

Madame, Monsieur,

En application du Code de la santé publique, les Commissions des Usagers (CDU) sont tenues, chaque année, de transmettre leur rapport d'activité à l'Agence Régionale de Santé.

L'objet du questionnaire suivant est de répondre à cette directive.

Nous vous en remercions par avance.

**Hervé Goby,
Directeur de la stratégie régionale en santé à l'ARS Bretagne**

%

Suivant

I. INFORMATIONS GENERALES A L'ETABLISSEMENT

Vous pouvez compléter le questionnaire en plusieurs fois, il vous suffit de remplir les items souhaités et de passer à la page suivante pour que les données renseignées soient enregistrées.

Lorsque vous cliquerez de nouveau sur le lien vous accéderez à votre questionnaire complété des éléments déjà renseignés.

Sachez néanmoins que l'ensemble des items de la première page doit être obligatoirement complété pour pouvoir passer à la suivante.

Si vous ne disposez pas de toutes les informations de cette première page, vous pouvez mettre une donnée fictive et revenir ensuite sur la question pour la corriger.

N'oubliez pas, lorsque vous aurez finalisé le questionnaire de le valider via le bouton "valider".

A. Identification de l'établissement

A-1/ N° de département :

A-2/ Nom de l'établissement :

A-3/ N°FINESS ET (Entité géographique)

A-4/ N°FINESS EJ (Entité Juridique)

A-5/ Statut *(choisir dans la liste déroulante)*

B. Activité de l'établissement

B-1/ Nombre de places

B-2/ Nombre d'entrées annuelles

B-3/ Nombre d'hospitalisation de plus de 3 jours ?

B-4/ Nombre de salariés total au sein de l'établissement

C. Identification du référent RU (L'interlocuteur privilégié des représentants des usagers dans l'établissement)

C-1/ Nom

C-2/ Prénom

C-3/ Qualité

C-4/ Téléphone



C-5/ Lieu d'exercice

C-6/ Mail

Précédent

#%#

Suivant

II. FONCTIONNEMENT DE LA CDU

D. Membres obligatoires de la CDU

Représentant légal de l'établissement ou son représentant (mentionner la personne qui assiste régulièrement) :

| | | | |
|--|--|--|--|
| D-1/ Nom | D-2/ Prénom | D-3/ Qualité | D-4/ Téléphone |
| <input style="width: 90%;" type="text"/> |

D-5/ Mail

D-6/ A-t-il reçu une formation sur le rôle et les missions des CDU ? Oui Non

D-6/a Si oui, à quelle date ?

Médiateur médecin

| | | |
|--|--|--|
| D-8/ Nom | D-9/ Prénom | D-10/ Qualité |
| <input style="width: 90%;" type="text"/> | <input style="width: 90%;" type="text"/> | <input style="width: 90%;" type="text"/> |

D-11/ Mail

D-12/ A-t-il reçu une formation sur le rôle et les missions des CDU ? Oui Non

D-12/ a Si oui, à quelle date ?

D-13/ A-t-il reçu une formation sur le rôle du médiateur médecin ? Oui Non

D-13/ a Si oui, à quelle date ?

Suppléant du médiateur médecin

| | | |
|--|--|--|
| D-14/ Nom | D-15/ Prénom | D-16/ Qualité |
| <input style="width: 90%;" type="text"/> | <input style="width: 90%;" type="text"/> | <input style="width: 90%;" type="text"/> |

D-17/ Mail

D-18/ A-t-il reçu une formation sur le rôle et les missions des CDU ? Oui Non

D-18/a Si oui, à quelle date ?

D-19/ A-t-il reçu une formation sur le rôle du médiateur médecin ? Oui Non

D-19/a Si oui, à quelle date ?

Précédent

%

Suivant

Médiateur non médecin

D-20/ Nom

D-21/ Prénom

D-22/ Qualité



D-23/ Mail

D-24/ A-t-il reçu une formation sur le rôle et les missions des CDU?

 Oui Non

D-24/a Si oui, à quelle date ?



D-25/ A-t-il reçu une formation sur le rôle du médiateur non médecin ?

 Oui Non

D-25/a Si oui, à quelle date ?

**Suppléant du médiateur non médical**

D-26/ Nom

D-27/ Prénom

D-28/ Qualité



D-29/ Mail

D-30/ A-t-il reçu une formation sur le rôle et les missions des CDU ?

 Oui Non

D-30/a Si oui, à quelle date ?



D-31/ A-t-il reçu une formation sur le rôle du médiateur médecin ?

 Oui Non

D-31/a Si oui, à quelle date ?

**RU titulaire**

D-32/ Nom

D-33/ Prénom

D-34/ Qualité

D-35/ Téléphone



D-36/ Association

D-37/ Mail

D-38/ A-t-il reçu une formation sur le rôle et les missions des CDU ?

 Oui Non

D-38/a Si oui, à quelle date ?



D-39/ A-t-il reçu la formation obligatoire de base des représentants des usagers dispensée par les organismes agréés ?

 Oui Non

D-39/a Si oui, à quelle date ?



Précédent

#%#

Suivant

D-40/ A-t-il reçu une sensibilisation ou d'autres formations ? Oui Non

D-40/a Si oui, à quelle date ?

D-40/b Lesquelles

[RU suppléant](#)

D-41/ Nom

D-42/ Prénom

D-43/ Qualité

D-44/ Téléphone 

D-45 Association

D-46/ Mail

D47/ A-t-il reçu une formation sur le rôle et les missions des CDU? Oui Non

D-47/a Si oui, à quelle date ?

