



Rédiger le rapport annuel de la **CRU**

Recommandations et modèle type



*Rédiger le rapport annuel
de la **Commission
des relations
avec les usagers
et de la qualité
de la prise en charge
(CRU)***

Recommandations et modèle type

Préface

Remarquable outil de médiation entre l'établissement de santé et les usagers, la commission des relations avec les usagers et de la qualité de la prise en charge (CRU), peut contribuer grandement à l'amélioration des conditions d'accueil et de prise en charge des personnes hospitalisées et de leurs proches.

Dans cette perspective, la CRU a obligation de rédiger un rapport annuel qui s'appuyant sur les pratiques existantes, propose des recommandations et évalue leur impact d'une année sur l'autre. Ce faisant, le rapport joue un rôle de levier dans la définition de la politique à mener par l'établissement en matière de respect des droits des usagers et de la qualité de l'accueil et de la prise en charge. Transmis ensuite aux instances régionales (agence régionale de l'hospitalisation et conférences régionales de santé), il alimentera la réflexion visant à définir la politique régionale de santé.

Ce guide propose aux établissements :

- > une vision d'ensemble des enjeux liés à l'exploitation du rapport de la CRU ;
- > des repères d'ordre méthodologique ;
- > un modèle de rapport de CRU.

Il complète ainsi le guide dédié à l'analyse des plaintes et réclamations*.

La souplesse des recommandations proposées par le guide doit permettre à tous les établissements, quels que soient leur statut ou leur taille, de se les approprier. Toutefois, cette souplesse va de pair avec une grande exigence au regard de la méthodologie à appliquer, afin de s'assurer qu'aucune question méritant une réflexion ne soit mise de côté.



Annie Podeur

Directrice de l'hospitalisation
et de l'organisation des soins

* Voir le guide « Plaintes et réclamations dans les établissements de santé : un levier pour améliorer la prise en charge des usagers ».

Sommaire

p. 7

Les enjeux résultant de la réglementation

Les missions de la CRU _____ 8

Les enjeux liés à l'exploitation du rapport _____ 9

p. 11

Recommandations d'ordre méthodologique

Les précautions en vue de la rédaction du rapport _____ 12

Le ou les rédacteurs du rapport _____ 12

Le respect du modèle de rapport _____ 13

La détermination des priorités _____ 13

L'exploitation des informations recueillies _____ 13

Le travail en synergie avec les autres instances de l'établissement _____ 13

La formation et la sensibilisation des acteurs concernés _____ 14

p. 15

Modèle de rapport

Introduction _____ 16

Fonctionnement de la CRU _____ 17

Appréciation des pratiques à partir de l'analyse des sources d'information _____ 18

Les sources d'information _____ 18

Les sources d'information issues de l'expression des usagers _____ 18

Les sources d'informations issues de l'activité interne de l'établissement _____ 18

Analyse des sources d'information _____ 18

Analyse quantitative _____ 18

Analyse qualitative _____ 19

Des recommandations de la CRU à l'évaluation des mesures adoptées _____ 20

Synthèse et recommandations _____ 20

Évaluation annuelle des recommandations _____ 20

p. 21 Annexes

Annexe I: Réglementation afférente aux rapports de la CRU et de la conférence régionale de santé (CRS) _____ 22

Réglementation afférente au rapport de la CRU _____ 22

Réglementation afférente au rapport de la CRS _____ 22

Annexe II: Les droits des usagers _____ 24

Les droits individuels des usagers et de leurs proches _____ 24

L'expression collective des droits des usagers et de leurs proches au sein de l'établissement de santé _____ 25

Sigles et acronymes _____ 26

La rédaction du rapport annuel de la CRU en 10 points clés _____ 27



Les enjeux résultant de la réglementation

Répondant à la demande souvent exprimée par des établissements de santé, la direction de l'hospitalisation et de l'organisation des soins propose un modèle de rapport annuel de la commission des relations avec les usagers et de la qualité de la prise en charge (CRU - cf. page 14 et suivantes « Modèle de rapport »).

L'utilisation de ce guide vise à faciliter le travail des établissements en proposant :

- > une vision d'ensemble de ces enjeux tels qu'ils résultent de la réglementation ;
- > quelques repères d'ordre méthodologique ;
- > un modèle de rapport de CRU.

Il appartient à chaque établissement, au regard de son statut, de sa taille et de son organisation d'apprécier les conditions dans lesquelles il convient de retenir ces repères pour aboutir à la production d'un rapport qui réponde le mieux aux missions de la CRU, telle que définie réglementairement.

Les enjeux résultant de la réglementation

Le rapport et surtout son utilisation ultérieure, telle que la réglementation l'a conçue, a pour objet, non seulement de permettre à la CRU d'avoir les moyens d'accomplir ses missions au sein de l'établissement, mais encore de peser sur la politique de santé publique. L'élaboration satisfaisante du rapport de la CRU est donc indissociable de la bonne connaissance des missions de la CRU et des enjeux aussi bien internes qu'externes liés à l'exploitation du rapport.

