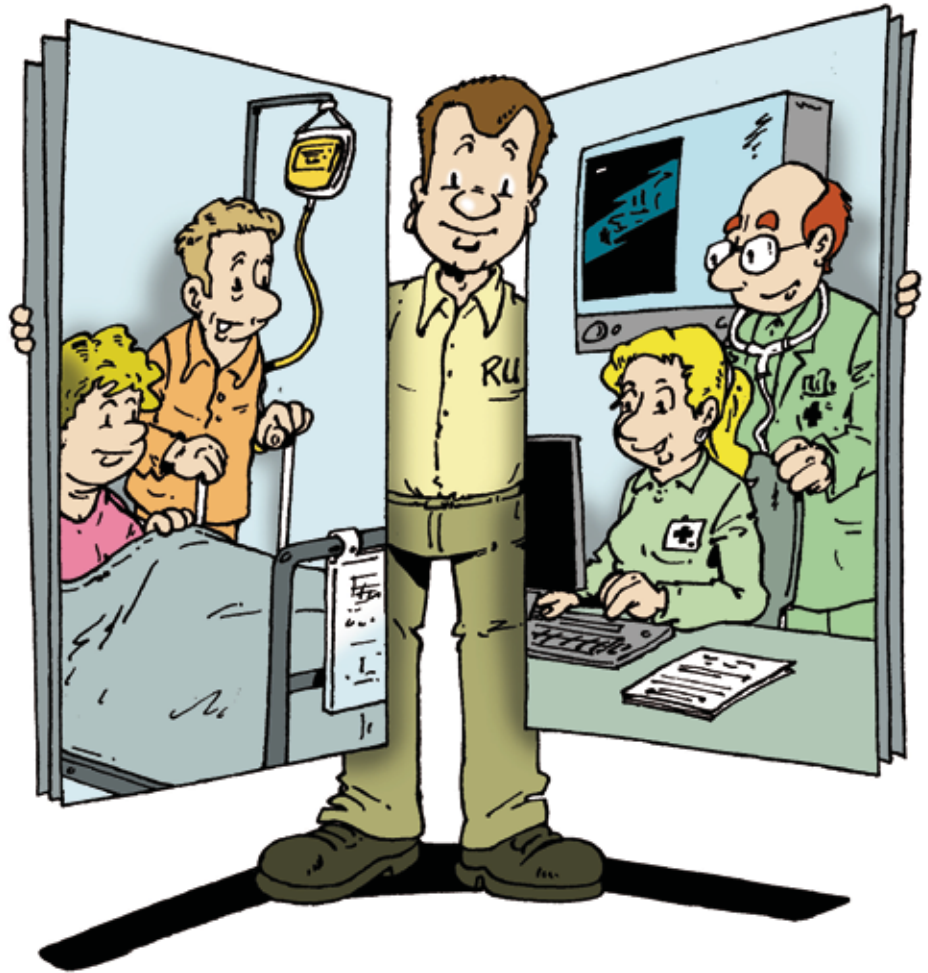


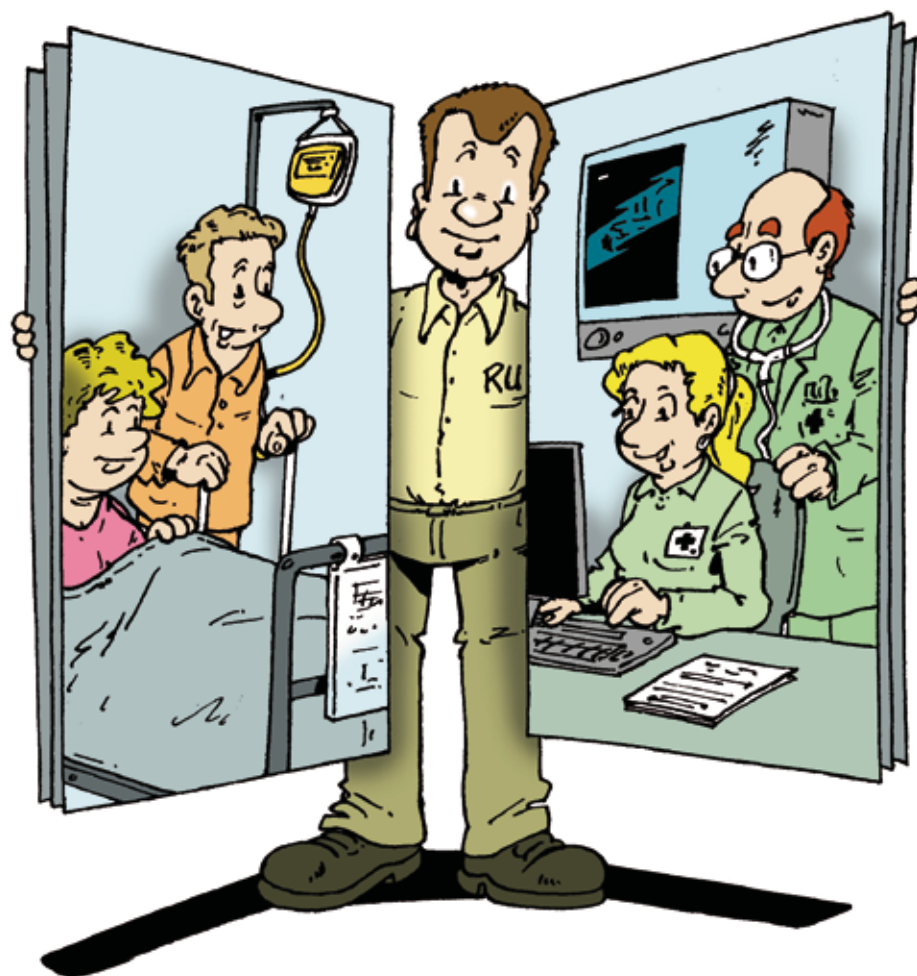
Collectif
Interassociatif
Sur la
Santé



3^e
ÉDITION



Guide du représentant des usagers en CRUQPC



Guide du représentant des usagers en CRUQPC

Ce guide a été élaboré grâce à Nicolas Brun, Sylvain Fernandez-Curiel, Stéphane Gobel, Florence Navattoni, Marc Paris, Jean-Luc Plavis, Martine Séné-Bourgeois, Jean Wils, ainsi que de nombreux RU venus se former et échanger sur leurs pratiques au CISS. Qu'ils soient ici remerciés.

Les illustrations de ce guide sont de Alain Hure.

Édito

Quoi de plus agréable pour des auteurs que de voir une demande de réédition de leur travail. En effet, malgré un tirage important de départ le « guide du représentant des usagers au sein d'une CRUQPC » doit être réédité.

Ce succès n'est pas anodin. Il signifie que cette représentation est particulière à plusieurs titres. La commission des relations avec les usagers et de la qualité de la prise en charge est le lieu où, professionnels de santé, équipes de direction, médiateurs et représentants des usagers peuvent écouter la parole des usagers et de leurs proches, analyser leurs demandes, leurs besoins, leurs remarques, leurs doléances, leurs propositions, leurs remerciements. Ceci est primordial, une organisation qui ne ferait pas ce travail de réappropriation ne serait pas digne des missions qui lui sont confiées. Il ne peut y avoir de démarche qualité sans cette réappropriation par l'ensemble des acteurs, et la CRUQPC est le lieu adéquat pour ce travail.

La CRUQPC est également un lieu de dialogue, d'échanges de points de vue, de réflexions communes visant à impulser un mouvement d'amélioration continue des pratiques et des prises en soins. C'est pourquoi, il est essentiel qu'elle soit associée le plus étroitement à l'élaboration du programme accueil, qualité et sécurité de l'établissement. Il est impératif que les membres de la CRUQPC puissent dialoguer avec les autres instances des établissements que sont les CME (commission ou conférence médicale d'établissement), ou encore les CSIRMT (Commission des Soins Infirmiers, de Rééducation et Médico-Techniques) et co-construire ensemble ces programmes.

Mais la CRUQPC pâtit malgré son importance, à la fois d'un déficit chronique de notoriété, tant auprès des usagers que des professionnels de santé, et d'un positionnement dans le processus de détermination des stratégies des établissements peu clair et donc peu efficace.

La CRUQPC devra donc évoluer dans les mois ou les années à venir. Elle se parera peut-être d'un nouveau nom, elle verra sans doute ses missions être complétées par de nouvelles, elle devra s'ouvrir à des problématiques qui apparaissent sur le territoire où se trouve l'établissement dans lequel elle siège, elle devra prendre en compte tous les aspects d'une organisation réalisée autour de l'aménagement d'un parcours de santé.

Il n'en restera pas moins qu'elle sera toujours au cœur de la démocratie sanitaire et de la mission des représentants des usagers car elle est le lieu où la parole des usagers s'exprime. C'est pourquoi il est si important de se former afin de connaître toutes les possibilités que cette commission nous offre afin de contribuer à une meilleure prise en soin des usagers du système de santé que nous représentons, c'est tout le sens de notre action.

Merci encore pour votre investissement.