D-48/ A-t-il reçu la formation obligatoire de base des représentants des usagers dispensée par les organismes agréés ? Oui Non

D-48/a Si oui, à quelle date ?

D-49/ A-t-il reçu une sensibilisation ou d'autres formations ? Oui Non

D-49/a Si oui, à quelle date ?

D-49/b Lesquelles

[RU titulaire](#)

D-50/ Nom

D-51/ Prénom

D-52/ Qualité

D-53/ Téléphone 

D-54/ Association

D-55/ Mail

D-56/ A-t-il reçu une formation sur le rôle et les missions des CDU ? Oui Non

D-56/a Si oui, à quelle date ?

D-57/ A-t-il reçu la formation obligatoire de base des représentants des usagers dispensée par les organismes agréés ? Oui Non

D-57/a Si oui, à quelle date ?

D-58/ A-t-il reçu une sensibilisation ou d'autres formations ? Oui Non

D-58/a Si oui, à quelle date ?

D-58/b Lesquelles

[Précédent](#)

#%#

[Suivant](#)

RU suppléant

| | | | | |
|---|----------------------|----------------------|----------------------------------|---|
| D-59/ Nom | D-60 Prénom | D-61/ Qualité | D-62/ Téléphone |  |
| <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> | |
| D-63/ Association | | | D-64/ Mail | |
| <input type="text"/> | | | <input type="text"/> | |
| D-65/ A-t-il reçu une formation sur le rôle et les missions des CDU ? | | | <input type="radio"/> Oui | <input type="radio"/> Non |
| D-65/a Si oui, à quelle date ? | | | <input type="text"/> | |
| D-66- A-t-il reçu la formation obligatoire de base des représentants des usagers dispensée par les organismes agréés ? | | | <input type="radio"/> Oui | <input type="radio"/> Non |
| D-66/a Si oui, à quelle date ? | | | <input type="text"/> | |
| D-67-A-t-il reçu une sensibilisation ou d'autres formations ? | | | <input type="radio"/> Oui | <input type="radio"/> Non |
| D-67/a Si oui, à quelle date ? | | | <input type="text"/> | |
| D-67/b Lesquelles | | | <input type="text"/> | |

Présidence de la commission

D-68- Quelle est la fonction du président de la commission des usagers (RU, Représentant légal de l'établissement, médiateur médecin...)

D- 69 - Quelle est la fonction du vice-président de la commission des usagers (RU, Représentant légal de l'établissement, médiateur médecin...)

#%#

E. Membres facultatifs de la CDU**Président de la CME :**

| | | | |
|----------------------|----------------------|----------------------|----------------------|
| E-1/ Nom | E-2/ Prénom | E-3/ Qualité | E-4/ Mail |
| <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> |

Représentant de la Commission des soins infirmiers :

| | | | |
|----------------------|----------------------|----------------------|----------------------|
| E-5/ Nom | E-6/ Prénom | E-7/ Qualité | E-8/ Mail |
| <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> |

Responsable qualité

| | | | |
|----------------------|----------------------|----------------------|------------------------|
| E-9/ Nom | E-10/ Prénom | E-11/ Qualité | E-12/ Téléphone |
| <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> |
| E-13/ Mail | | | |
| <input type="text"/> | | | |

E-14/ A-t-il reçu une formation sur le rôle et les missions des CDU ? Oui Non

E-14/a Si oui, à quelle date ?

E-15 A-t-il reçu une formation sur les droits des usagers du système de santé ? Oui Non

E-15/a Si oui, à quelle date ?

Représentant du personnel :

| | | | |
|----------------------|----------------------|----------------------|----------------------|
| E-16/ Nom | E-17/ Prénom | E-18/ Qualité | E-19/ Mail |
| <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> |

Représentant du CA ou du conseil de surveillance :

| | | | |
|----------------------|----------------------|----------------------|----------------------|
| E-20/ Nom | E-21/ Prénom | E-22/ Qualité | E-23/ Mail |
| <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> |

Autre membre invité :

| | | |
|----------------------|----------------------|----------------------|
| E-24/ Nom | E-25/ Prénom | E-26/ Qualité |
| <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> |

E-27/ Entité concernée (Association, lieu d'exercice, partenaire...)

Précédent

#%#

Suivant

E-28 - Le membre invité est invité Ponctuel Permanent

Autre membre invité :

E-29/ Nom

E-30/ Prénom

E-31/ Qualité

E-32/ Entité concernée (Association, lieu d'exercice, partenaire...)

E-33 - Le membre invité est invité Ponctuel Permanent

Autre membre invité :

E-34/ Nom

E-35/ Prénom

E-36/ Qualité

E-37/ Entité concernée (Association, lieu d'exercice, partenaire...)

E-38 - Le membre invité est invité Ponctuel Permanent

Précédent

#%#

Suivant

F. Fonctionnement de la CDU

F-1/ Date d'installation :

F-2/ Existe-t-il un règlement intérieur ?

 Oui Non

F-3/ Quelle est la date de la dernière réactualisation du règlement intérieur de la commission des usagers ?

F-4/ Cette actualisation a-t-elle fait l'objet d'une présentation en CDU ?

 Oui Non

F-5/ Nombre de réunions dans l'année (séances plénières) :

F-6/ Motifs en cas de réunions INFERIEURES à 4/an

F-7/ Motifs en cas de réunions SUPERIEURES à 4/an

F-8/ Modalités d'organisation :

 En présentiel En distanciel

F-9/ Le calendrier des CDU est-il planifié sur une année ?

 Oui Non

F-9/a Si non, le calendrier des CDU est-il planifié au semestre ?

 Oui Non

F-9/b Si non, combien de temps avant la réunion les membres de la commission des usagers ont-ils la date ?