Les missions de la CRU

Les CRU ont, depuis la loi du 4 mars 2002 relative aux droits des malades et à la qualité du système de santé, succédé aux commissions de conciliation. Le législateur ne s'est pas contenté de modifier la dénomination de ces instances qui était inadaptée (puisqu'elles n'avaient aucun pouvoir de « conciliation ») : il a surtout voulu renforcer considérablement ses missions.

Alors que la commission de conciliation se positionnait essentiellement comme un outil de médiation entre l'établissement et l'utilisateur, (elle était chargée « d'assister et d'orienter toute personne qui s'estimait victime d'un préjudice du fait de l'établissement » et ce faisant, limitait son action à la question des plaintes et réclamations), l'ambition de la nouvelle instance est plus large. La vocation est, non seulement, de prendre en considération les usagers sur le plan individuel (veiller au respect des droits des usagers et faciliter leurs démarches), mais encore de jouer un rôle de levier pour améliorer les conditions d'accueil et de prise en charge de l'ensemble des usagers et de leurs proches.

Ainsi, compte tenu de l'évolution des missions de la CRU, les exigences de son rapport sont plus contraignantes que celles requises pour la commission de conciliation.

Concernant la CRU, le législateur a précisé⁽¹⁾ :

- > qu'elle devenait un organe de consultation incontournable sur la politique d'accueil et de prise en charge ;
- > qu'elle devait être une force de propositions dans ce domaine ;
- > qu'elle alimentait - au moins une fois par an - les délibérations du conseil d'administration sur la politique de l'établissement, sur les droits des usagers et la qualité de l'accueil et de la prise en charge par **le biais de son rapport annuel**.

(1) cf. article L. 1112-3 du code de la santé publique -CSP-

L'objet essentiel du rapport de la CRU est de faire des propositions pour **améliorer l'accueil et la prise en charge des usagers et de leurs proches**. Il doit prendre en compte également les éléments **permettant de déterminer les points forts et les points d'amélioration de l'établissement au regard du respect des droits des usagers et de la facilitation de leurs démarches**.

Les enjeux liés à l'exploitation du rapport

Afin que les informations et propositions recensées dans le rapport puissent être mises à profit par l'ensemble des établissements de la région, le rapport est transmis, après avis des autres instances consultatives concernées, à l'agence régionale de l'hospitalisation, qui, après en avoir fait une synthèse, le transmet à la conférence régionale de santé (CRS). Celle-ci exploite les données pour rédiger son propre rapport réalisant ainsi sa mission d'évaluation des « *conditions dans lesquelles sont appliqués et respectés les droits des personnes malades et des usagers du système de santé* ».

Ce rapport de la CRS est lui-même transmis aux responsables DDRASS ainsi qu'au directeur de l'agence régionale de l'hospitalisation et au directeur de la mission régionale de santé. *In fine*, la conférence nationale de la santé, lors de l'élaboration de son propre, s'appuiera sur ceux des différentes régions.

Ainsi, le rapport de la CRU, outil de référence de la politique de l'accueil et de la prise en charge au sein de l'établissement, alimente une série de rapports qui permettent de définir les orientations de la politique de santé publique.

Il importe donc, lors de l'élaboration du rapport de la CRU, de garder à l'esprit l'exploitation qui en sera faite ultérieurement. Afin de mieux saisir les attentes de la CRS à cet égard, il sera utile aux rédacteurs du rapport de la CRU de posséder une bonne connaissance de la réglementation qui régit l'un et l'autre rapport afin d'être en mesure de tenir compte de leurs interactions. C'est dans cette perspective, qu'une analyse de cette réglementation vous est proposée en annexe I.



ABCD

Recommandations d'ordre méthodologique

Les précautions en vue de la rédaction du rapport

Afin de respecter le secret professionnel et les contraintes liées au droit des assurances, certaines précautions devront être adoptées.

Les textes législatifs et réglementaires astreignent les membres de la CRU au secret professionnel et imposent l'anonymisation des informations portées dans le rapport. Les membres de la CRU sont donc invités à la plus grande vigilance, lors de la rédaction du rapport et également lors des discussions qui ne manqueront pas d'avoir lieu à propos de cette rédaction avec des personnels non membres de la commission. Pour éviter tout risque éventuel de violation du secret professionnel, il faut savoir que pour respecter le devoir d'anonymisation, la seule occultation des noms peut ne pas être suffisante.

Ainsi, dans l'hypothèse où des cas particuliers sont rapportés (par écrit ou par oral), il convient, en outre, d'être attentif à ce que les détails des informations fournies ne permettent pas, par croisement notamment, l'identification des personnes concernées.

Concernant la restitution de données relatives aux plaintes et réclamations, y compris celles afférentes aux dossiers médicaux et à l'analyse des éventuels dysfonctionnements à l'origine de celles-ci, **le rapport doit être rédigé de telle sorte qu'il ne puisse être assimilé à une reconnaissance de responsabilité** en cas de recours gracieux ou juridictionnel contre les établissements de santé ou les professionnels de santé, qui pourraient alors se voir opposer des clauses d'exclusions de garantie par leurs assureurs en responsabilité civile. Une telle situation serait

préjudiciable non seulement à l'égard des établissements de santé et des professionnels de santé mais aussi à l'égard des plaignants.