Nicolas Brun, *Président d'honneur du CISS*
Chargé de mission UNAF
Représentant des usagers à la CRUQPC
de l'hôpital Ambroise-Paré
à Boulogne-Billancourt

Sommaire

1. Historique, rôle et missions de la CRUQPC

1.1 De la commission de conciliation à la CRUQPC, un peu d'histoire...	8
1.2 Le cadre juridique et les principaux objectifs de la CRUQPC	9
1.3 De quoi parle-t-on en CRUQPC ?	11

2. Rôle et mission du RU

2.1 Qu'attend-on de moi ? Quel est mon rôle au sein de la CRUQPC ?	12
Qu'apportent les représentants des usagers dans la relation soignés-soignants ou soignés-institutions ?	13
Votre rôle effectif	13
2.2 Comment suis-je nommé ?	14
Les représentants d'usagers sont nommés par le directeur de l'ARS	14
Les représentants d'usagers doivent être issus d'associations de santé agréées	15
2.3 Comment prendre mes fonctions ?	15
Demandez à visiter l'hôpital	15
Rencontrez dans un premier temps	15
Informez-vous	16
Donnez-vous des priorités	16
Préparez vos questions	16
Formez-vous	16
2.4 Au nom de qui m'exprimer ?	16
Est-ce que je m'exprime au nom de mon association d'origine ?	17
Et le CISS dans tout ça ?	17
2.5 Concrètement, que dois-je dire ? Quels messages dois-je faire passer ?	17
Les droits des usagers ?	18
Le code de la santé publique	18
La charte du patient hospitalisé	19
La charte européenne	19

3. La CRUQPC au quotidien

3.1 Avec qui vais-je travailler ? Les autres acteurs de la CRUQPC	20
Les membres de la CRUQPC	21
Les membres obligatoires	21
Le directeur	21
Les médiateurs	22
Comment sont-ils choisis ?	22
Qui sont les autres acteurs de l'hôpital avec qui échanger ?	23
La commission médicale d'établissement et son président	23
Le directeur des soins	23
Le responsable qualité de l'hôpital	23
Le chargé des relations avec les usagers	24
Les autres commissions	24
Les responsables de pôle, chefs de service	24
3.2 Dois-je rencontrer les usagers ?	25
Comment me faire connaître ?	25
Organiser une permanence ?	26
Aller à la rencontre des usagers	27
Le lien avec les autres associations	27
Échangez avec d'autres associations	28
Utilisez la compétence des associations à la CRUQPC	28
3.3 Que doit contenir le règlement intérieur de la CRUQPC ?	28
Les modalités d'accès au contenu des plaintes	28
Les convocations aux réunions	29
L'ordre du jour	30
Le compte rendu	30
Durant les réunions	30
On ne peut être juge et partie	30
En cas de vote	31
La logistique	31

3.4 Comment se passe une réunion de CRUQPC ?	32
3.5 Ai-je le droit d'avoir accès aux plaintes des usagers et aux données médicales ?	33
L'accès aux lettres de plaintes	33
Et si l'établissement refuse ?	34
3.6 Que puis-je dire de mon action en CRUQPC ? Suis-je astreint à la confidentialité ?	34
3.7 Comment les plaintes et réclamations doivent-elles être traitées ?	36
Le parcours d'une plainte	36
1/ Le dépôt de la plainte	36
2/ La consignation de la plainte	36
3/ L'examen de la plainte dans l'établissement	36
4/ L'examen de la plainte par la CRUQPC	37
Votre regard sur la plainte	38
Et s'il n'y a pas de plaintes ou de réclamations dans mon établissement ?	38
3.8 Dois-je assister aux médiations ?	39
3.9 Comment travailler sur la qualité de la prise en charge ?	40
Analyser les plaintes dans une optique de résoudre les problèmes futurs	40
Questionnaires de sortie et enquêtes de satisfaction	41
Comment la lecture, l'analyse et la synthèse des plaintes peuvent informer sur la qualité ?	41
Voici un exemple de tableau de suivi	42
3.10 Comment travailler sur le livret d'accueil ?	42
Le livret d'accueil de mon établissement est-il conforme à la législation ?	42
3.11 Dois-je intervenir sur la certification ?	45
Qu'est-ce que c'est ?	45
Quels sont les établissements concernés ?	45
Comment ça se passe ?	45
Quel est l'intérêt de la certification pour l'utilisateur ?	45
À quels critères dois-je faire attention ?	46
Quelle est ma place de RU dans la démarche ?	46
Comment faire vivre la démarche après l'obtention de la certification ?	47
Quelles sont les limites de la démarche ?	47
Comment utiliser la démarche de certification pour faire évoluer les pratiques de la CRUQPC ?	47
3.12 Quelles sont les obligations de l'établissement en matière de publication d'indicateurs qualité ?	48
Liste obligatoire pour les établissements de santé concernés par le recueil de ces indicateurs (liste valable au 1 ^{er} janvier 2011)	48
3.13 Comment travailler sur le rapport annuel ?	49
Que doit-il contenir ?	50
À éviter	50
Puis-je intervenir dans la rédaction du rapport annuel de la CRUQPC ?	50
Où va le rapport annuel après sa rédaction ?	50
3.14 Comment rendre compte de mon mandat ?	51
À qui rendre compte ?	51
1/ À votre association	51
2/ Aux acteurs de l'établissement	52
3.15 Comment mettre fin à mon mandat ?	52

Annexes

Annexe 1 - Supplément : cruQ-Quizz	54
Annexe 2 - Glossaire	55
Annexe 3 - Charte de la personne hospitalisée	56
Annexe 4 - Lettre d'accès au dossier médical	57
Annexe 5 - Exemple de fiche de demande de remboursement de frais	58
Annexe 6 - Bibliographie / Webographie	59
Annexe 7 - Coordonnées des CISS régionaux	60
Annexe 8 - Santé Info Droits	62

Historique, rôle et missions de la CRUQPC

1.1/ DE LA COMMISSION DE CONCILIATION À LA CRUQPC, UN PEU D'HISTOIRE...

Avec l'irruption du SIDA dans le paysage sanitaire, le monde associatif s'est transformé et s'est positionné comme un interlocuteur incontournable des pouvoirs publics et des professionnels de santé. Dans une situation d'égale ignorance entre le corps médical et les malades atteints de SIDA, les patients se sont regroupés pour s'entraider. À l'instar des associations de séropositifs, les autres associations ont alors défendu l'image d'un malade acteur de santé, restant un citoyen avec des droits, notamment le droit de décider pour lui-même. Ce refus de la relation paternaliste impliquait alors un renouveau du dialogue entre les professionnels et le patient.

Ce mouvement de revendication s'est prolongé en s'appuyant sur les ordonnances dites Juppé, d'avril 1996. Celles-ci posaient les premières pierres d'une représentation des usagers et positionnaient pour la première fois le malade, la personne hospitalisée comme une source d'information sur la qualité de la prise en charge, avec la mise en place des questionnaires de satisfaction. Parmi les outils prévus pour faire entendre le point de vue des usagers, les ordonnances de 1996 ont mis en place une commission de conciliation dans les établissements de santé.

Mais très vite, sur la forme, la commission de conciliation va être réduite à un rôle d'enregistrement des réclamations. Tandis que sur le fond elle va être confrontée à une épineuse difficulté : l'hôpital étant juge et partie, la commission ne pouvait remplir un rôle de conciliation. En effet, une démarche de conciliation repose sur un principe d'indépendance du conciliateur et nécessite donc l'intervention d'un tiers, c'est-à-dire extérieur au lieu du conflit. Or la commission de conciliation n'était claire sur aucune de ces dimensions.

Il reste que cette expérience d'institutionnalisation d'une commission centrée sur le respect des droits des usagers a été considérée comme une avancée importante qui devait être pérennisée et permettre de lancer une dynamique ne se résumant pas à un rôle d'enregistrement des réclamations.

Le rapport Caniard préparatoire à l'élaboration de la loi du 4 mars 2002 a plaidé pour la révision du dispositif et demandait à créer les conditions d'un véritable dialogue à l'intérieur des établissements.

Ceci a abouti au dispositif suivant :

Quelle instance ?	Où ?	Pour quoi faire ?
CRCI en formation de conciliation	À l'extérieur de l'hôpital	Conciliation au sens propre
CRCI en formation d'indemnisation	À l'extérieur de l'hôpital	Indemnisation
CRUQPC	À l'intérieur de tous les établissements de santé quel que soit leur statut	Dialogue et information

NB : Dans les faits la conciliation est très peu utilisée par les CRCI.

1-2/ LE CADRE JURIDIQUE ET LES PRINCIPAUX OBJECTIFS DE LA CRUQPC

LA CRUQPC EN BREF	
Textes	Décret n° 2005-213 du 2 mars 2005.
Mission	Veiller au respect des droits des usagers et faciliter leur démarche Contribuer par ses avis et propositions à la politique d'accueil et de prise en charge des personnes malades et de leurs proches.
Composition	Au minimum : - Le représentant légal de l'établissement ou la personne qu'il désigne à cet effet, président. - Deux médiateurs et leurs suppléants, désignés par le représentant légal de l'établissement. - Deux représentants des usagers et leurs suppléants, désignés par le directeur de l'agence régionale de l'hospitalisation. - Présence du responsable de la politique qualité, avec voix consultative. - Le règlement intérieur de l'établissement peut compléter la composition de la commission.
Fonctionnement	4 réunions par an.

Le principal objectif de la mise en place de la CRUQPC est de créer un espace de débat qui incite au dialogue et aux échanges entre les professionnels et les usagers. Plus encore, il s'agit de faire entrer le point de vue de l'utilisateur dans l'évaluation du fonctionnement et de l'organisation hospitaliers à proprement parler et de construire la politique qualité en partie à l'aune de ce regard. Cette volonté a encore été renforcée par la loi portant réforme de l'hôpital et relative aux patients, à la santé et aux territoires (HPST) du 21 juillet 2009 qui prévoit que la CME, en charge d'un programme d'actions relatif à la qualité des soins, la sécurité des patients et les conditions de leur prise en charge, tient compte du rapport de la CRUQPC et consulte ses membres lors de l'élaboration de son programme d'actions.

L'hôpital est un lieu qui a été longtemps renfermé sur lui-même. L'arrivée des représentants d'utilisateurs a permis l'introduction d'un tiers dans les établissements de santé. La CRUQPC est censée être le lieu emblématique qui permet au dialogue de se construire entre les usagers et les professionnels.

CE QUE DIT LA LOI

La CRUQPC est prévue par la loi du 4 mars 2002 et mise en œuvre avec le décret du 2 mars 2005. Au sein du code de la Santé publique, placé dans le chapitre sur les droits individuels, la CRUQPC est considérée d'emblée comme un outil de promotion du respect des droits des usagers. Par cette place dans le texte, elle sous-entend à la fois que la qualité de la prise en charge est un droit pour les usagers mais également que le regard des usagers sur leur

En partant notamment des réclamations et des témoignages de remerciement, les échanges au sein de la CRUQPC permettent d'analyser les organisations professionnelles en fonction des préoccupations des usagers. En discutant collectivement les plaintes et réclamations, la CRUQPC peut alors augurer une nouvelle culture à l'hôpital.

