des droits des usagers (confidentialité, accès au dossier médical, prise en charge de la douleur, directives de fin de vie, etc.) : OUI 72% (contre 66% en 2013)

✓

Nombre EPP relatives aux droits des usagers : 307

Nombre EPP relatives à d'autres domaines : 1396

**Total EPP : 1703**

**Principales EPP relatives aux droits des usagers** dans l'ordre décroissant

- ✓ Prise en charge de la douleur
- ✓ Bienêtre
- ✓ Sécurisation circuit du médicament, antibiothérapie
- ✓ Fin de vie, prise en charge palliative
- ✓ Contention physique (information, installation, confort, surveillance)
- ✓ Recueil et consentement du patient
- ✓ Respect intimité dignité confidentialité
- ✓ Projet thérapeutique, projet de vie
- ✓ Circuit du dossier patient
- ✓ mise en chambre d'isolement

## 11. Promotion de la bienêtre

Existence d'actions de promotion de la bienêtre : OUI 84% (baisse de 3%)

Des formations ou séances de sensibilisation à la bienêtre sont-elles proposées aux personnels : OUI : 83% (baisse 7 points)

Nombre de personnes formées : 4 564 (idem 2013)

## VII. Politique liée à la qualité de la prise en charge et de l'accueil

### Evaluation des dispositifs d'accueil adaptés au public spécifique

<b>Dispositif spécifique d'accueil pour les non francophones, illettrés, non/mal voyants, sourds, personnes ayant un régime –administratif ou alimentaire- particulier</b>	<b>% OUI en 2013</b>	<b>% OUI en 2014</b>
les personnes non francophones	59	65
les personnes illettrées/analphabètes	22	24
les personnes non et mal voyantes	33	38
les personnes sourdes	28	37
les personnes ayant un régime particulier	62	74

Les établissements s'organisent pour accueillir des publics spécifiques et mettent en place des dispositifs adaptés.

**Dispositif d'accessibilité des personnes à mobilités réduites : 97% (▲ 1%)**

#### Expérience à valoriser

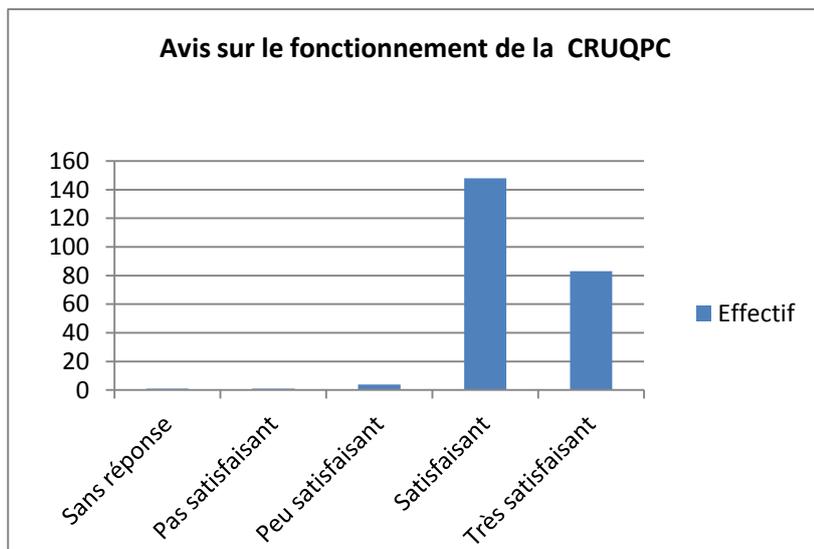
Pour la prise en charge des personnes en situation de handicap, l'ARS promouvoit l'initiative du CH Annecy Genevois pour son dispositif Handiconsult (labellisé droit des usagers de la santé en 2014). Il permet aux enfants et adultes lourdement handicapés et en échec de soins en milieu ordinaire, d'organiser des rendez-vous auprès de différents spécialistes. 17 médecins dans 11 spécialités et cinq chirurgiens-dentistes sont impliqués dans le dispositif. Ainsi, en 2014, 931 consultations ont pu être réalisées dans ce cadre.

#### Recommandation

L'ARS encourage les établissements à poursuivre sur cette voie afin d'éviter tout risque de discrimination et d'exclusion.

## VIII. Avis donnés par la CRUQPC

### 1. Avis donné par la CRUQ PC sur le fonctionnement global de la commission



	Effectif	%
Sans réponse	1	0
Pas satisfaisant	1	0
Peu satisfaisant	4	2
Satisfaisant	148	62
Très satisfaisant	83	35
<b>TOTAL</b>	<b>237</b>	<b>100</b>