Toutefois la prudence n'interdit pas la reconnaissance de faits (matériels), puisque l'article L. 124-2 du code des assurances admet que « *L'aveu de la matérialité⁽²⁾ d'un fait ne peut être assimilé à la reconnaissance d'une responsabilité.* »

Le ou les rédacteurs du rapport

La rédaction du rapport peut être assurée par un membre de la CRU ou, comme ce sera le cas le plus souvent, par la personne responsable de la qualité ou des relations avec les usagers. L'important est que la rédaction du document soit concertée dans le cadre de réunions rassemblant toutes les personnes et instances intéressées : en tout premier lieu les membres de la commission mais aussi la direction de la qualité, celle chargée de la clientèle ainsi que, le cas échéant, tout autre pôle, service ou instance dont le concours s'avérerait utile.

Dans tous les cas, les membres de la CRU devront être associés à la rédaction du rapport le plus en amont possible. Limiter leur concours à une simple validation du document achevé n'est pas souhaitable.

(2) Article L124-2 du code des assurances : « *L'assureur peut stipuler qu'aucune reconnaissance de responsabilité, aucune transaction, intervenues en dehors de lui, ne lui sont opposables. L'aveu de la matérialité d'un fait ne peut être assimilé à la reconnaissance d'une responsabilité.* »

Le respect du modèle de rapport

Les établissements sont invités à respecter la structuration du modèle de rapport proposé. Cette démarche facilitera :

- > sa rédaction d'une année sur l'autre ;
- > son exploitation par les conférences régionales de santé ;
- > l'établissement, tant en interne qu'en externe, d'états comparatifs, favorisant une plus grande visibilité pour analyser l'évolution de la politique des établissements sur la qualité de l'accueil, de la prise en charge et de respect des droits des usagers.

S'il va de soi qu'il n'appartient pas aux établissements de renseigner tous les items du rapport⁽³⁾, il est en revanche recommandé de prendre en compte systématiquement chacun d'eux : cette démarche permettra d'éviter les oublis et fournira l'occasion de s'interroger sur les motifs conduisant à ne pas exploiter tel ou tel d'entre eux.

La détermination des priorités

Il n'y a pas lieu de développer tous les items mais il est recommandé de déterminer des priorités définies au terme d'une réflexion transversale impliquant les instances, pôles ou services concernés. Cette réflexion pourrait être menée au cours d'une réunion précédant la rédaction du rapport.

L'exploitation des informations recueillies

Le rapport de la CRU ne se réduit pas à un rapport d'activités : il doit également comporter des analyses et des propositions (dont la prise en compte effective est évaluée d'une année sur l'autre) sur la base des informations recueillies tant au cours des réunions, qu'auprès des autres instances et pôles ou services, ayant aux termes de leurs missions ou à titre ponctuel, une activité ou des remarques à émettre dans le domaine de la qualité de la prise en charge.

Les comptes rendus des réunions de la CRU seront systématiquement exploités mais ils demeurent insuffisants et ne sauraient se substituer au rapport.

Le travail en synergie avec les autres instances de l'établissement

La qualité et l'impact du rapport de la CRU sont liés à la capacité de chaque établissement à favoriser le travail de la commission en synergie avec les autres instances consultatives (notamment les sous-commissions de la CME) et les différents pôles ou services impliqués dans la qualité de la prise en charge. Le dernier alinéa du 3° du II de l'article R. 1112-80 CSP indique que ce n'est qu'« après avis des autres instances consultatives concernées » que le rapport est transmis au conseil d'administration ou à l'organe collégiale qui en tient lieu et l'article R. 1112-86 prévoit la participation aux séances du responsable de la politique de la qualité.

Il importe que les remarques de chacun soient systématiquement traitées et que leurs auteurs soient avisés des suites qui leur ont été réservées.

(3) Voir l'avertissement de l'avant-propos du modèle de rapport de CRU.

La formation et la sensibilisation des acteurs concernés

Le travail en synergie cité au paragraphe précédent ne pourra être effectif que dans la mesure où l'établissement mettra en œuvre une politique de sensibilisation et de formation des acteurs intéressés, représentants des usagers et professionnels de l'établissement :

- > il est recommandé de sensibiliser les instances, pôles ou services concernés par les missions et le fonctionnement de la CRU, à l'importance de leur concours, au travers d'actions de formation ou d'information, publication dans les journaux internes, intranet, affichage... ;
- > les représentants des usagers auront une action d'autant plus efficace qu'ils auront acquis une connaissance solide non seulement du fonctionnement de la CRU mais également de l'organisation de l'établissement dans lequel ils sont appelés à exercer leur mandat.

ABCD

Modèle de rapport



Introduction

Rappel de la réglementation⁽⁴⁾, des missions de la CRU et des objectifs du rapport

La CRU 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.