F-10 Est-ce que les RU (titulaire et suppléant) sont présents en CDU ?

 Systématiquement Régulièrement RarementF-11 Y a-t-il des RU (titulaires ou suppléants) qui sont nommés mais ne participent pas en CDU ? Oui Non

F-12/ Les membres de la CDU participent-ils à la rédaction du rapport annuel ?

 Oui Non

F-12/ a -Si oui, comment :

 Présentation en commission Rédaction d'une partie ou plus co-construction du début à la fin[Précédent](#)

#%#

[Suivant](#)

F-13/ Est-ce qu'un ou des représentant des usagers sont associés aux autres instances Oui Non

- Comité de Lutte contre les Infections Nosocomiales (CLIN ou CLIAS)
 Comité d'Hygiène, de Sécurité et des Conditions de Travail (CHSCT)
 Conseil d'Administration (CA) Comité de Liaison Alimentation et Nutrition (CLAN)
 Comité de Lutte contre la Douleur (CLUD) Coordination des vigilances et risques sanitaires (COVIRIS)
 Commission des soins infirmiers
 Commission Médicale d'Etablissement (CME)

Autre :

Pour les établissements publics ayant un GHT

F-14/ Avez-vous mis en place une commission / comité des usagers du groupement hospitalier de territoire ? Oui Non

F-15/ Combien de RU de la CDU participent au comité des usagers du groupement hospitalier de territoire ?

F-16/ Les représentants des usagers présents au GHT font-ils un retour à chaque réunion de la commission des usagers de l'établissement ? Oui Non

Pour les établissements privés

F-17/ Avez-vous une « commission des usagers de territoire » ? Oui Non

F-18/ Combien de RU de la CDU participent à la « commission des usagers de territoire » ?

F-19/ Les représentants des usagers présents à la « commission des usagers de territoire » font-ils un retour à chaque réunion de la commission des usagers de l'établissement ? Oui Non

G. Rapport annuel d'activités

G-1/ Date d'approbation du rapport :

G-2/ Est-ce que le rapport annuel d'activité est transmis au Conseil de surveillance / Conseil d'administration ? Oui Non

G-2 a/ Fait-il l'objet d'une présentation dans cette instance ? Oui Non

G-2 b/ Par qui ? (mentionner la fonction de la personne)

G-2 c/ Pourquoi ?

Précédent

#%#

Suivant

G-3/Le rapport annuel d'activité est-il transmis à la commission médicale d'établissement : Oui Non

G-3 a/ Fait-il l'objet d'une présentation dans cette instance ? Oui Non

G-3 b/ Par qui ? (mentionner la fonction de la personne)

G-3 c/ Pourquoi ?

G-4/ Le rapport annuel d'activité est-il transmis à la Direction des soins Oui Non

G-4 a/ Fait-il l'objet d'une présentation dans cette instance ? Oui Non

G-4 b/ Par qui ? (mentionner la fonction de la personne)

G-4 c/ Pourquoi ?

H. Moyens matériels alloués au fonctionnement de la CDU

H-1/ Moyens matériels alloués au fonctionnement de la CDU (cocher la(les) proposition(s) adéquats) :

- Aucun Locaux adaptés (connexion...) Ordinateur
 Remboursement des frais de déplacement des RU
 Indemnisation des congés de représentation intranet
 Téléphone fixe Téléphone portable
 Adresse e-mail fournie par l'établissement (collective ou individuelle)

Autres :

H-2/ Concernant les documents d'information à destination des usagers (brochure, affichage, livret d'accueil...) les éléments suivants sont-ils indiqués

H-2 a/ Les noms des représentants des usagers Oui Non

H-2 b/ Les coordonnées des représentants des usagers Oui Non

H-2 c/ L'explication de ce qu'ils sont (exemple : bénévoles d'associations agréées indépendantes de l'établissement)

Précédent

#%#

Suivant

H-2d/ Pour les usagers, sur quels supports les missions et l'activité de la CDU sont-elles expliquées ?

- Affichage Internet Communication orale
 Permanence (par les RU) Réunions
 Livret d'accueil Rencontre avec les usagers

H-2 e/ Pour les professionnels de l'établissement, sur quels supports les missions et l'activité de la CDU sont-elles expliquées ?

- Affichage Livret d'accueil Communication orale
 Permanence Internet Réunions
 Rencontre avec les usagers

H-3/ Est il possible pour les usagers de contacter directement (sans intermédiaire institutionnel) les RU à tout moment en cas de difficulté ? Oui Non

H-4/ La commission des usagers a-t-elle fait un projet des usagers ? Oui Non

H-4 b/ Est-il intégré dans le projet d'établissement ? Oui Non

H-4 c/ A-t-il fait l'objet d'une présentation ?

- En CME En conseil de surveillance ou conseil d'administration
 Direction des soins

Précédent

#%#

Suivant

III. INFORMATIONS RELATIVES A LA GESTION DES RECLAMATIONS

J. Réclamations (on entend par réclamation : tout signalement d'un dysfonctionnement, l'explication d'une situation d'un usager)

J-1/ Existe-t-il une procédure de traitement des réclamations ?

Oui Non

J-1/a Quelle est la date de la dernière actualisation en commission des usagers ?