Le décret instaure la CRUQPC comme une instance présidée par le directeur de l'établissement ou par son représentant. Elle a un pouvoir d'action pour initier une politique transversale à l'établissement. Elle est en situation de porter un regard sur l'ensemble des activités de l'établissement, notamment celles des services.

Elle est reliée au conseil de surveillance (CS) qui débat de son rapport annuel. La commission médicale d'établissement (CME) s'appuie sur ses recommandations pour élaborer sa propre politique de qualité et gestion des risques. Son rapport annuel est ensuite envoyé à la Conférence Régionale de Santé et de l'Autonomie et à l'Agence Régionale de Santé qui est chargée d'élaborer une synthèse.

prise en charge est un des éléments permettant d'évaluer sa qualité.

Le ministère de la Santé a complété le décret par la rédaction de deux guides : un sur la gestion des plaintes, l'autre sur la rédaction du rapport de la CRUQPC.

ARTICLE L1112-3 DU CODE DE LA SANTÉ PUBLIQUE

[...]

Dans chaque établissement de santé, une commission des relations avec les usagers et de la qualité de la prise en charge a pour mission de veiller au respect des droits des usagers et de contribuer à l'amélioration de la qualité de l'accueil des personnes malades et de leurs proches et de la prise en charge. Cette commission facilite les démarches de ces personnes et veille à ce qu'elles puissent, le cas échéant, exprimer leurs griefs auprès des responsables de l'établissement, entendre les explications de ceux-ci et être informées des suites de leurs demandes.

Elle est consultée sur la politique menée dans l'établissement en ce qui concerne l'accueil et la prise en charge, elle fait des propositions en ce domaine et elle est informée de l'ensemble des plaintes ou réclamations formées par les usagers de l'établissement ainsi que des suites qui leur sont données. À cette fin, elle peut avoir accès aux données médicales relatives à ces plaintes ou réclamations, sous réserve de l'obtention préalable de l'accord écrit de la personne concernée ou de ses ayants droit si elle est décédée. Les membres de la commission sont astreints au secret professionnel dans les conditions définies par les articles 226-13 et 226-14 du code pénal.

Le conseil de surveillance des établissements publics de santé ou une instance habilitée à cet effet dans les établissements privés délibère au moins une fois par an sur la politique de l'établissement en ce qui concerne les droits des usagers et la qualité de l'accueil et de la prise en charge, sur la base d'un rapport présenté par la commission des relations avec les usagers et de la qualité de la prise en charge. Ce rapport et les conclusions du débat sont transmis à la conférence régionale de la santé et de l'autonomie et à l'agence régionale de santé qui est chargée d'élaborer une synthèse de l'ensemble de ces documents.

[...]

EN BREF : LES ACTIONS QUE LA LOI CONFIE À LA CRUQPC

- L'examen des plaintes et réclamations hors recours gracieux et contentieux.
- L'appréciation des pratiques sur les droits des usagers et la qualité de la prise en charge.
- Le recensement et l'évaluation des mesures adoptées sur les questions précédentes.
- La formulation de recommandations sur la formation des personnels dans ces domaines.
- L'élaboration annuelle d'un rapport sur l'exercice de ses missions.
- Elle contribue à l'élaboration du programme d'actions visant à mettre en place une politique d'amélioration continue de la qualité et de la sécurité des soins ainsi que des conditions d'accueil et de prise en charge des usagers.

LES PRINCIPALES ACTIVITÉS DE LA CRUQPC

- La consultation permanente du registre des réclamations.
- La synthèse annuelle des réclamations.
- Les mesures relatives à la politique d'amélioration continue de la qualité.
- L'évaluation de la politique de communication des dossiers aux patients.
- Les résultats des enquêtes de satisfaction et des questionnaires de sortie.
- La synthèse des recours gracieux et juridictionnels formulés contre l'établissement.

LA PRÉSENCE DES REPRÉSENTANTS DES USAGERS AU SEIN DES ÉTABLISSEMENTS DE SANTÉ

Vous êtes concerné en premier chef par la CRUQPC, au sein de laquelle vous avez une voix délibérative : des RU (représentants des usagers) siègent aussi au conseil de surveillance de l'établissement de santé, quand l'établissement est public.

Ils peuvent également siéger au sein d'autres commissions facultatives ; néanmoins, si elles existent dans votre établissement, vous avez tout intérêt à vous intéresser aux sujets qu'elles abordent :

- le CLIN*
- le CLAN*
- le CLUD*

Dans les établissements publics, il peut exister une commission de l'activité libérale qui vérifie si cette activité est effectuée dans les règles au sein de l'établissement.

Un représentant des usagers siège obligatoirement dans cette commission.

* cf. "Glossaire" page 55.

1.3/ DE QUOI PARLE-T-ON EN CRUQPC ?

De tout ! Vous aborderez tous les aspects de la vie du patient et de sa famille à l'hôpital, c'est ce qui rend votre mandat passionnant. Les droits du patient et la qualité de la prise en charge se déclinent dans

tous les aspects du quotidien.

Selon votre sensibilité, selon la manière dont l'hôpital fonctionne, vous pourrez parler par exemple de :

L'accueil et l'administratif

La qualité de l'accueil
Les délais d'attente

Les honoraires et la facturation
Les conditions de l'admission...

Concernant le domaine médical

Les actes médicaux*
Le diagnostic médical*
Le recueil du consentement du patient sur les soins et traitements
Secret médical-confidentialité
Communication de l'information médicale

Communication de l'information sur les droits
Accès au dossier médical
Relations avec le médecin
Les infections nosocomiales
Les événements indésirables (EI et EIG, pour événements indésirables graves)

Les soins

Les actes paramédicaux*
Relations avec le personnel soignant
Coordination interne dans la chaîne des soins
Relations avec le personnel non soignant

Prise en charge de la douleur
Orientation après la prise en charge dans l'établissement
Préparation de la sortie de l'établissement
Bienveillance / Maltraitance

* Possibilité de questionner le médiateur sur ces aspects.

La vie quotidienne à l'hôpital

Vols, perte d'objets ou de vêtements
Identification des patients
Signalétique / orientation dans l'établissement
Accessibilité aux personnes en situation de handicap

Respect de la dignité de la personne hospitalisée
L'hôtellerie - restauration
Relations avec les autres patients

Reprenez cette liste ; si vous n'avez jamais eu à discuter ou à intervenir sur l'un ou l'autre de ces thèmes, l'action de la CRUQPC est peut-être déconnectée de la vie de l'hôpital, ou les informations qui vous sont transmises sont parcellaires.



Rôle et mission du RU

2.1 Qu'attend-on de moi ? Quel est mon rôle au sein de la CRUQPC ?

ARTICLE L1112-3 DU CODE DE LA SANTÉ PUBLIQUE

Dans chaque établissement de santé, une commission des relations avec les usagers et de la qualité de la prise en charge a pour mission de veiller au respect des droits des usagers et de contribuer à l'amélioration de la qualité de l'accueil des personnes malades et de leurs proches et de la prise en charge. Cette commission facilite les démarches de ces personnes et veille à ce qu'elles puissent, le cas échéant, exprimer leurs griefs auprès des responsables de l'établissement, entendre les explications de ceux-ci et être informées des suites de leurs demandes.

Elle est consultée sur la politique menée dans l'établissement en ce qui concerne l'accueil et la prise en charge, elle fait des propositions en ce domaine et elle est informée de l'ensemble des plaintes ou réclamations formées par les usagers de l'établissement ainsi que des suites qui leur sont données.

Le représentant des usagers défend les droits et les intérêts des usagers d'un établissement, ce qui passe par le fait de prendre la parole en leur nom lors des réunions de la CRUQPC, mais aussi par le fait de faire entendre au quotidien leur point de vue aux professionnels pour améliorer la qualité de la prise en charge.

Les occasions ne manquent pas ! Le RU est, en général, un bénévole qui peut consacrer beaucoup de temps à une présence sur le terrain, nécessaire pour rencontrer les usagers. Il lit les dossiers préparatoires aux réunions, se documente sur les questions traitées pour intervenir avec pertinence auprès des professionnels, suit l'évolution légale du système de santé, se forme à ces multiples activités.

Tout patient, sa famille ou ses amis, peut contacter un RU de l'établissement, pour s'informer et lui faire part d'une situation plus ou moins délicate à résoudre. Il contribue ainsi à l'amélioration concrète de la qualité des soins.

Le RU est également attendu pour faire part de ses observations sur les points forts et les points faibles de l'établissement et le cas échéant proposer des

pistes d'amélioration concernant les seconds, notamment par l'intermédiaire du rapport annuel de la commission.

S'il est difficile de cerner le rôle du RU en aucun cas vous n'êtes :

- un médecin : vous n'avez pas à avoir de connaissances médicales ;
- un médiateur, chargé de trouver une issue à des conflits ;
- un gestionnaire d'hôpital ;
- un responsable qualité, chargé de mettre en place des procédures ;
- une infirmière ;
- un chargé d'accueil.

Vous êtes celui qui, sur les activités de ces différentes personnes, pose le regard de l'usager, fait prendre conscience aux professionnels que derrière la maladie il y a un malade, qui demande à être soigné mais pas dans n'importe quelles conditions, un usager qui n'est pas un client mais une personne avec son histoire, ses besoins, ses demandes, qui doivent être entendus.

Qu'apportent les représentants des usagers dans la relation soignés-soignants ou soignés-institutions ?

C'est en se situant sur le terrain de l'atteinte à la dignité de la personne ou du manque de considération du malade que les représentants des usagers peuvent ébranler les certitudes des personnels (soignants et administratifs), pris dans une organisation et une logique qui leur sont propres.

C'est en cherchant un terrain de compromis par une négociation des points de vue que des mesures d'amélioration pourront être décidées par les établissements de santé.