Afin de lui donner les moyens d'accomplir ces missions, le législateur a fait de la CRU un organe de consultation incontournable sur la politique d'accueil et de prise en charge dans les établissements de santé. Dans cette perspective, elle a obligation de rédiger un rapport annuel dans lequel elle est invitée à faire des propositions dans ce domaine. Ce rapport, soumis à délibération au sein du conseil d'administration (ou de l'instance habilitée à cet effet), est ensuite transmis à l'agence régionale de l'hospitalisation qui en communique une synthèse à la conférence régionale de santé.

Pour rédiger ce rapport, la réglementation indique que la CRU doit s'appuyer sur un certain nombre d'informations lui permettant d'apprécier les pratiques de l'établissement concernant le respect des droits des usagers et la qualité de l'accueil de la prise en charge et, si nécessaire, de préconiser des recommandations dont elle évaluera la mise en œuvre d'une année sur l'autre.

La pertinence du choix des informations à prendre en compte dans le rapport annuel de la CRU est indissociable de la connaissance de l'utilisation qui sera faite de ce rapport dont l'impact ne se limite pas, au niveau local

à l'établissement qui le produit - même si cet objectif prime sur tous les autres - mais qui s'étend aussi, au niveau régional.

- > Au niveau local :
 - il propose une synthèse des pratiques existantes au sein de l'établissement ;
 - il constitue, pour l'établissement, un outil stratégique qui s'intègre dans la démarche qualité.
- > Au niveau régional :
 - il est envisagé comme un outil d'animation de la stratégie des usagers dans la mesure où il est proposé à l'ensemble des établissements d'une région, dans le cadre des contrats d'objectifs et de moyens conclus entre les établissements et les agences régionales de l'hospitalisation ;
 - il est utilisé pour l'élaboration du rapport spécifique de la CRS sur le respect des droits des usagers du système de santé qui s'appuie, notamment, sur les informations ainsi collectées pour rédiger son rapport.

Il importe donc de garder à l'esprit l'utilisation attendue de ce rapport afin de recueillir l'information strictement utile pour répondre à ces besoins : il y a lieu en conséquence de **limiter le recueil aux seules informations qui serviront d'appui aux recommandations à préconiser en vue du respect des droits des usagers des établissements de santé et de l'amélioration de la qualité de leur accueil et de leur prise en charge.**

(4) > Concernant la CRU, cf. articles L 1112-3 et R 1112-70 à R 1112-94 du code de la santé publique (CSP) ;

> Concernant le rapport de la CRS, cf. les articles L 1411-3, L 1411-12 et R 1411-2 CSP ainsi que les arrêtés et circulaire du 10 juillet 2006 relatifs au modèle de rapport spécifique de la conférence régionale de santé. Se reporter au document annexé aux recommandations.

Avertissement

Il se peut que tous les établissements ne soient pas en mesure de renseigner l'un ou l'autre item mentionné dans ce modèle de rapport : cette incapacité peut résulter, notamment, de la taille ou du statut de l'établissement qui ne permet pas l'organisation supposée par l'item considéré. Les items mentionnés dans ce modèle, sont à considérer, non comme des champs devant être obligatoirement renseignés mais comme des points de repère pour ne pas omettre d'engager une réflexion dans un domaine donné, chaque fois que cela est possible.

Fonctionnement de la CRU

(Éléments d'information mettant en exergue l'implication de l'établissement afin de garantir un fonctionnement optimal de la CRU)

Date de constitution et composition nominative

- > fonction exercée au sein ou en dehors de l'établissement ;
- > le cas échéant, postes vacants et démarches effectuées pour y pourvoir.

Réunions et participation

- > nombre total de réunions tenues dans l'année, dont :
 - nombre des réunions tenues en vue de l'examen des plaintes et réclamations,
 - nombre des réunions tenues dans le cadre de l'amélioration de la qualité de la prise en charge,
 - nombre des réunions tenues en vue de la rédaction du rapport annuel ;
- > taux de participation des membres de la CRU (précisant la participation propre aux représentants des usagers) ;
- > nombre de saisines du médiateur médical/du médiateur non médical.

Règlement intérieur

- > élaboration du règlement intérieur de la CRU (le joindre au rapport⁽⁵⁾) ;
- > modalités d'association des membres de la CRU à son élaboration.

Organisation de la CRU

- > Organisation matérielle :
 - local ;
 - téléphone ;
 - informatique ;
 - organisation du secrétariat ;
 - ...
- > Formation des membres :
 - formation des représentants des usagers ;
 - formation des autres membres de la CRU.

Information des usagers sur le fonctionnement de la CRU

- > actualisation du livret d'accueil ;
- > mention des lieux d'affichage des informations ;
- > autres modalités d'information.

Information de l'ensemble des professionnels de santé et des personnels de l'établissement

- > par voie d'affichage ou autre (intranet, journaux internes...);
- > présentation dans les réunions de pôles, de service, lors du stage d'intégration... ;
- > autres modalités d'information.

Coordination avec les autres instances de l'établissement

- > invitation des membres de la CRU à d'autres instances et réciproquement ;

(5) Le règlement intérieur n'a lieu d'être joint au rapport que la première année de son établissement ou de la constitution de la CRU. Sa transmission ne s'impose ensuite qu'en cas de mise à jour.