J-2/ Nombre de réclamations écrites

J-3/ Nombre de réclamations orales

J-4/ Taux (%) de réclamation/nombre d'hospitalisations

J-5/ Nombre d'éloges

K. Motifs de réclamations écrites

Accueil et administration

K-1/ Accueil loge, hôtesse

K-1/A Nombre de réclamations

K-1/B Nombre de médiations

K-1/C Service d'origine

K-2/ Facturation

K-2/A Nombre de réclamations

K-2/B Nombre de médiations

K-2/C Service d'origine

K-3/ Dépassements d'honoraires

K-3/A Nombre de réclamations

K-3/B Nombre de médiations

K-3/C Service d'origine

K-4/ Attente / Délais

K-4/A Nombre de réclamations

K-4/B Nombre de médiations

K-4/C Service d'origine

Précédent

#%#

Suivant

K-5/ Signalétique (intérieure, extérieure)

K-5/A Nombre de réclamations

K-5/B Nombre de médiations

K-5/C Service d'origine

K-6/ Identification des personnels (avec soignants)

K-6/A Nombre de réclamations

K-6/B Nombre de médiations

K-6/C Service d'origine

K-7/ Standard téléphonique

K-7A Nombre de réclamations

K-7/B Nombre de médiations

K-7/C Service d'origine

K-8/ Autre, à précisez :

K-8/A Nombre de réclamations

K-8/B Nombre de médiations

K-8/C Service d'origine

Prise en charge : aspects médicaux

K-9/ Information du malade/de la famille

K-9/A Nombre de réclamations

K-9/B Nombre de médiations

K-9/C Service d'origine

K-10/ Contestation du diagnostic médical

K-10/A Nombre de réclamations

K-10/B Nombre de médiations

K-10/C Service d'origine

K-11/ Accès au dossier médical

K-11/A Nombre de réclamations

K-11/B Nombre de médiations

K-11/C Service d'origine

K-12/ Secret médical

K-12/A Nombre de réclamations

K-12/B Nombre de médiations

K-12/C Service d'origine

Précédent

#%#

Suivant

K-13/ Non recueil du consentement

K-13/A Nombre de réclamations K-13/B Nombre de médiations K-13/C Service d'origine

| | | |
|----------------------|----------------------|----------------------|
| <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> |
|----------------------|----------------------|----------------------|

K-14/ Qualité des soins

K-14/A Nombre de réclamations K-14/B Nombre de médiations K-14/C Service d'origine

| | | |
|----------------------|----------------------|----------------------|
| <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> |
|----------------------|----------------------|----------------------|

K-15/ Divergence sur les actes médicaux

K-15/A Nombre de réclamations K-15/B Nombre de médiations K-15/C Service d'origine

| | | |
|----------------------|----------------------|----------------------|
| <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> |
|----------------------|----------------------|----------------------|

K-16/ Prise en charge de la douleur

K-16/A Nombre de réclamations K-16/B Nombre de médiations K-16/C Service d'origine

| | | |
|----------------------|----------------------|----------------------|
| <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> |
|----------------------|----------------------|----------------------|

K-17/ Accident thérapeutique, séquelles

K-17/A Nombre de réclamations K-17/B Nombre de médiations K-17/C Service d'origine

| | | |
|----------------------|----------------------|----------------------|
| <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> |
|----------------------|----------------------|----------------------|

K-18/ Infections nosocomiales

K-18/A Nombre de réclamations K-18/B Nombre de médiations K-18/C Service d'origine

| | | |
|----------------------|----------------------|----------------------|
| <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> |
|----------------------|----------------------|----------------------|

K-19/ Relations avec les médecins

K-19/A Nombre de réclamations K-19/B Nombre de médiations K-19/C Service d'origine

| | | |
|----------------------|----------------------|----------------------|
| <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> |
|----------------------|----------------------|----------------------|

K-20/ Maltraitance

K-20/A Nombre de réclamations K-20/B Nombre de médiations K-20/C Service d'origine

| | | |
|----------------------|----------------------|----------------------|
| <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> |
|----------------------|----------------------|----------------------|

K-21/ Accompagnement de fin de vie

K-21/A Nombre de réclamations K-21/B Nombre de médiations K-21/C Service d'origine

| | | |
|----------------------|----------------------|----------------------|
| <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> |
|----------------------|----------------------|----------------------|

Précédent

#%#

Suivant

K-22/ Coordination des soins (interne et avec l'extérieur : autre établissement ou médecine de ville) (post hospitalisation)

K-22/A Nombre de réclamations K-22/B Nombre de médiations K-22/C Service d'origine

K-23/ Autre à préciser

K-23/A Nombre de réclamations K-23/B Nombre de médiations K-23/C Service d'origine

Prise en charge : aspects para-médicaux**K-24/ Qualité des soins**

K-24/A Nombre de réclamations K-24/B Nombre de médiations K-24/C Service d'origine

K-25/ Nursing, surveillance

K-25/A Nombre de réclamations K-25/B Nombre de médiations K-25/C Service d'origine

K-26/ Relations avec le personnel

K-26/A Nombre de réclamations K-26/B Nombre de médiations K-26/C Service d'origine

K-27/ Insuffisance de personnel

K-27/A Nombre de réclamations K-27/B Nombre de médiations K-27/C Service d'origine

K-28/ Organisation des examens

K-28/A Nombre de réclamations K-28/B Nombre de médiations K-28/C Service d'origine

K-29/ Divergence sur les actes paramédicaux

K-29/A Nombre de réclamations K-29/B Nombre de médiations K-29/C Service d'origine

K-30/ Information sortie/transfert

K-30/A Nombre de réclamations K-30/B Nombre de médiations K-30/C Service d'origine

[Précédent](#)

#%#

[Suivant](#)

K-31/ Privation de liberté (enfermement, isolement, contention...)