Votre rôle effectif

Les textes sont clairs sur la place des représentants des usagers dans la CRUQPC : ils font partie des membres de la commission, au même titre que les médiateurs et le directeur de l'établissement. Ils ont accès à tous les documents nécessaires afin de leur permettre d'évaluer la qualité. Ainsi les représentants des usagers ont une place centrale. Cependant, les textes ne permettent pas à eux seuls de garantir une effectivité des dispositifs : ils créent le squelette, reste à l'habiller de chair.

Votre rôle effectif dépendra à la fois :

- de ce que la loi vous autorise à faire;
- de vous : votre investissement personnel en temps, de vos compétences, des sujets auxquels vous êtes particulièrement sensible;
- de la manière dont l'établissement et son personnel vous permettent d'agir.

Ce rôle peut évoluer avec le temps. Il se construit et se négocie au quotidien, en interaction avec les usagers et les professionnels.

COMBIEN DE TEMPS CELA ME PRENDRA-T-IL ?

Il est difficile de chiffrer le temps à consacrer à cette mission : cela dépend de votre investissement, mais aussi des besoins de l'établissement, de sa taille.

A minima, il faut compter, pour répondre aux exigences de la loi, 8 à 10 jours par an. Mais certains RU y passent beaucoup plus de temps : les jours de congé pour représentation accordés par la loi permettent d'être témoin de ce qui se fait dans l'établissement. Pour être plus efficace, il faut dans l'idéal compter consacrer environ deux jours par mois à cette mission, selon la taille, le fonctionnement de l'établissement et votre volonté de vous impliquer. À quoi s'ajoute la participation à des formations ou à des colloques.

- Vous n'avez pas à tout connaître, à tout savoir !

Le représentant des usagers ne doit pas, bien sûr, tout connaître de la vie de l'établissement.

- Prenez du recul par rapport à votre expérience personnelle

Votre expérience de l'hôpital n'est pas celle d'un autre usager. Il est en particulier difficile, quand on est porteur d'une maladie particulière, de se mettre à la place d'un autre usager.

- Demandez à l'établissement les moyens d'assurer votre mission : accès aux informations, convocation en temps et en heure, remboursement de vos frais de déplacement, mise à disposition d'un lieu de rencontre avec certains patients qui le désirent, information des patients sur l'identité des RU et leur rôle (livret d'accueil...).

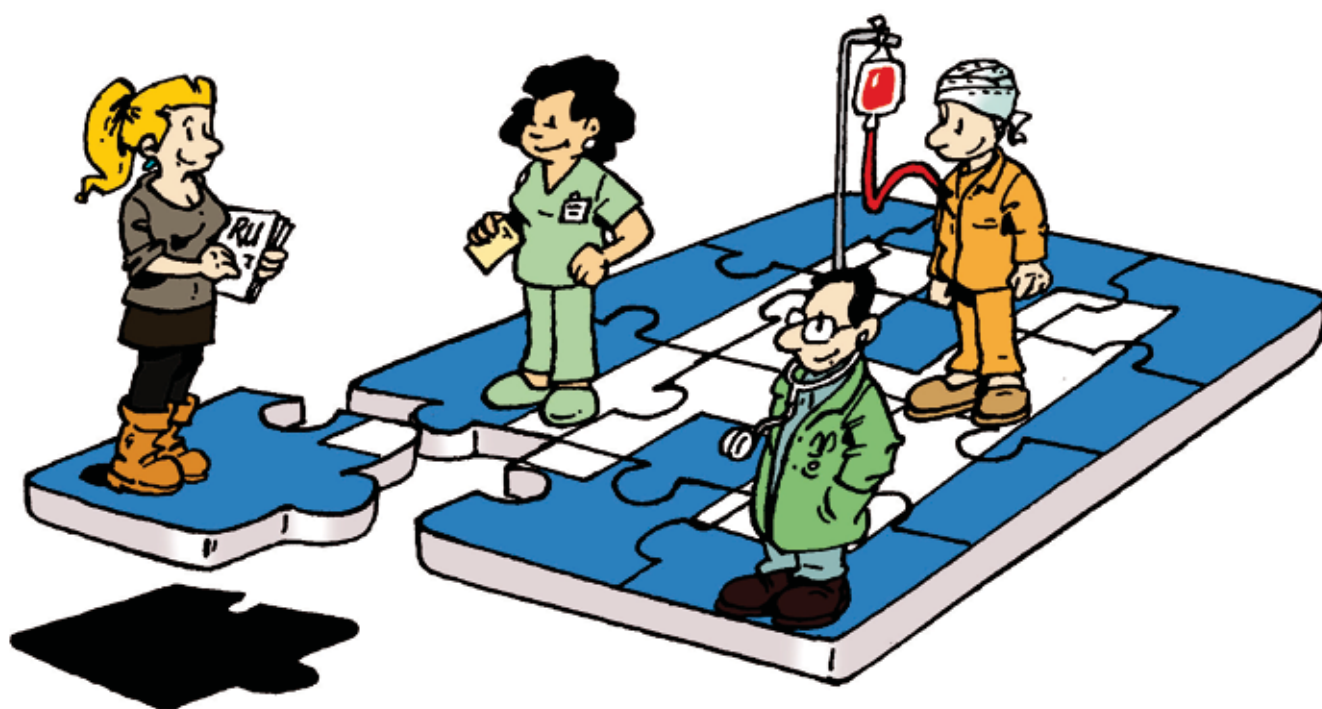
EN PRATIQUE

2.2 Comment suis-je nommé ?

ARTICLE R1112-83 DU CODE DE LA SANTÉ PUBLIQUE

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

Toutefois, lorsque les personnes siégeant en qualité de représentants des usagers au sein du conseil d'administration ou de l'organe collégial qui en tient lieu dans l'établissement considéré demandent à siéger à ce titre au sein de la commission, le directeur de l'agence est dispensé de solliciter de telles propositions.



Les représentants d'usagers sont nommés par le directeur de l'ARS

En pratique, c'est bien souvent le directeur de l'établissement qui propose votre candidature à l'ARS. Dans certains cas, l'ARS ou l'établissement s'adresse au CISS régional ou à votre association si elle est agréée pour lui faire part des postes à pourvoir.

Les représentants des usagers membres du conseil de surveillance de l'établissement (ou de l'instance qui en tient lieu) sont prioritaires pour siéger dans

la CRUQPC. Si c'est votre cas et que vous souhaitez y siéger, faites-le savoir au directeur de l'établissement. Vous pourrez siéger en CRUQPC lorsque les personnes en place, s'il y en a, arriveront en fin de mandat.

Vous n'êtes bien évidemment pas obligé de siéger dans ces deux instances !

Contactez votre CISS régional ou votre association si vous souhaitez devenir RU dans d'autres établissements. Il connaît bien souvent les postes à pourvoir. Une fois votre nomination définitive, faites-vous connaître de votre CISS régional (coordonnées disponibles sur le site internet www.leciss.org). Il tient à jour un annuaire des représentants des usagers, pourra vous aider à rencontrer d'autres RU, à vous informer et à vous former. Votre association peut également réunir l'ensemble de ses représentants afin qu'ils puissent partager sur leurs expériences.

Les représentants d'usagers doivent être issus d'associations de santé agréées

Comme dans les autres instances, les représentants d'usagers sont nommés au titre de leur association mais ont pour mission de représenter l'ensemble des usagers.

Les associations de santé agréées sont les seules à pouvoir mandater des représentants des usagers en CRUQPC.

L'AGRÈMENT DES ASSOCIATIONS DE SANTÉ

Cet agrément est attribué par le ministère de la santé ou le préfet de région, après l'avis de la commission nationale d'agrément. L'agrément est donné sur un plan national ou régional. Les conditions d'agrément sont :

- l'activité effective et publique de l'association en vue de la défense des droits des personnes malades et des usagers du système de santé ;
- les actions de formation et d'information conduites ;
- la représentativité de l'association ;
- l'indépendance ;
- la transparence de gestion.

Elles sont fixées par l'article L. 1114-1 du code de la Santé publique.

POUR ALLER PLUS LOIN

Ces conditions sont précisées dans le décret n° 2005-300 du 31 mars 2005 relatif à l'agrément des associations (art. R.1114-1 à R.1114-4) Circulaire DGS/SD1B n° 2006-124 du 10 mars 2006 relative à l'agrément des associations représentant les usagers dans les instances hospitalières ou de santé publique Voir le *Guide CISS du représentant des usagers du système de santé* - 2011, p. 36 à 40.

Comment prendre mes fonctions ?

Prendre ses fonctions ne s'improvise pas : donnez-vous le temps de faire connaissance et de prendre vos marques.

Demandez à visiter l'hôpital

La connaissance des lieux, de leur configuration et des difficultés techniques possibles, aide à comprendre certaines problématiques rencontrées par les professionnels et les usagers. Rien n'empêche de demander à pouvoir bénéficier d'une « visite guidée » de l'hôpital au moment de la prise de

mandat dans un établissement. De même, si certaines difficultés ou certains sujets de plaintes paraissent récurrents, une visite ciblée sur les secteurs ou activités concernés peut apporter des éléments complémentaires.

Rencontrez dans un premier temps

- votre prédécesseur, ou les RU en fonction ;
 - le directeur de l'hôpital pour vous présenter et mieux le connaître, ainsi que l'organisation et les projets de l'établissement ;
 - les médiateurs, médicaux et non médicaux ;
 - le chargé de relations avec les usagers s'il existe.
- Demandez leurs coordonnées à l'établissement.

Faites-vous connaître des personnels, obtenez des informations, mais rassurez-les aussi : vous êtes le

représentant des usagers, et eux sont au service des usagers ; vous avez donc un objectif commun, la qualité de l'accueil et le respect des droits des usagers. Il ne s'agit pas de faire le travail à leur place ni de se présenter comme l'ennemi à abattre, il s'agit de montrer que l'on partage un projet commun tout en signifiant que vous saurez vous montrer ferme en cas de dysfonctionnement... mais également participatif dans le cadre de projets.