- > mesures adoptées pour favoriser les échanges d'informations entre les différentes instances.

Appréciation des pratiques à partir de l'analyse des sources d'information

Les sources d'information

Les sources d'information issues de l'expression des usagers

- > la synthèse des plaintes et réclamations;
- > les éloges;
- > les recours gracieux et juridictionnels (dont les demandes devant les CRCI);
- > les enquêtes de satisfaction et questionnaires de sortie;
- > les demandes de dossiers médicaux;
- > le conseil de la vie sociale;
- > les sources d'information sur la qualité de la communication de l'établissement;
- > ...

Les sources d'information issues de l'activité interne de l'établissement

- > les comptes rendus des réunions de la CRU;
- > les comptes rendus des séances du CA au cours desquelles le rapport CRU a été débattu;
- > les signalements d'événements révélateurs d'un dysfonctionnement ou d'un risque de dysfonctionnement;
- > les comptes rendus des « groupes de travail » incluant des usagers;
- > le rapport d'activité de l'établissement, lorsqu'il existe;
- > le rapport d'activité de la personne responsable des relations avec les usagers, lorsqu'il existe;
- > dans le projet d'établissement, la présentation des priorités concernant la qualité de la prise en charge;

- > les avis de la CME sur la politique d'amélioration continue de la qualité ainsi que les avis, vœux ou recommandations formulés dans ce domaine par les diverses instances de l'établissement (conseil exécutif, CHSCT, CTE, sous commissions du CCM...);
- > les rapports, propositions ou avis de(s) structure(s) non réglementaires spécifiquement dédiée(s) aux usagers (ERI, « maison des usagers »...);
- > le résultat de la procédure de certification de la haute autorité de santé, de l'audit interne, de l'étude COMPAQH...;
- > les propositions des instances menant une réflexion éthique au sein de l'établissement;
- > plan de formation du personnel;
- > les actions de communication de l'établissement;
- > les initiatives des pôles, départements, services, unités... visant à favoriser l'amélioration de la qualité de la prise en charge;
- > les coûts liés à la mise en œuvre des mesures proposées par la CRU, adoptées par le CA;
- > ...

Analyse des sources d'information

Analyse quantitative

Analyse quantitative de l'ensemble des sources d'information

- > nombre de plaintes, réclamations⁽⁶⁾, éloges, recours (précision sur la formulation - écrite ou orale - et l'origine -patient ou entourage-);
- > nombre de demandes formulées devant les CRCI, par pôle ou service;
- > existence ou non d'une permanence téléphonique ou autres facilités offertes aux usagers pour faire connaître leurs réclamations;

(6) Pour l'analyse quantitative et qualitative des plaintes et des réclamations, se reporter au guide « Plaintes et réclamations dans les établissements de santé : un levier pour améliorer la prise en charge des usagers ».

- > délai de réponse en vue d'accuser réception aux plaintes, réclamations, éloges ;
- > délai de réponse circonstanciée aux plaintes, réclamations, éloges ;
- > nombre, nature et issue des recours gracieux ou juridictionnels ;
- > nombre, thèmes des « groupes de travail » incluant des usagers ;
- > nombre, thèmes et taux de retour des enquêtes de satisfaction et de sortie ;
- > existence ou non d'un rapport d'activité de la personne responsable des relations avec les usagers ;
- > ...

Analyse quantitative de la médiation

- > nombre de propositions de médiation (médicales/non médicales/communes) ;
- > nombre d'entretiens de médiation (médiateur médical/non médical/commun) ;
- > nombre de compte rendu des médiations ;
- > nombre de réclamations ayant fait l'objet d'une décision de classement par la CRU.

Analyse quantitative des demandes afférentes aux dossiers médicaux

- > nombre de demandes de communication de tout ou partie du dossier médical formulées et délais dans lesquels l'établissement satisfait à ces demandes ;

Analyse quantitative des réclamations afférentes aux dossiers médicaux

- > nombre de réclamations concernant la communication du dossier médical : distinguer les réclamations liées à un manquement de l'établissement (délais, production incomplète des pièces du dossier, coût...) de celles liées à un manquement de l'utilisateur (non production des pièces d'identité, non production du justificatif attestant la qualité d'ayant droit...).

Analyse qualitative

Analyse qualitative des sources d'information

Sources issues de l'expression des usagers

- > liste des motifs d'insatisfaction exprimés dans les réclamations (se reporter à la grille des réclamations), les éloges, les enquêtes de satisfaction et de sortie ;
- > analyse de l'origine des motifs de réclamations⁽⁶⁾, de satisfaction ou insatisfaction concernant :
 - les droits individuels de la personne ainsi que l'expression collective de ses droits (voir page 24 annexe II),
 - la qualité et organisation de l'établissement de santé : administrative et médicale,
 - la qualité de l'accueil,
 - la qualité de la prise en charge ;
- > résultat de l'analyse qualitative des enquêtes de satisfaction ;
- > ...