K-31/A Nombre de réclamations K-31/B Nombre de médiations K-31/C Service d'origine

| | | |
|----------------------|----------------------|----------------------|
| <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> |
|----------------------|----------------------|----------------------|

K-32/ Respect de l'intimité

K-32/A Nombre de réclamations K-32/B Nombre de médiations K-32/C Service d'origine

| | | |
|----------------------|----------------------|----------------------|
| <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> |
|----------------------|----------------------|----------------------|

K-33/ Autre, à précisez :

K-33/A Nombre de réclamations K-33/B Nombre de médiations K-33/C Service d'origine

| | | |
|----------------------|----------------------|----------------------|
| <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> |
|----------------------|----------------------|----------------------|

Vie quotidienne, environnement**K-34/ Alimentation, diététique**

K-34/A Nombre de réclamations K-34/B Nombre de médiations K-34/C Service d'origine

| | | |
|----------------------|----------------------|----------------------|
| <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> |
|----------------------|----------------------|----------------------|

K-35/ Mécontentement sur les prestations hôtelières

K-35/A Nombre de réclamations K-35/B Nombre de médiations K-35/C Service d'origine

| | | |
|----------------------|----------------------|----------------------|
| <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> |
|----------------------|----------------------|----------------------|

K-36/ Locaux (propreté, accès, sécurité)

K-36/A Nombre de réclamations K-36/B Nombre de médiations K-36/C Service d'origine

| | | |
|----------------------|----------------------|----------------------|
| <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> |
|----------------------|----------------------|----------------------|

K-37/ Perte, vol, objet endommagé ((perte d'appareil auditif, dentaire, vêtements...))

K-37/A Nombre de réclamations K-37/B Nombre de médiations K-37/C Service d'origine

| | | |
|----------------------|----------------------|----------------------|
| <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> |
|----------------------|----------------------|----------------------|

K-38/ Autre

K-38/A Nombre de réclamations K-38/B Nombre de médiations K-38/C Service d'origine

| | | |
|----------------------|----------------------|----------------------|
| <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> |
|----------------------|----------------------|----------------------|

Précédent

#%#

Suivant

L. Traitement des réclamations - utilisation de la médiationL-1/ Délai MINIMUM de prise en charge des réclamations (délai avant clôture du dossier) en jours : L-2/ Délai MAXIMUM de prise en charge des réclamations (délai avant clôture du dossier) en jours : L-3/ Délai MOYEN de prise en charge des réclamations (délai avant clôture du dossier) en jours : L-4/ Existe-t-il un dispositif d'information sur la procédure de réclamation à destination des usagers ? Oui Non

L-4 a/ où est-il situé ?

 livret d'accueil Affichage Brochure Dans le dossier d'admissionL-5/ Les représentants des usagers peuvent-ils accompagner l'utilisateur dans sa réclamation (pour l'aider à faire sa réclamation) ? Oui NonL-6 / Les membres de la CDU ont-ils accès à l'intégralité des réclamations ou éloges ? (Intégralité = Courrier complet de l'utilisateur, courrier de retour du service, le courrier de réponse de la direction à l'utilisateur) Oui Non

L-6 a/ Comment :

 Quand ils le demandent 1 semaine avant la réunion de CDU Quelques heures avant Au moment de la réunionL-7/ Nombre de médiations proposées : L-8/ Nombre de médiations réalisées : L-9/ Nombre de médiations réalisées avec un représentant des usagers comme accompagnant de l'utilisateur : L-10/Est-ce que le courrier est mis à disposition des représentants des usagers avant la médiation : Oui Non[Précédent](#)

#%#

[Suivant](#)

L-11 Taux de médiations/nombre de plaintes (en %) :

L-11/a- La médiation est-elle proposée systématiquement à chaque réclamant ?

Oui Non

L-11/b Si non, pourquoi ?

L-11/b Quand est-elle proposée ?

L-11/b Qui décide de la proposer ?

L-12/Lorsque la médiation est terminée, le compte-rendu de médiation est-il envoyé systématiquement :

Oui Non

L-12/a Si oui, à qui est-il transmis ?

- Au patient ou sa famille (la personne qui a fait la médiation) Au président de la commission des usagers
 Au représentant des usagers qui a accompagné le patient

L-13/ Combien de compte-rendu de médiation l'ensemble des membres de la commission des usagers a-t-il été destinataire cette année ?

Les événements indésirables graves

L-14/ La gestion et le traitement des événements indésirables graves (EIG) au sein de l'établissement sont-ils connus des membres de la CDU ?

Oui Non

L-15/ Un bilan annuel des EIG est-il présenté à la commission des usagers ?

Oui Non

L-17/ Combien d'EIG ont été suivis d'un retex ?

L18/ Les usagers ont-ils la possibilité de déclarer un EIG ?

Oui Non

L-18/a Comment en sont-ils informés ?

- Affichage Permanence Livret d'accueil Internet Communication orale

Précédent

#%#

Suivant

IV . INFORMATIONS RELATIVES A LA MESURE DE LA SATISFACTION DES USAGERS (toute prise en charge)

M. Evaluation des différents moyens de mesure de la satisfaction des usagers

M-1/ Existe-t-il un QUESTIONNAIRE de satisfaction (en dehors d'e-satis)?

Oui Non

M-2/ Quelle est la date de la dernière réactualisation du questionnaire de satisfaction en commission des usagers ?