2.3

Informez-vous

- consultez l'organigramme de l'hôpital, et faites-le vous expliquer;
- lisez le rapport d'activité et ayez en tête les principaux chiffres-clés;
- consultez soigneusement le livret d'accueil;
- lisez les derniers comptes rendus de réunions de la CRUQPC et les derniers rapports annuels de la

- CRUQPC, ainsi que son règlement intérieur;
- repérez comment sont recueillies et traitées les informations qui seront à la base de votre travail : les réclamations, les plaintes, les questionnaires de sortie;
- si une maison des usagers existe dans votre établissement, rencontrez son équipe.

Donnez-vous des priorités

Il est difficile de cerner le fonctionnement réel de l'hôpital, au-delà de son organigramme. Vous repérez avec le temps quels sont vos alliés, quels sont les chantiers de fond qui vous permettront de mieux faire entendre la voix des usagers. Dans certains établissements, la certification sera une clé d'entrée. Dans d'autres, un travail avec les associations de bénévoles. Ailleurs, dans l'élaboration avec le président de la CME d'un projet médical plus centré sur

les usagers, ou encore une politique d'accueil plus rigoureuse et respectueuse des personnes.

Vous ne pourrez mener à bout tous les chantiers si vous ne déterminez pas quelques priorités. La lecture de ce guide, la connaissance des droits des malades, les rencontres, la formation vous permettront de les déterminer plus finement et de prendre vos fonctions progressivement.

Préparez vos questions

Il n'y a pas de honte à ne pas savoir ! Préparez vos entretiens et vos réunions en ayant à l'esprit que vous rencontrerez des techniciens dont vous ne maîtrisez pas le langage et le vocabulaire. Vous êtes

en droit d'attendre qu'ils soient compréhensibles. N'hésitez pas à les questionner. Votre force réside bien souvent dans votre regard neuf.

Formez-vous

Le CISS a une mission centrale de formation des représentants des usagers. Vous en trouverez le calendrier et le programme sur les sites internet et extranet du CISS.

Les CISS régionaux organisent eux aussi des rencontres et des formations propres. Prenez contact avec eux.

Votre association peut aussi vous proposer des formations à la représentation en général, et à la représentation en santé

Certains établissements de santé proposent eux-mêmes des formations pour les RU, ainsi que certaines collectivités territoriales.

POUR ALLER PLUS LOIN

Inscrivez-vous sur le site extranet du CISS. Sachez faire appel à *Santé Info Droits*, la ligne d'information du CISS sur toute question juridique ou sociale en lien avec la santé.

2.4 Au nom de qui m'exprimer ?

Vous vous exprimez au nom de tous les usagers :

- les malades porteurs d'une pathologie et ayant un rapport régulier avec l'établissement, membres ou non d'une association de patients;
- les patients venant de manière plus ponctuelle, pour une consultation ou une hospitalisation, ou aux urgences, qu'ils soient jeunes, âgés, handicapés,

croyants, athées...

- les proches des patients, familles ou amis qui viennent en visite;
- et toutes les personnes qui potentiellement pourraient faire partie de cette liste.

Soit, beaucoup de monde !

PROFESSIONNEL DE SANTÉ, PUIS-JE REPRÉSENTER LES USAGERS ?

Les professionnels de santé peuvent eux aussi faire partie d'une de ces catégories. Mais en tant que professionnels, leurs enjeux et intérêts sont bien souvent différents, voire dans certaines situations s'opposent à ceux des usagers : dans le cas d'une réclamation, dans le cadre d'une négociation budgétaire où les personnels auront intérêt à ce que l'argent soit affecté à la rénovation de la cantine du personnel plutôt qu'à celle des usagers, aux salaires plutôt qu'à la construction d'un bâtiment, à une organisation des activités plus simple pour les soignants, mais fournissant un service de moindre qualité aux usagers... Les syndicats, professionnels ou non, défendent leurs intérêts, ils sont là pour cela, le RU doit les respecter et ne pas empiéter sur leur mission !



Anciens professionnels de santé, vous pouvez représenter les usagers, mais plutôt dans un établissement où vous n'avez jamais travaillé. Néanmoins vous avez pour mission de représenter les patients et non vos anciens collègues. Vous devez adopter le point de vue de l'utilisateur et non celui du professionnel. Cette posture peut parfois être difficile, il faut en être conscient.

Est-ce que je m'exprime au nom de mon association d'origine ?

Bien sûr, ce sont vos associations agréées qui vous ont mandaté. Néanmoins, votre représentation est plus vaste : si l'accueil des diabétiques dialysés pose problème, sachez que celui des insuffisants

respiratoires et celle de l'utilisateur handicapé aussi, sans doute. Les questions de santé sont souvent transversales.



Veillez à être justes et équilibrés dans la défense des usagers ! Pour cela, établissez des liens avec les autres RU, et les autres associations qui accompagnent les patients au plus près, pour étayer vos positions et gagner en crédibilité. Pensez, quand vous vous saisissez d'une question, d'un problème spécifique à un usager ou à une catégorie d'utilisateurs, à examiner si elle se pose pour tous.

Et le CISS dans tout ça ?

Le Collectif interassociatif Sur la Santé regroupe des associations de patients, mais aussi des associations de consommateurs, des associations familiales, des associations de personnes handicapées ou âgées, des associations de victimes : il a donc une approche généraliste des questions, à l'image de la vôtre.

Il vous accompagne dans vos missions et met pour cela à votre disposition des ressources : informations, formations, réunions, au niveau national comme au niveau régional, pour vous aider à remplir vos missions le mieux possible.

POUR ALLER PLUS LOIN

www.leciss.org
www.leciss.org/extranet

Le CISS et vos CISS régionaux vous proposent des formations qui vous aident à cerner le rôle et la mission du RU.

Concrètement, que dois-je dire ? Quels messages dois-je faire passer ?

On ne peut répondre a priori à cette question : les droits et intérêts des usagers ne sont pas une doctrine définie abstraitement et *a priori*. C'est à la manière dont ils sont pris en compte concrètement, dans la vie de l'établissement, dans telle ou telle situation particulière dont vous êtes saisi, que vous devrez faire attention.

Néanmoins, vous pouvez vous appuyer sur quelques grandes notions générales, définies à la fois par :

- des grands principes éthiques, tels que l'autonomie, le respect dû à tout être humain ;
- des concepts juridiques, formulés par la loi : les droits des usagers ;
- des intérêts plus concrets, liés à la situation de la personne, avec ses enjeux et sa position propre dans un contexte et un environnement donnés, et en interaction avec d'autres acteurs qui peuvent avoir une vision, des valeurs, des intérêts divergents.

Les droits des usagers ?

De nombreux textes définissent les droits des usagers ; concrètement, vous utiliserez surtout les droits tels qu'ils sont énoncés dans trois textes dont vous pourrez vous réclamer :

- le code de la santé publique
- la charte du patient hospitalisé
- la charte européenne
- la charte de l'enfant hospitalisé

Le code de la santé publique

Les droits des usagers définis dans le code de la santé publique ont été formulés dans la loi du 4 mars 2002 dite « loi Kouchner. » Ils relèvent des droits fondamentaux de la personne humaine, mais

aussi de droits individuels. Enfin, certains textes concernant plus spécifiquement les personnes handicapées, les personnes âgées et les mineurs ont complété ce dispositif.

2.5



Les droits fondamentaux

- La non-discrimination
- Le droit à la protection de la santé

- Le respect de la dignité

Les droits individuels

- Le droit à l'information médicale
- Le droit de consentir aux soins
- Le droit de refuser des soins
- Le droit au respect du secret médical
- Le droit d'être accompagné par une personne de confiance
- L'accès au dossier médical

D'autres lois ont impacté le code la santé publique en matière de droits des patients, notamment la loi du 22 avril 2005 relative aux droits des malades

et à la fin de vie dite "loi Leonetti" qui a prévu ou précisé :

- le droit à la limitation ou l'arrêt des traitements couplé à des soins palliatifs et un accompagnement adapté;
- le droit à des traitements permettant de soulager la souffrance même s'ils ont pour conséquence d'abrèger la vie;
- le droit de rédiger des directives anticipées.

La charte du patient hospitalisé

Elle vous est présentée en annexe du présent guide.

La charte européenne

Elle définit 14 droits fondamentaux :

- Le droit à des mesures de prévention.
- Le droit d'accès.
- Le droit à l'information.
- Le droit au consentement.
- Le droit au libre choix.
- Le droit à la vie privée et à la confidentialité.
- Le droit à la « rapidité » [droit à recevoir les traitements nécessaires dans un temps déterminé et rapide].

- Le droit à l'observance de standards de qualité.
- Le droit à la sécurité.
- Le droit à l'innovation.
- Le droit d'éviter les souffrances inutiles et la douleur.
- Le droit à un traitement personnalisé.
- Le droit de réclamation.
- Le droit de compensation.

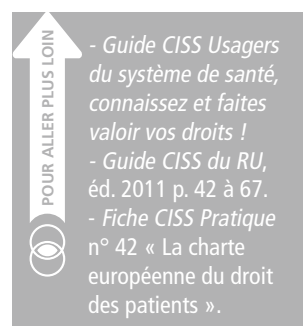
DOIS-JE TOUJOURS PRENDRE PARTI POUR L'USAGER ?

Il n'y a pas plusieurs camps qui s'affrontent, les usagers, les professionnels de santé et les professionnels administratifs. Et pourtant le RU peut se trouver dans une situation peu confortable voire particulièrement délicate.

Le représentant des usagers a vocation à porter la parole des usagers donc à prendre position voire prendre parti pour lui. Cependant, cette prise de parti a évidemment une limite, celle de la loi. En effet, il n'est pas envisageable que le représentant des usagers défende une position qui outrepasserait le cadre légal. Le représentant des usagers ne peut également cautionner une action portant une atteinte physique ou morale à des personnels de l'établissement ou d'autres usagers.