Sources issues de l'activité interne de l'établissement

- > informations de l'utilisateur sur les suites données à l'expression de sa satisfaction ou de son insatisfaction ;
- > résultat des enseignements tirés des « groupes de travail » en relation avec les droits des usagers ou la qualité de la prise en charge ;
- > analyse des suites apportées au signalements des événements révélateurs d'un dysfonctionnement ou d'un risque de dysfonctionnement
- > analyse des facteurs d'échec ou de réussite concernant la représentation ou la participation des usagers dans les groupes ou toute autre action à la réalisation de laquelle ils ont été invités ;
- > synthèse des priorités concernant la qualité de la prise en charge figurant au projet d'établissement ;
- > éléments de synthèse concernant les droits de usagers, leur accueil

et leur prise en charge issus du rapport d'activité de la personne responsable des relations avec les usagers, du rapport d'activité des structures non réglementaires spécifiquement dédiées aux usagers, des propositions des instances menant une réflexion éthique au sein de l'établissement;

- > évaluation des conditions de remise du livret d'accueil⁽⁷⁾;
- > ...

Analyse qualitative des demandes et réclamations afférentes aux dossiers médicaux

- > motifs des demandes des dossiers médicaux, lorsqu'ils sont exprimés;
- > origine de la réclamation afférente au dossier médical (dysfonctionnement organisationnel, mauvaise connaissance de la réglementation...);
- > auteur de la demande;
- > ancienneté des informations dont la communication est sollicitée (plus ou moins de 5 ans).

Des recommandations de la CRU à l'évaluation des mesures adoptées

Synthèse et recommandations

Les principaux constats

Au regard du respect des droits des usagers

- > Les droits individuels
- > Les droits collectifs

Au regard de la qualité de l'accueil et de la prise en charge

Les recommandations

Au regard du respect des droits des usagers

- > Les droits individuels
- > Les droits collectifs

Au regard de la qualité de l'accueil et de la prise en charge

Évaluation annuelle des recommandations

Le recensement des mesures adoptées par le CA

Au regard du respect des droits des usagers

- > Les droits individuels
- > Les droits collectifs

Au regard de la qualité de l'accueil et de la prise en charge

L'évaluation des mesures

Au regard du respect des droits des usagers

- > Les droits individuels
- > Les droits collectifs

Au regard de la qualité de l'accueil et de la prise en charge

Nouvelles préconisations

Au regard du respect des droits des usagers

- > Les droits individuels
- > Les droits collectifs

Au regard de la qualité de l'accueil et de la prise en charge



(7) Se reporter au guide relatif aux recommandations pour l'élaboration, la diffusion et l'évaluation du livret d'accueil.



Annexes

Annexe I

Analyse de la réglementation afférente aux rapports de la CRU et de la conférence régionale de santé (CRS)

Réglementation afférente au rapport de la CRU

Pour élaborer le rapport CRU, il importe avant tout de connaître les exigences de la réglementation qui, au II de l'article R. 1112-80 CSP, définissent avec un soin particulier les modalités de rédaction du rapport de la CRU.

Objectif et champ du rapport CRU

L'objectif du rapport est d'aider la CRU à réaliser dans les meilleures conditions sa double mission :

- > veiller au respect des droits des usagers ;
- > contribuer à l'amélioration de la qualité de l'accueil et de la prise en charge.

Dans ces conditions, le champ couvert est :

- > plus large que celui de la CRS : au-delà des droits des usagers, il s'agit également de s'intéresser à la qualité de l'accueil et de la prise en charge ;
- > mais aussi plus limité : seuls les établissements de santé sont visés.

Méthodologie

La réglementation donne des indications sur la méthodologie à adopter pour élaborer le rapport. À cet égard, elle indique qu'il convient de :

- > **recueillir les informations** nécessaires, à savoir, *a minima* :
 - les mesures préconisées en matière de politique d'amélioration continue de la qualité par la CME ainsi que les avis des autres instances dans ce domaine,

- la synthèse des plaintes et réclamations,
 - le nombre de demandes et les délais de réponse concernant le dossier médical,
 - le résultat des enquêtes (de satisfaction, de sortie...),
 - les recours gracieux ou juridictionnels ;
- > **analyser** ces données pour apprécier les pratiques de l'établissement ;
- > s'appuyer sur cette analyse pour **faire des propositions** au CA ou à l'organe collégial qui en tient lieu ;
- > **évaluer**, d'une année sur l'autre, l'impact de la mise en œuvre des mesures adoptées lors de l'année écoulée.

Réglementation afférente au rapport de la CRS

Objectif et champ du rapport CRS

L'article L. 1411-12 du code de la santé publique (CSP) prévoit que la CRS « *procède à l'évaluation des conditions dans lesquelles sont appliqués et respectés les **droits des personnes malades et des usagers du système de santé*** » et que cette évaluation doit faire « *l'objet d'un rapport spécifique qui est transmis à la Conférence nationale de santé* ».

La circulaire du 10 juillet 2006 relative au rapport spécifique de la CRS⁽⁸⁾ précise à cet égard que les droits ainsi visés concernent les droits aussi bien individuels que collectifs des usagers.