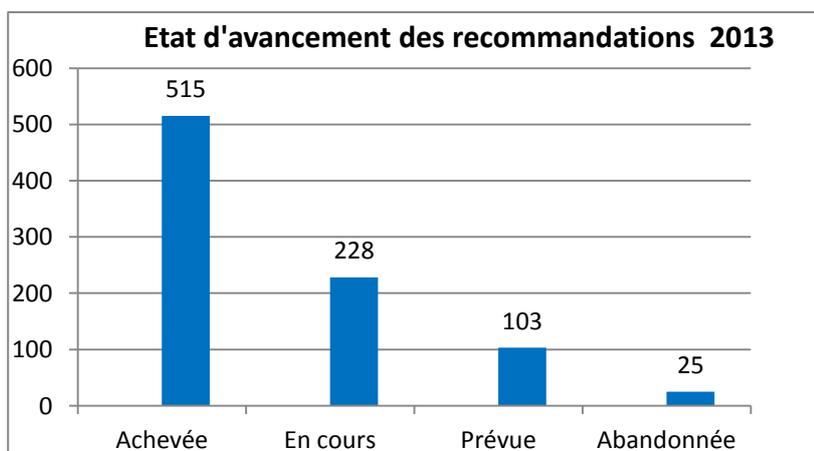
97% des CRUQ donnent un avis très satisfaisant ou satisfaisant sur le fonctionnement de la commission.

### 2. Mise en œuvre des recommandations 2013

**Nombre de recommandations 2013** : 871 [0-34]

Répartition du nombre de recommandations 2013 en fonction de l'état d'avancement

	Nombre	%
Achevée	515	59
En cours	228	26
Prévue	103	12
Abandonnée	25	3
<b>Total</b>	<b>871</b>	<b>100</b>



**Remarque** :  $\frac{3}{4}$  des recommandations formulées en 2013 ont été, ou sont en cours de mise en œuvre. Seules 3% ont été abandonnées, souvent en raison de leur caractère obsolète.

### 3. Formulation de recommandations 2014 sur l'amélioration de la qualité de prise en charge

**Nombre de recommandations 2014 : 889**

**Thèmes des recommandations 2014** classés dans l'ordre décroissant.

Information du malade / de la famille

Directives anticipées relatives aux conditions de fin de vie

Bienveillance

Infrastructures et hôtellerie

Qualité de l'accueil / du relationnel avec les équipes

Respect de la dignité, de la vie privée, des croyances, de l'intimité du patient

Prise en charge de la douleur

Qualité de la prise en charge médicale

Qualité de la prise en charge administrative (délais, facturation, secrétariat,...)

Qualité de la prise en charge para-médicale

Accès au dossier médical du patient

Continuité des soins et de la permanence des soins

Infections nosocomiales

Préparation de la sortie ; aide au retour à domicile

Amélioration de la signalétique, des accès et de l'attente en consultation

Les commissions, par la formulation des avis et recommandations constituent un levier important de la politique d'amélioration de la qualité de prise en charge des usagers.

## **IX. Divers**

### **Suggestions d'amélioration du questionnaire**

#### **Sur la forme du questionnaire**

- ✓ Améliorer l'ergonomie du questionnaire (possibilité de naviguer sans être obligé de faire défiler toutes les pages)
- ✓ Avoir la possibilité de mettre des commentaires
- ✓ Avoir la possibilité d'imprimer le reflet du questionnaire une fois la saisie terminée
- ✓ Ajouter une case "non concerné" ou "sans objet" pour les questions 68, 69, 96
- ✓ Supprimer les questions relatives aux thèmes mis en œuvre depuis longtemps : existence livret d'accueil, questionnaire de sortie, date de création de la CRUQ...

#### **Sur le fond du questionnaire**

- ✓ Stabiliser le contenu du questionnaire sur plusieurs années
- ✓ Le simplifier dans la mesure du possible (trop long et complexe)
- ✓ Ajouter une question sur
  - les difficultés rencontrées à faire vivre la CRUQPC
  - les initiatives prises pour dynamiser la CRUQPC
  - les actions mises en œuvre pour organiser la sortie lors du retour à domicile

Fixer le délai de remplissage au 30 juin

# Annexe

## Suggestions d'amélioration du questionnaire et réponses ARS

Suggestions d'amélioration du questionnaire	Réponse ARS
<b>Sur la forme du questionnaire</b>	
Améliorer l'ergonomie du questionnaire (possibilité de naviguer sans être obligé de faire défiler toutes les pages)	L'outil utilisé n'offre pas cette possibilité
Avoir la possibilité d'imprimer le reflet du questionnaire une fois la saisie terminée	Il est possible d'imprimer les réponses saisies mais sans mise en forme. Le document Word envoyé préalablement à l'enquête permet d'avoir un document diffusable.
Ajouter une case "non concerné" ou "sans objet" pour les questions 68, 69	ok
Avoir la possibilité de mettre des commentaires "texte libre"	OK
Supprimer les questions relatives aux thèmes mis en œuvre depuis longtemps : existence livret d'accueil, questionnaire de sortie, date de création de la CRUQ...	Ces questions seront encore conservées car le questionnaire sera utilisé également pour les Ets de la région Auvergne dès 2016.
<b>Sur le fond du questionnaire</b>	
Stabiliser le contenu du questionnaire sur plusieurs années	La structure du questionnaire restera identique mais quelques ajustements à la marge seront apportés, soit dans un souci de précision soit de simplification.
Le simplifier dans la mesure du possible	
Ajouter une question sur : les difficultés rencontrées à faire vivre la CRUQPC les initiatives prises pour dynamiser la CRUQPC les actions mises en œuvre pour organiser la sortie lors d'un retour à domicile	ok