Le comportement supposé ou non de l'utilisateur ne peut être un motif de non-application des droits. Ainsi, par exemple, si un usager se plaint de ne pas avoir eu d'informations concernant sa date de sortie de l'hôpital, et qu'un personnel se justifie en disant : « mais il n'avait qu'à être plus aimable, je le lui aurais dit ! », vous pourrez répondre qu'on ne peut situer sur le même plan les attitudes des uns et des autres. Bien sûr, l'utilisateur a à respecter les règles de la politesse dans le cadre normal d'une relation. Mais ce n'est pas une raison suffisante pour le priver d'informations. C'est ce que l'on veut dire quand on refuse de parler. Si son comportement de non-politesse évolue vers la violence verbale et/ou physique, il s'agit alors de se référer au droit afin de déterminer l'attitude à adopter, sans priver la personne de ses droits. La privation des droits ne se décrète pas !

Pour en savoir plus : lisez le zoom de la page 58 dans le guide CISS *Usagers du système de santé, connaissez et faites valoir vos droits* !



UN PROGRAMME NATIONAL POUR LA SÉCURITÉ DES PATIENTS

Ce programme a été lancé en février 2013, il repose sur quatre axes :

- information du patient, le patient co-acteur de sa sécurité,
- améliorer la déclaration et la prise en compte des événements indésirables associés aux soins,
- formation, culture de sécurité, appui,
- innovation et recherche.

Ce programme compte de nombreux objectifs qui doivent être mis en œuvre dans le cadre de la stratégie nationale de santé par différents moyens (circulaires, textes réglementaires, projet de loi de santé publique...). Les représentants des usagers sont concernés par de nombreux objectifs. Il est ainsi prévu de faciliter l'accomplissement de vos missions et mieux faire connaître votre rôle, vous former à la sécurité des soins... Vous serez également amenés à être attentif à la mise en œuvre de certains aspects essentiels laissés à l'appréciation des établissements comme par exemple les modalités de recueil des anomalies repérées par les patients.

La production des différents outils est attendue à partir du deuxième semestre 2014 et s'étaler sur plusieurs mois voire années. Nous ne manquerons pas de vous tenir informés dans nos différents guides, fiches et formations.

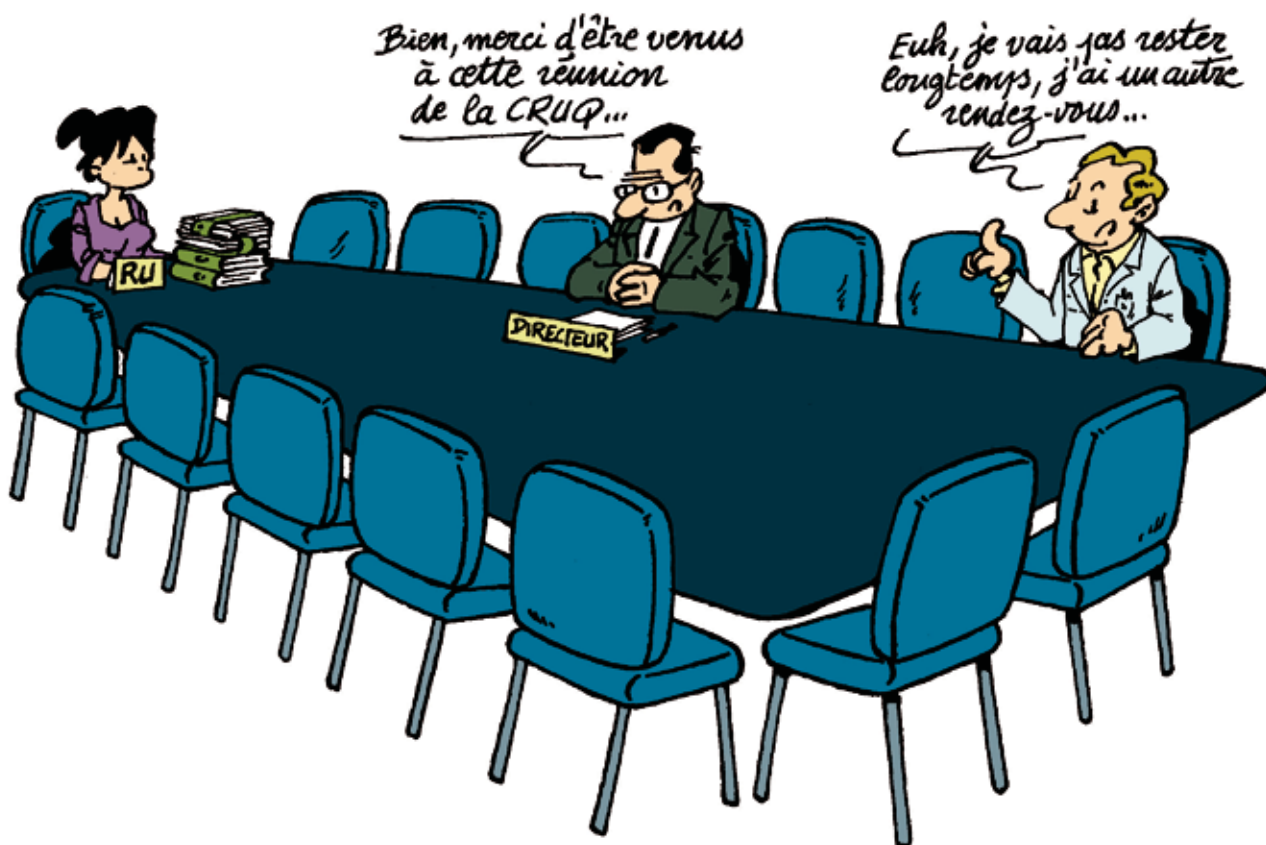
http://www.sante.gouv.fr/IMG/pdf/programme_national_pour_la_securite_des_patients_2013-2017-2.pdf

La CRUQPC au quotidien

3.1 Avec qui vais-je travailler ? Les autres acteurs de la CRUQPC

Vous allez bien sûr travailler de manière privilégiée avec les autres membres de la CRUQPC, en composition restreinte, dont les membres siègent obligatoirement, ou en composition élargie à d'autres acteurs de l'établissement.

Mais ce n'est pas tout : vous pouvez tisser des liens privilégiés avec d'autres interlocuteurs, en interne comme en externe, pour vous aider à remplir vos missions.



Les membres de la CRUQPC

	COMPOSITION MINIMALE	COMPOSITION ÉLARGIE
	<ul style="list-style-type: none"> - Le directeur ou son représentant - Le médiateur médical - Le médiateur non médical - 2 représentants des usagers (2 titulaires, 2 suppléants) - Le responsable qualité (voix consultative, cf. infra) 	<ul style="list-style-type: none"> - Le président de la commission médicale d'établissement ou un médecin membre - Un représentant de la commission des soins infirmiers, de rééducation et médico-techniques et son suppléant - Un représentant du personnel et son suppléant siégeant au sein du Comité Technique d'Établissement - Un représentant du Conseil de surveillance
<i>Décidée par</i>	La loi	Le règlement intérieur de l'établissement
<i>Statut des membres</i>	Présence obligatoire	Présence facultative
<i>Mode de participation</i>	Décident : voix délibérative	Donnent leur avis : voix consultative

NB : les CRUQPC en formation élargie des établissements dépendants de l'AP-HP et celles des établissements privés ont une composition un peu différente.

Vous pouvez demander que la CRUQPC se réunisse toujours en composition élargie. Les membres facultatifs participeront à la discussion et à l'élaboration des décisions, mais ne voteront pas, si vote il y a. Si le règlement intérieur de l'établissement ne le permet pas, il sera plus difficile de faire accepter son intervention. Consultez les RU qui siègent au conseil de surveillance de l'établissement.

La loi prévoit que la CRUQPC peut entendre toute personne compétente sur les questions à l'ordre du jour : ne vous privez pas, en fonction de cet ordre du jour, d'inviter régulièrement les acteurs clés de l'hôpital que sont : le responsable de l'accueil, le chargé des relations avec les usagers, le responsable qualité...

Soyez vigilant à ce qu'un membre éventuellement concerné par une réclamation ne soit pas présent lors du traitement de cette réclamation. On ne peut être juge et partie.



Les membres obligatoires

Le directeur

Il peut être représenté par le responsable de la qualité. Si le directeur est présent, la présence du responsable qualité est néanmoins obligatoire, même s'il n'a qu'une voie consultative. Son rôle au sein d'un établissement justifie pleinement sa

participation à la commission. Il est décisionnaire, conjointement avec le président de la CME, pour tout ce qui concerne la politique générale d'amélioration de la qualité et de la sécurité des soins, ainsi que de la politique d'accueil et de prise en charge.

La loi HPST a renforcé le rôle du directeur de l'établissement et sa latitude d'action.

Il assure l'articulation entre l'action de la CRUQPC et celle des autres instances. C'est un véritable chef d'entreprise, qui a de nombreuses équipes à gérer. Il se fait donc souvent représenter. Néanmoins, vous êtes en droit de demander à le rencontrer, dans le cadre de la réunion ou en dehors, au moins une fois par an.

Les médiateurs

La loi en prévoit deux : un médiateur médical (*médecin*) et un médiateur non médical. Leur mission est de permettre de renouer le dialogue entre les professionnels et les usagers lorsque la confiance est rompue et/ou d'apporter des explications dans le cadre de conflits où une rencontre paraît difficile.

La saisie de l'un ou de l'autre est fonction du motif de réclamation de l'utilisateur. Ce sont les médiateurs qui ont à assurer le traitement de cette réclamation. Ils ne sont pas là pour trouver une solution entre les parties, mais pour rétablir un dialogue rompu, restaurer une confiance perdue.

Comment sont-ils choisis ?

Ils sont choisis par la direction, bien souvent parce qu'ils sont à la fois reconnus par leurs collègues, et disponibles et volontaires.