Structuration du contenu du rapport CRS

Dans la mesure où le rapport de la CRS s'appuie sur le rapport de la CRU, il est intéressant de connaître les données qui seront utiles à l'élaboration du rapport de la CRS.

L'arrêté du 10 juillet 2006⁽⁹⁾ relatif au modèle du rapport de la CRS a conçu l'organisation de ce modèle en cinq chapitres (conclus par le président de la CRS), comme suit :

(8) Circulaire n° DGS/SD1B/2006/355 du 10 juillet 2006 relative au rapport spécifique de la conférence régionale de santé sur le respect des droits des usagers du système de santé.

1. les droits de la personne

(droit au respect de la dignité, principe de non discrimination, droit au secret médical et au respect de la vie privée, droit à l'information, droit au consentement, droit d'accès aux informations personnelles);

2. l'expression collective

et la participation (représentation des usagers, participation des usagers);

3. les droits spécifiques (réparation des conséquences des risques sanitaires, accès à l'assurance des personnes, personnes se prêtant aux recherches biomédicales);

4. l'accès à la prévention aux soins (droit d'accès à la prévention et aux soins, qualité et organisation des soins);

5. la synthèse et les enjeux régionaux relatifs aux droits des usagers.

Tableau récapitulatif de l'analyse de la réglementation afférente aux rapports de la CRS et de la CRU

CRS	CRU
Textes de référence	
<p>> Art. L. 1411-3, L. 1411-12, R. 1411-2 CSP;</p> <p>> Arrêté du 10 juillet 2006 relatif au modèle du rapport spécifique de la conférence régionale de santé sur le respect des droits des usagers du système de santé (publié au Journal officiel de la République française du 3 août 2006);</p> <p>> Circulaire n° DGS/SD1B/2006/355 du 10 juillet 2006 relative au rapport spécifique de la conférence régionale de santé sur le respect des droits des usagers du système de santé.</p>	<p>Art. L. 1112-3, R. 1112-79 à R. 1112-94 CSP</p>
Objectif et champ	
<p>Objectif: <i>évaluer</i> le respect des droits des personnes malades et des usagers du système de santé.</p> <p>Champ:</p> <ul style="list-style-type: none">- les usagers du <i>système de santé</i>;- les droits individuels et collectifs.	<p>Objectif: <i>veiller</i> au respect des droits des personnes et contribuer à l'amélioration de la qualité de la prise en charge.</p> <p>Champ:</p> <ul style="list-style-type: none">- les usagers des <i>établissements de santé</i>;- les droits des usagers et la <i>qualité de leur prise en charge</i>.
Contenu du rapport	
<p>> Droits de la personne (dignité, consentement, non discrimination, information, dossier médical...);</p> <p>> Expression collective et participation;</p> <p>> Droits spécifiques (réparation des accidents médicaux, accès à l'assurance, recherches biomédicales...);</p> <p>> Accès à la prévention et aux soins;</p> <p>> Synthèse et enjeux régionaux relatifs aux droits des usagers;</p> <p>> Conclusion du président.</p>	<p>> Analyses d'informations recueillies:</p> <ul style="list-style-type: none">- préconisations (dans le domaine de la qualité) de la CME et autres instances,- synthèse des plaintes et réclamations- dossier médical: nombre de demandes et délais,- résultat des enquêtes (satisfaction, sorties...),- recours gracieux ou juridictionnels; <p>> Appréciation des pratiques de l'établissement;</p> <p>> Propositions;</p> <p>> Évaluation de l'impact des mesures prises.</p>

(9) Arrêté du 10 juillet 2006 relatif au modèle du rapport spécifique de la conférence régionale de santé sur le respect des droits des usagers du système de santé (publié au Journal officiel de la République française du 3 août 2006).

Annexe II

Les droits des usagers

Les droits individuels des usagers et de leurs proches

Les droits de la personne malade se confondent avec les droits fondamentaux de toute personne, indépendamment de son état de santé. Vous trouverez ci-après une liste - aussi exhaustive que possible - de ces droits déclinés dans la loi du 4 mars 2002 relative aux droits des malades et à la qualité du système de santé et rappelés dans la charte de la personne hospitalisée du 2 mars 2006⁽¹⁰⁾. Cette liste a pour seule ambition de faciliter la réflexion des établissements sur leurs pratiques au regard du respect des droits des usagers en leur permettant d'avoir une vue d'ensemble de ces droits. Il est clair que l'application de ces droits est sujette aux ajustements prévus réglementairement, en fonction, notamment, du type d'hospitalisation (libre ou sans consentement) et des personnes qui sont amenées à les exercer (mineur, majeur sous tutelle, majeur hors d'état d'exprimer sa volonté, détenu...).