M-3/ A quel moment ce questionnaire est-il remis ? (Plusieurs réponses possibles)

- | | |
|--------------------------------------|---|
| <input type="checkbox"/> A l'accueil | <input type="checkbox"/> A l'entrée en hospitalisation |
| <input type="checkbox"/> A la sortie | <input type="checkbox"/> A libre disposition dans les services |
| <input type="checkbox"/> Autre | <input type="checkbox"/> Le questionnaire est inclus dans le livret d'accueil |

M-4/ Quels sont les moyens de retour de ce questionnaire ? (plusieurs réponses possibles)

- | | |
|---|-----------------------------------|
| <input type="checkbox"/> Le questionnaire est déposé au moment de la | <input type="checkbox"/> Urne |
| <input type="checkbox"/> lors d'un entretien spécifique avec un membre du personnel | <input type="checkbox"/> Internet |
| <input type="checkbox"/> Autre | |

M-5/ Une aide est-elle proposée au remplissage de ce questionnaire ?

Oui Non

M-6/ Taux de retour/nombre de questionnaires distribués (en %) :

M-7/ Les questionnaires sont-ils analysés par la CDU ?

Oui Non

M-7/ a- Si oui, comment ?

- | | |
|--|--|
| <input type="checkbox"/> Présentation annuel | <input type="checkbox"/> Débat collectif |
| <input type="checkbox"/> Co-analyse | <input type="checkbox"/> Autre |

M-7/ b Si non, pourquoi ?

- | | |
|--|---|
| <input type="checkbox"/> Manque de temps | <input type="checkbox"/> Manque d'intérêt |
| <input type="checkbox"/> Non exploités | <input type="checkbox"/> Taux de retour insuffisant |
| <input type="checkbox"/> Autre | |

Précédent

#%#

Suivant

M-8/ Des actions sont-elles mises en place après cette analyse ? Oui Non

M-8/a Un calendrier de mise en œuvre est-il validé avec en CDU ? Oui Non

M-9/ Une(des) ENQUETE(S) de satisfaction ciblée est(sont)-elle(s) mise(s) en place ? Oui Non

M-10/ La CDU est elle informée des résultats de(des) l'enquête(s) ? Oui Non

M-11/ D'autres moyens de mesure de la satisfaction des usagers sont-ils mis en place ? Oui Non

M-12/ Quels sont-ils ?

V. DOCUMENTS D'INFORMATION A DESTINATION DES USAGERS

N. Evaluation des dispositifs d'informations des usagers

N-1/ A quel moment le livret d'accueil est-il remis à l'utilisateur ? (plusieurs réponses possibles)

Lors de son entrée dans l'établissement de santé (en cas d'hospitalisation non programmée)

En amont de l'hospitalisation (en cas d'hospitalisation programmée)

Dans la chambre d'hospitalisation A un autre moment durant son séjour

Autre :

N-2/ Une information orale y est-elle associée ? Oui Non

N-3/ Quels documents y sont associés ? (plusieurs réponses possibles)

Composition de la commission des usagers

Un formulaire de directives anticipées

Un formulaire d'accès au dossier médical

Un formulaire permettant de recueillir l'identité et la signature de la personne de confiance

N-4/ Date de dernière mise à jour :

N-5/ Est-ce que la délivrance de ces formulaires s'accompagne d'une information orale ? Oui Non

Précédent

#%#

Suivant

N-6/ Qui fait ces documents ?

La direction qualité La direction La commission des usagers Les représentants des usagers

Autre :

N-7/ Au-delà du livret d'accueil, quels sont les lieux d'affichage des documents d'information des usagers ? (plusieurs réponses possibles)

Dans chaque chambre Dans l'unité Dans les lieux fréquentés par les usagers de l'établissement

Autre :

N-8/ Est-ce que tous les documents d'informations à destination des usagers sont présentés et discutés en commission des usagers ? Oui Non

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

O. Evaluation du niveau de formation du personnel aux droits des usagers

O-1/ Quelles actions sont mises en place pour sensibiliser le personnel à la connaissance des droits des usagers ?

Lettre interne Site intranet Livret d'accueil des nouveaux arrivants

Autres :

O-2/ a- Nombre de personnes ayant participées à une formation sur organisation de la démocratie sanitaire:

O-2/ b- Nombre de personnes ayant participées à une formation sur le respect des croyances et convictions

O-2/ c- Nombre de personnes ayant participées à une formation sur l'accès au dossier médical

O-2/ d- Nombre de personnes ayant participées à une formation sur la désignation d'une personne de confiance

O-2/ e- Nombre de personnes ayant participées à une formation sur la rédaction de directives anticipées

O-2/ f- Nombre de personnes ayant participées à une formation sur la promotion de la bientraitance

O-2/ g- Nombre de personnes ayant participées à une formation sur la prise en charge de la douleur

O-2/ h- Nombre de personnes ayant participées à une formation sur le droit et accès à l'information

O-2/ i - Nombre de personnes ayant participées à une formation sur le consentement

O-2/ j -Nombre de personnes ayant participées à une formation sur le secret médical

O-2/ k- Nombre de personnes ayant participées à une formation sur le respect de la dignité

O-2/ l- Autre à préciser :

Précédent

#%#

Suivant

P. Respect des croyances et convictions

P-1/ Existe-t-il un dispositif relatif au respect des croyances au sein de l'établissement ? Oui Non

P-2 Lequel ?

P-3/ Quelles sont les modalités d'information des usagers ? (plusieurs réponses possibles)

Procédure d'accueil / entrée dans l'établissement

Affichage ou livret d'accueil

Mise en place de permanences pour l'information des usagers

Autre, à préciser

P-4/ Une personne référente est-elle désignée au sein du personnel ? Oui Non

P-5/ Existe-t-il un lieu de confession multi religieux ? Oui Non

P-6/ Existe-t-il des représentants des cultes ? Oui Non

Recueil du consentement-aux soins

P-7/ Existe-t-il une procédure de recueil du consentement ? Oui Non

P-8/ Existe-il des outils pour que les professionnels de santé s'assurent de la compréhension du patient de l'information qui leur est délivrée (méthode de reformulation, Livret spécifique, recours aux interprètes...) ? Oui Non

P-8/a Lesquels ?