Dans les faits, le médiateur médical est plus souvent

sollicité que le médiateur non médical : les témoignages des malades montrent que, la plupart du temps, le soin est considéré comme un tout qui justifie surtout un dialogue entre toutes les parties, qu'elles soient médicales ou para-médicales.

Nouez avec eux, en particulier si la fonction de chargé des relations avec les usagers n'existe pas dans votre établissement, une relation étroite et de confiance... qui n'exclut pas la vigilance.

Les attentes vis-à-vis des médiateurs sont variées (celles de l'hôpital, de la direction, la leur, la vôtre) ; clarifiez-les avec eux, d'autant qu'ils bénéficient rarement d'une formation spécifique pour tenir leur rôle.

Échangez aussi avec eux sur leur manière de mener la médiation : préfèrent-ils rencontrer chacune des parties l'une après l'autre ? Ensemble ? Favorisent-ils le dialogue et la relation, ou privilégient-ils la transmission d'informations ?

JE ME SENS ISOLÉ : QUE FAIRE ? TRAVAILLEZ AVEC LES AUTRES RU !

La loi prévoit que deux représentants des usagers participent à la CRUQPC. Tous deux ont un suppléant : prenez contact et réunissez-vous tous les quatre pour aborder ensemble les questions.

Tous les postes ne sont pas pourvus. Si vous êtes le seul représentant des usagers sur votre établissement, tournez-vous vers les bénévoles qui interviennent dans les services : il vous sera utile de puiser dans leur connaissance de l'établissement pour avancer sur les questions. Ils ont certainement des idées à vous soumettre.

Il existe des instances dans lesquels les usagers sont représentés, à des échelons géographiques divers : la conférence de territoire, la conférence régionale de la santé et de l'autonomie.

Contactez les RU qui y siègent : pour échanger des informations, situer votre établissement dans un contexte plus large, leur apporter une vision de terrain. Formez-vous ! La formation n'est pas seulement un espace dans lequel on suit un cours, c'est un espace de rencontres, de partages et d'échanges autour de votre expérience et de vos difficultés.

Qui sont les autres acteurs de l'hôpital avec qui échanger ?

La participation d'autres acteurs est nécessaire pour un fonctionnement efficace de la CRUQPC. En effet, compte tenu de la nature des plaintes essentiellement en lien avec la prise en charge médicale et paramédicale, la présence du président de la Commission Médicale d'Établissement (CME) et du

directeur des soins paraît, sinon incontournable, du moins pertinente.

En fonction des établissements, il peut exister d'autres acteurs d'importance pour le RU en CRUQPC : le responsable qualité, le chargé des relations avec les usagers.

La commission médicale d'établissement et son président

Le président de la CME est le vice-président du directoire de l'établissement. Il fonctionne en binôme avec le directeur. Médecin, il élabore le projet médical de l'établissement et en coordonne la politique médicale.

Il est explicitement chargé du suivi de la politique d'amélioration continue de la qualité et de la sécurité des soins ainsi que des conditions d'accueil et de prise en charge des usagers. Ce rôle a été renforcé par la loi HPST qui a confié les pleins pouvoirs au président de la CME dans ce domaine, tout

en supprimant le caractère obligatoire des CLIN notamment.

À ce titre :

- il peut organiser des évaluations internes ;
- il veille à la mise en œuvre des engagements de l'établissement en matière d'amélioration de la qualité et de la sécurité (résultant des inspections et de la certification) ;
- il présente au directoire le programme d'actions proposé au directeur par la CME.

Demandez à le rencontrer afin de voir avec lui comment les travaux de la CRUQPC peuvent contribuer à l'élaboration de la politique d'amélioration continue de la qualité et de la sécurité des soins ainsi que des conditions d'accueil et de prise en charge des usagers. La CRUQPC doit également être associée, dans ce cadre, à l'élaboration du programme d'actions ainsi qu'au choix des indicateurs de suivi.



Le directeur des soins

Le directeur des soins s'occupe de la gestion des infirmiers dans l'établissement de santé. Il est également président de la commission des soins infirmiers, de rééducation et médico-techniques (CSIRMT). À ce titre il est également membre de droit du directoire. La CSIRMT doit, au même titre que la CRUQPC, être associée à l'élaboration du

programme d'actions concernant la politique d'amélioration continue de la qualité et de la sécurité des soins. Il est donc aussi intéressant de rencontrer le directeur des soins et de réfléchir avec lui à des sujets qui pourraient être portés conjointement par la CSIRMT et la CRUQPC.

Le responsable qualité de l'hôpital

ARTICLE R1112-86 DU CODE DE LA SANTÉ PUBLIQUE

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

Sa mission est de conduire son établissement vers la certification, et de pérenniser les acquis de cette démarche. Tous les établissements ne disposent pas d'un responsable qualité à temps plein : il exerce parfois cette fonction à temps partiel. Dans certains établissements, le responsable de la qualité peut être à la tête d'une petite équipe qui a également la responsabilité de la gestion des risques. En fonction de la culture et de la politique de l'établissement

hospitalier et de la vision que le responsable qualité a de sa mission, son intervention peut être plus proche de celle d'un conseil interne, ou au contraire de celle d'un gestionnaire, chef de projet.

Il est le pilote de la démarche de certification au sein de l'établissement

Il accompagne les équipes dans leur réflexion et leurs actions de développement de la qualité.

Vous pourrez vous appuyer sur lui pour travailler sur les indicateurs qualité de l'établissement.

La qualité telle que l'entendent les professionnels n'est pas toujours celle entendue des usagers : échangez sur les attentes des usagers qui doivent être prises en compte dans la démarche qualité

Il est important que vous puissiez collaborer avec lui notamment durant la période d'auto-évaluation de l'établissement effectuée dans le cadre de la procédure de certification. Mais également, en partant des réclamations des usagers ou des éloges, de réfléchir à la transformation de ces remarques en procédure d'amélioration s'intégrant dans la démarche qualité.

Le chargé des relations avec les usagers

Le chargé des relations avec les usagers ou la personne en charge des droits des malades (cadre – de santé ou autre –, directeur adjoint, personnel administratif) est le lien avec les représentants des usagers. Il connaît les difficultés des malades et de leurs proches, les points forts de l'établissement, sait faire la part des choses en analysant l'ensemble des données recueillies par l'établissement. Dans les gros établissements, il intervient sur le terrain : c'est lui qui reçoit le malade ou les familles et qui joue un rôle de « médiation de première ligne ». Souvent, c'est lui qui prépare les dossiers de la CRUQPC en envoyant copie des réclamations et de

leurs réponses. Lorsque sa fonction est identifiée et reconnue au sein d'un établissement, c'est une personne clef dans la relation des représentants des usagers.

C'est normalement votre interlocuteur privilégié. C'est avec lui que vous allez préparer les réunions de la CRUQPC. C'est également lui qui, le plus souvent, assure le secrétariat de la commission et rédige le rapport annuel. N'hésitez pas à lui faire connaître vos besoins et vos attentes. Il peut également vous faciliter les contacts avec les interlocuteurs que nous venons de décrire.

Le chargé des relations avec les usagers pourra faciliter votre prise de fonction et votre travail avec les autres interlocuteurs de l'établissement. Demandez-lui d'organiser une rencontre avec lui et les autres bénévoles intervenant dans l'établissement. Par la suite, il vous facilitera l'accès aux services, la mise à disposition d'une salle de réunion pour vos rencontres avec les autres associations...

Les autres commissions

D'autres commissions, facultatives, peuvent compter en leur sein des représentants des usagers :

- Le Comité de Lutte contre les Infections Nosocomiales (C.L.I.N). Son caractère obligatoire a disparu depuis la loi HPST.
- La Commission de Lutte contre la Douleur (C.L.U.D).

- Le Comité de coordination des vigilances et des risques (C.O.V.I.R).

- La Commission Alimentation Nutrition (C.L.A.N).
- La Commission des Médicaments et Dispositifs Médicaux stériles (C.O.M.E.D.I.M.S).

Elles se réunissent régulièrement afin d'émettre des avis relevant de leur champ de compétences respectif. Continuez à travailler avec elles.

Les responsables de pôle, chefs de service

La loi HPST renforce l'importance des pôles dans la nouvelle gouvernance de l'hôpital. L'important pour les RU est d'être connus et identifiés des différents responsables. Il peut être intéressant de pouvoir assister à une réunion d'un pôle afin d'aborder avec le personnel de ce pôle des questions que vous avez pu identifier au sein de la CRUQPC que cela soit dans le cadre du traitement des réclamations ou des éloges, ou dans celui de l'analyse de la politique de la qualité de la sécurité et de l'accueil des usagers.

Aussi peut-il être intéressant de les inviter à la CRUQPC en fonction des thèmes abordés.

L'invitation de responsables en charge de thématiques abordée par la CRUQPC permet à la fois d'obtenir un avis autorisé sur les sujets abordés, mais aussi, en retour, de solliciter ces responsables lorsque des mesures d'amélioration sont nécessaires. Par exemple, le responsable du CLIN ou du CLUD ou de toute commission en charge des problèmes abordés dans les réclamations des patients.

Consultez :

- Le guide CISS du représentant des usagers du système de santé :
- Le guide *La loi HPST à l'hôpital, les clés pour comprendre* édité par l'ANAP
- Les fiches CISS Pratique sur le rôle et les missions de la CRUQPC et sur le rôle de la CRUQPC dans la démarche qualité.

- Si l'accueil fait l'objet de réclamations, la CRUQPC est en droit d'auditionner le responsable de l'accueil.
- Présentez-vous à eux dans chaque service ou unité ou lors d'une réunion de la CME.
- Votre fonction, votre rôle, votre manière d'agir est peu connue des personnels. Préparez une courte intervention en réunion de CME puis dans les services.
- Invitez les membres d'autres instances à venir présenter leur rapport annuel en CRUQPC.
- Présentez le rapport annuel de la CRUQPC dans les services.

Dois-je rencontrer les usagers ?