- > Droit de la personne de choisir librement l'établissement de santé qui la prendra en charge.
- > Droit de la personne à la protection de sa santé : garantie de l'égal accès de chaque personne aux soins nécessités par son état de santé, toute discrimination étant proscrite.
- > Droit de la personne au respect de sa dignité.
- > Droit de la personne au respect de sa vie privée.
- > Droit de la personne au respect de son intimité.
- > Droit de la personne d'être traitée avec égards.
- > Droit de la personne au respect de ses croyances et de ses convictions.
- > Droit de la personne au soulagement de sa douleur.
- > Droit de la personne à une vie digne jusqu'à la mort.
- > Droit de la personne au secret des informations la concernant.
- > Droit de la personne à l'information sur son état de santé.
- > Droit de la personne à l'accès direct à son dossier médical.
- > Droit de la personne au respect de sa volonté de ne pas être informée sur son état de santé.
- > Droit de la personne à être informée, sur sa demande, sur les frais auxquels elle est exposée en raison de sa prise en charge.
- > Droit de la personne à être informée sur ses conditions de séjour dans l'établissement de santé.
- > Droit de la personne de bénéficier des soins les plus appropriés et des thérapeutiques les plus efficaces et garantissant sa sécurité sanitaire.
- > Droit à la continuité des soins.
- > Droit de la personne à participer activement aux décisions la concernant.
- > Droit des enfants à un suivi scolaire.
- > Droit de la personne de refuser un traitement ou un acte médical/ obligation d'obtention du consentement libre et éclairé de la personne pour tout traitement ou acte médical ainsi que pour tout examen dans le cadre d'un enseignement clinique.
- > Droit de la personne de désigner une personne de confiance.
- > Droit de la personne de rédiger des directives anticipées.
- > Droit de la personne de quitter l'établissement à tout moment.
- > Droit de la personne d'être entendue par un responsable de l'établissement pour exprimer ses griefs.
- > Droit de la personne de demander réparation d'un préjudice subi.

(10) Circulaire n° DHOS/E1/DGS/SD1B/SD1C/SD4A/2006/90 du 2 mars 2006 relative aux droits des personnes hospitalisées et comportant une charte de la personne hospitalisée.

L'expression collective des droits des usagers et de leurs proches au sein de l'établissement de santé

Concernant l'expression collective des droits des usagers, il convient de distinguer la représentation des usagers de la participation d'usagers :

- > **la représentation** des usagers ne peut être assurée, dans les instances de l'établissement de santé, que par des personnes issues d'associations agréées conformément aux dispositions de l'article L.1114-1 CSP. Le représentant des usagers représente l'ensemble des usagers.
- > **la participation** d'usagers peut être requise par l'établissement auprès de tout usager (qui n'est pas nécessairement membre d'une association agréée) dont il juge opportun de recueillir l'avis (dans le cadre d'une enquête, d'un groupe de travail...). Le recours à la participation d'un usager dans une instance ne peut revêtir qu'un caractère ponctuel (sauf dispositions réglementaires spécifiques). L'utilisateur ainsi sollicité ne représente que lui-même.



Sigles et acronymes

- CA** Conseil d'administration (ou organe collégial qui en tient lieu)
- CCM** Comité consultatif médical
- CHSCT** Comité d'hygiène, de sécurité et des conditions de travail
- COMPAQH** Coordination pour la mesure de la performance et l'amélioration de la qualité hospitalière
- CME** Commission ou conférence médicale d'établissement
- CRCI** Commissions régionales de conciliation et d'indemnisation des accidents médicaux des affections iatrogènes et des infections nosocomiales
- CRS** Conférence régionale de santé
- CRU** Commission des relations avec les usagers et de la qualité de la prise en charge
- CTE** Comité technique d'établissement
- ERI** Espace de rencontres et d'information

La rédaction du rapport annuel de la CRU en 10 points clés



1 – Les membres de la CRU devront être associés à la rédaction du rapport.



2 – Les rédacteurs du rapport doivent garder à l'esprit non seulement les missions

de la commission (veille concernant le respect des droits des usagers et contribution à l'amélioration de la qualité de la prise en charge) **mais encore l'utilisation ultérieure du rapport**, notamment par les agences régionales de l'hospitalisation (dans le cadre des contrats d'objectifs et de moyens, notamment) et par la conférence régionale de santé (pour son rapport annuel spécifique sur le respect des droits des usagers du système de santé).



3 – Les établissements sont invités à respecter la structuration du modèle de rapport.



4 – Afin de ne pas omettre d'engager une réflexion dans un domaine donné, les rédacteurs du rapport sont invités à porter leur attention sur chacun des items du modèle de rapport.



5 – Il n'y a pas lieu de développer tous les items, conçus comme des points de repère, mais il est recommandé de s'efforcer de déterminer des priorités.



6 – Le rapport ne doit pas se réduire à un bilan d'activités annuel: il doit également comporter une analyse des pratiques de l'établissement, des propositions soumises au CA ou à l'organe habilité qui en tient lieu et une **évaluation des propositions** retenues.



7 – Un travail en synergie avec les autres instances concernées de l'établissement est souhaitable.



8 – La qualité du rapport dépendra pour partie de la politique de l'établissement en matière de sensibilisation et de formation sur ces sujets à destination de tous les acteurs concernés.



9 – Les informations portées au rapport doivent être anonymisées.



10 – Le rapport doit être rédigé de telle sorte qu'il ne puisse être assimilé à une reconnaissance de responsabilité en cas de recours contre l'établissement.

ABCD