P-8/b Pourquoi ?

P-9/ La place des aidants, proches du patient est-elle facilitée (hors période de crise sanitaire) ? Oui Non

P-10/ Les aidants, proches sont-ils acceptés pour accompagner les patients vulnérables (handicap, maladies neurodégénératives...) aux urgences ? Oui Non

P-10/ a- Pendant l'hospitalisation ? Oui Non

P-11/ Est-ce que l'accompagnant est présent lorsque l'équipe donne les éléments au patient pour sa sortie ? Oui Non

Q. Information sur les frais de prise en charge

Q-1/ Les tarifs sont-ils affichés dans les lieux de consultation ? Oui Non

Q-2/ Le patient est-il préalablement informé par écrit que l'acte dont il va bénéficier fait l'objet d'un dépassement d'honoraires d'au moins 70 Euros ? Oui Non

Q-3/ Lorsqu'un acte inclu la fourniture d'un dispositif médical ou s'il s'agit de chirurgie esthétique : un devis est-il proposé au patient ? Oui Non

Précédent

#%#

Suivant

Q-4/ Comment les usagers sont-ils informés des modalités de paiement / prise en charge de la chambre seule ?

Livret d'accueil Information orale

Document remis Affichage

Autres, à précisez :

Q-5/ Pour les établissements publics uniquement, le bilan annuel de la commission d'activité libérale est-il systématiquement présenté en commission des usagers ? Oui Non

Q-5/a- Est-il présenté au conseil de surveillance ? Oui Non

Q-6/ Comment les usagers sont-ils informés de leur prise en charge en activité libérale ?

R. Evaluation du respect d'accès au dossier médical

R-1/ Existe-t-il un document d'information sur la procédure d'accès au dossier médical ? Oui Non

R-2/ Quelles sont les autres modalités d'information des usagers ? (plusieurs réponses possibles)

Procédure d'accueil / entrée dans l'établissement Affichage ou livret d'accueil

Mise en place de permanences pour l'information des usagers

Autres, à précisez :

R-3/ Si le patient demande son dossier, a-t-il accès à l'ensemble des éléments suivants :

R-3/a- Les résultats d'examen Oui Non

R-3/b- Les compte-rendu Oui Non

R-3/c- Les protocoles Oui Non

R-3/d- Les prescriptions Oui Non

R-3/e- Les feuilles de surveillance Oui Non

R-3/f- Les radiographies Oui Non

R-3/g- Les observations médicales et paramédicales Oui Non

R-4/ Nombre de demandes de dossiers de MOINS de 5 ans :

R-5/ Nombre de demandes de dossiers de PLUS de 5 ans :

Précédent

#%#

Suivant

R-6/ Nombre de refus de dossiers de MOINS de 5 ans :

R-7/ Nombre de refus de dossiers de PLUS de 5 ans :

R-8/ L'accès au dossier médical sur place est-il possible ? Oui Non

R-9/ Le coût des photocopies est-il facturé aux usagers ? Oui Non

R-10/ En cas d'hospitalisation d'office, une organisation est-elle prévue pour permettre la consultation du dossier médical ? Oui Non

R-11/ Quel est le délai minimum d'accès aux dossiers de MOINS de 5 ans (nombre de jours) :

R-12/ Quel est le délai maximum d'accès aux dossiers de MOINS de 5 ans (nombre de jours) :

R-13/ Quel est le délai moyen d'accès aux dossiers de MOINS de 5 ans (nombre de jours) :

R-14/ Si le délai moyen dépasse le délai légal (8 jours), indiquez le motif de ce dépassement :

R-15/ Quel est le délai minimum d'accès aux dossiers de PLUS de 5 ans (nombre de jours) :

R-16/ Quel est le délai maximum d'accès aux dossiers de PLUS de 5 ans (nombre de jours) :

R-17/ Quel est le délai moyen d'accès aux dossiers de PLUS de 5 ans (nombre de jours) :

R-18/ Si le délai moyen dépasse le délai légal (2 mois), indiquez le motif de ce dépassement :

S. Possibilité de désigner une personne de confiance

S-1/ Existe-t-il une procédure d'information des usagers relative à la possibilité de désigner une personne de confiance ? Oui Non

S-2/ Si oui, quelles en sont les modalités ? (plusieurs réponses possibles)

Procédure d'accueil / entrée dans Affichage ou livret d'accueil Formulaire type

Mise en place de permanences pour l'information des usagers Désignation d'une personne référente au sein du personnel

Autres, à préciser :

S-3/ Les documents de désignation de la personne de confiance sont-ils cosignés par le patient et sa personne de confiance ? Oui Non

Précédent

#%#

Suivant

T. Rédaction de directives anticipées

T-1/ Existe-t-il une procédure d'information des usagers de la possibilité de rédiger des directives anticipées ? Oui Non

T-2/ Quelles en sont les modalités ? (plusieurs réponses possibles)

- Procédure d'accueil / entrée dans l'établissement Affichage ou livret d'accueil
 Mise en place de permanences pour l'information des usagers
 Désignation d'une personne référente au sein du personnel

Autres, à précisez :

T-3/ Existe-t-il une procédure de recueil des directives anticipées relatives à la fin de vie ? Oui Non

U. Prise en charge de la douleur

U-1/ Existe-t-il une procédure systématique d'évaluation et de prise en charge de la douleur dans les services ? Oui Non

U-2/ Les usagers sont-ils informés de la prise en charge de la douleur au sein de l'établissement ? Oui Non

U-2/ a Quelles en sont les modalités ? (plusieurs réponses possibles)

- Procédure d'accueil / entrée dans l'établissement Affichage Livret d'accueil
 Mise en place de permanences pour l'information des usagers
 Désignation d'une personne référente au sein du personnel

Autres, à précisez :

V. Prise en charge du décès - Procédures au sein de l'établissement

V-1/ A-t-on procédé à la désignation d'un référent ? Oui Non

V-2/ Existe-t-il une procédure relative au respect des rites et des croyances ? Oui Non

V-3/ Existe-t-il une procédure relative à la possibilité d'un recueillement auprès du défunt ? Oui Non

V-4/ Les usagers ont-ils la possibilité de se recueillir ? Oui Non

V-4/a Comment en sont-ils informés ?

Précédent

#%#

Suivant

V-5/ Existe-t-il une autre procédure relative à la prise en charge du décès ? Oui Non

V-6/ La chambre mortuaire est-elle accessible 24h/24 ? Oui Non

V-7/ Est-ce qu'il existe un espace dédié pour le respect de la dignité et de la confidentialité des familles ? Oui Non

W. Promotion de la bientraitance

W-1/ Existe-t-il des actions de promotion de la bientraitance ? Oui Non

W-1/a- Si oui, lesquelles ?

- | | |
|---|---|
| <input type="checkbox"/> Formation | <input type="checkbox"/> Mise en place d'une charte |
| <input type="checkbox"/> Communication interne et externe | <input type="checkbox"/> Autres |
| <input type="checkbox"/> Accompagnement externe | |

W-2/ Des formations ou séances de sensibilisation à la bientraitance sont-elles proposées aux personnels ? Oui Non

W-3/ Si oui, nombre de séances annuelles :

VII. POLITIQUE LIEE A LA QUALITE DE LA PRISE EN CHARGE ET DE L'ACCUEIL DES PERSONNES

X. Les indicateurs qualité sécurité des soins (IQSS)

X-1/ Les résultats annuels des indicateurs qualité de l'établissement sont-ils présentés et analysés CDU ? Oui Non

X-2/ Est-ce qu'un plan d'actions est mis en place et débattu avec la CDU ? Oui Non

Y. Place accordée à la CDU dans la politique liée à la prise en charge

Y-1/ Des dispositifs spécifiques d'accueil existent-ils au sein de l'établissement pour les publics suivants ?

- | | |
|--|--|
| <input type="checkbox"/> Personnes non francophones | <input type="checkbox"/> Personnes non et mal voyantes |
| <input type="checkbox"/> Personnes ayant un régime particulier | <input type="checkbox"/> Personnes sourdes |
| <input type="checkbox"/> Personnes illettrées | <input type="checkbox"/> Analphabètes |

Y-2/ L'établissement est-il accessible aux personnes à mobilités réduites ? Oui Non

Précédent

#%#

Suivant

VIII. AVIS DONNES PAR LA CDU

Z-1/ Nombre de recommandations formulées par la CDU sur l'amélioration de la qualité des prises en charge (année N) :

Z-2/ Thèmes des recommandations :

- | | |
|--|---|
| <input type="checkbox"/> Respect de la dignité, de la vie privée, des croyances, de l'intimité du patient <input type="checkbox"/> Continuité des soins et de la permanence des soins <input type="checkbox"/> Directives anticipées relatives aux conditions de fin de vie <input type="checkbox"/> Qualité de l'accueil/du relationnel avec les équipes <input type="checkbox"/> Qualité de la prise en charge para-médicale | <input type="checkbox"/> Information du malade/de la famille <input type="checkbox"/> Prise en charge de la douleur <input type="checkbox"/> Accès au dossier médical du patient <input type="checkbox"/> Qualité de la prise en charge médicale |
|--|---|

Z-3/ Lister les recommandations :

Z-4/ Taux de mise en place des recommandations (année n-1) en % :

Y-5/ Etat d'avancement de la mise en oeuvre des recommandations

- | | |
|-------------------------------|----------------------------------|
| <input type="radio"/> Achevée | <input type="radio"/> En cours |
| <input type="radio"/> Prévus | <input type="radio"/> Abandonnée |

Z-6/ Pour terminer, avez-vous des besoins pour animer, dynamiser, organiser votre commission des usagers ? Oui Non

Z-6/ a- Si oui, merci de préciser vos besoins :

Nous vous remercions de l'attention portée au remplissage de questionnaire.

Précédent

#%#

Suivant

AVERTISSEMENT : il vous est fortement recommandé d'imprimer ce questionnaire une fois rempli avant sa validation finale.

L'enquête ainsi imprimée vous permettra de justifier de la réalisation du rapport relatif à la CDU de votre établissement.

ATTENTION : après validation, le questionnaire ne pourra plus être imprimé.

**Cliquer ici pour
imprimer votre
questionnaire**



**Merci de valider vos réponses
en cliquant sur le bouton
ci-dessous.**

Valider

Précédent

#%#

##%

Suivant

Précédent

#%#

Suivant

AVERTISSEMENT : il vous est fortement recommandé d'imprimer ce questionnaire une fois rempli avant sa validation finale.

L'enquête ainsi imprimée vous permettra de justifier de la réalisation du rapport relatif à la CRUQPC de votre établissement.

ATTENTION : après validation, le questionnaire ne pourra plus être imprimé.

**Cliquer ici pour
imprimer votre
questionnaire**



**Merci de valider vos réponses
en cliquant sur le bouton ci-dessous.**

Valider

Précédent

#%#