(Dans le cadre des médiations, voir aussi la question : « dois-je assister aux médiations ? »)

ARTICLE R1112-84 DU CODE DE LA SANTÉ PUBLIQUE

Le représentant légal de l'établissement arrête la liste nominative des membres de la commission. Cette liste actualisée est affichée dans l'établissement et transmise au directeur de l'agence régionale de santé. Elle est remise à chaque patient avec le livret d'accueil, dans un document qui reproduit les dispositions des articles R.1112-91 à R.1112-94 et précise leurs modalités d'application au sein de l'établissement.

Les usagers auront sans doute le besoin de vous contacter. Au fur et à mesure de votre mandat, vous pourrez aussi éprouver le besoin de recueillir direc-

tement la parole des usagers de l'établissement et ne pas être toujours dépendant de la direction, des lettres et des questionnaires.

Comment me faire connaître ?

Le grand public connaît rarement l'existence et la mission des représentants des usagers. Ainsi, communiquer sur les représentants des usagers nécessite un effort pédagogique pour rendre cette fonction explicite. Afficher un nom et un n° de téléphone ne suffit pas pour inciter les malades et leurs proches à solliciter le représentant des usagers en cas de besoin.

Veillez à ce que les moyens de vous joindre directement existent : adresse mail, numéro de téléphone :

il est incompatible d'exercer un mandat de représentant des usagers tout en refusant de pouvoir être joint par les usagers.

Il est important que le RU reste joignable facilement. Comment ? Il n'y a pas de règles en la matière : certains donnent leur numéro de téléphone portable personnel, d'autres préfèrent que l'appel transite par leur association. Toutes ces solutions ont des avantages et des inconvénients : à vous de choisir selon votre sensibilité et vos contraintes.

	Votre numéro personnel	Le numéro de votre association	Un numéro dédié par l'hôpital (fixe ou portable)
<i>Avantages</i>	Être joint directement.	- Les appels sont filtrés sur les heures d'ouverture de l'association. - L'association se sent concernée par la représentation.	- Vous n'êtes pas dérangé à n'importe quelle heure. - La ligne est consacrée uniquement aux RU.

<i>Limites</i>	Être dérangé à tout moment de sa vie quotidienne (rassurez-vous : dans les faits, ce sont quelques appels par mois maximum).	<ul style="list-style-type: none"> - Votre association risque de ne pas transférer l'appel. Veillez à ce qu'elle s'engage à vous transmettre immédiatement les coordonnées et le motif de l'appel des usagers qui ont cherché à vous joindre. - Elle peut manquer d'informations pour vous joindre ou pour comprendre l'enjeu de l'appel. 	<ul style="list-style-type: none"> - Il faut appeler régulièrement l'hôpital (au moins deux fois par semaine) pour savoir si on a essayé de vous joindre. Pour vous éviter cela, demandez que l'établissement mette à votre disposition une adresse courriel, une boîte vocale, consultable de chez vous ou de votre association, que vous vous engagez à consulter très régulièrement, au moins deux fois par semaine. - Il faut rappeler l'utilisateur, bien souvent aux frais du représentant.
----------------	--	---	---

EN PRATIQUE

Explicititez en 2 courtes phrases votre fonction dans le livret d'accueil et dans tout lieu où sont affichées vos coordonnées : « le représentant des usagers est un bénévole d'une association de santé agréée qui fait part de vos besoins et exerce votre droit de regard au sein de l'établissement. »

En tous les cas :

Passez par le chargé des relations avec les usagers. Mettez-vous d'accord avec lui sur une manière de vous transmettre les coordonnées des usagers qui cherchent à vous joindre ; ce sera à vous de les rappeler... à condition bien sûr que l'établissement vous rembourse vos communications ou mette à votre disposition un téléphone dans un bureau tranquille !

Organiser une permanence ?

Certains RU ont opté pour la tenue d'une permanence régulière dans l'établissement, permanence tenue dans le cadre d'un dispositif de type "maison des usagers" ou non. Il faut être conscient que ce n'est pas la solution la plus simple : les usagers ne viennent pas facilement pousser la porte d'une per-

manence associative s'il n'existe pas une dynamique autour ou un soutien affirmé des professionnels qui orientent sur la permanence. Cela peut donc être utile, mais en aucun cas suffisant. De plus, ça peut s'avérer chronophage !

EN PRATIQUE

- Organisez avec l'établissement et les autres RU la manière de traiter de l'appel qui vous parvient, en particulier dans le cas de réclamations.

- Établissez une procédure : que faire quand un patient vous téléphone des urgences car il a trouvé votre numéro de téléphone ou votre mail dans le livret d'accueil ? Comment gérer sur le champ une éventuelle réclamation ou demande ? Comment intervenir dès que vous êtes informé d'un événement indésirable grave ?

Ceci doit être organisé avec la direction de l'établissement.

Ayez toujours à jour la liste de vos contacts à l'hôpital : la direction, le chargé des relations avec les usagers, les médiateurs...

Aller à la rencontre des usagers

La représentation repose sur la connaissance et l'expression, au plus près des usagers, de leurs pré-occupations, de leurs demandes, de leurs besoins.

Il existe de nombreux autres moyens de prendre connaissance de l'avis des usagers sur la qualité de leur prise en charge en dehors du temps passé avec eux dans le cadre de l'activité associative. La connaissance de l'organisation de l'hôpital et des problématiques des professionnels peut se faire lors

de rencontres au sein de comités, de groupes de travail ou d'instances, mais aussi sur le lieu de travail dans les services.

Cette présence sur le terrain auprès des usagers est une des dimensions les plus difficiles à mettre en œuvre sans froisser les professionnels et sans déranger les usagers. Ceci relève de l'imagination et de la volonté de chacun.

Si vous souhaitez vous investir davantage en allant à la rencontre des usagers et observer le fonctionnement de l'hôpital de la place de l'utilisateur :

- Installez-vous dans les salles d'attente des consultations, des urgences pour observer, éventuellement échanger avec les patients présents sur leurs perceptions.

- Obtenez l'accord de l'établissement pour vous rendre dans les chambres et remplir ainsi avec les patients le questionnaire de satisfaction.

Outre une augmentation du taux de réponse à ce questionnaire, cela permet aux représentants des usagers de recueillir un vécu moins formalisé et de pouvoir repérer des éléments plus difficilement perceptibles par un questionnaire.

- Les cafétérias, les salles communes sont des endroits où s'asseoir, rester, échanger avec les visiteurs et les patients.

De telles démarches présentent l'avantage de faire connaître le représentant des usagers, souvent méconnu, et donc rarement sollicité.



Vis-à-vis des professionnels, il est essentiel de ne pas apparaître comme un inspecteur qui vient surveiller leur travail, ou comme un enquêteur qui se cache pour observer et dénoncer ensuite leurs erreurs. Aller à la rencontre des usagers doit se faire au grand jour avec le soutien de l'établissement de santé.

Les chambres des malades sont des endroits privés et il n'est pas question d'y pénétrer sans cadre défini au préalable, sans avoir informé le cadre de santé du service. Respectez l'intimité et le choix du patient de vous accueillir, ou pas.

Le lien avec les autres associations

La représentation de l'ensemble des usagers d'un établissement donne leur légitimité aux représentants. Ainsi convient-il de dépasser la représentation de sa propre association tout en se nourrissant de l'expérience qu'elle donne afin de porter la parole de l'ensemble des usagers.

L'intégration à la vie de l'établissement procurée par un militantisme associatif au sein de l'établissement donne souvent plus de facilité pour être au contact des usagers, connaître le fonctionnement

de l'établissement et les personnels, représenter les usagers. En étant bénévole d'une association au sein de l'établissement dont on est le représentant, les échanges avec les malades et leurs proches durant les permanences et/ou les visites, le contact avec les professionnels de santé, la participation éventuelle à des projets de service permettent de connaître les difficultés des patients, leurs réclamations au plus près du fonctionnement de l'hôpital.

- Prenez contact avec les associations membres de l'ANAMS (Alliance nationale des associations en milieu de santé)
- Suivez la formation du CISS « maison des usagers » pour approfondir la dynamique d'un travail avec les associations présentes à l'hôpital.

Échangez avec d'autres associations

Vous aurez des informations supplémentaires sur ce que vivent les patients dans l'ensemble de l'établissement. En effet, la présence de nombreux bénévoles dans différents services permet de

recueillir le point de vue des patients sur leur prise en charge. Rencontrez-les régulièrement pour collecter l'ensemble des remarques exprimées souvent par les patients auprès des militants associatifs.

Utilisez la compétence des associations à la CRUQPC

Les associations présentes dans l'établissement peuvent exprimer le point de vue des usagers qu'elles rencontrent lors des centaines de visites, d'échanges avec les malades et/ou leurs familles. Ainsi les bénévoles ou volontaires d'associations de santé, de visite et/ou de défense des droits des malades sont une source d'information sur le point de vue des malades utiles. Cette parole peut aussi être recueillie au niveau de l'institution en réunissant régulièrement les bénévoles de toutes les associations avec les représentants des usagers et la direction qualité de l'établissement. Ainsi les bénévoles de toutes les associations peuvent être l'interface entre les usagers et les représentants des usagers ce qui permet à ces derniers de s'appuyer sur des témoignages et d'analyser avec les associations le point de vue des malades.

Dans sa configuration restreinte, la composition de la CRUQPC respecte un certain équilibre entre la présence de représentants d'usagers et de professionnels, ce qui lui permet de jouer pleinement

son rôle d'échange et de débat entre usagers et professionnels.

Cependant, dès qu'on envisage la CRUQPC dans sa composition élargie, ce qui est indispensable si on veut qu'elle joue son rôle d'animateur d'une politique qualité dans l'établissement, les représentants des usagers se retrouvent très minoritaires. L'intérêt est fort d'inviter des représentants d'associations agréées ou non, intervenant dans l'établissement, pour venir témoigner des besoins constatés auprès des malades.

Un travail d'articulation étroite entre les représentants des usagers et les associations de l'établissement permet de renforcer le poids de la parole des malades et leur légitimité. C'est tout l'intérêt de dispositifs comme les Maisons ou Espaces des Usagers qui contribuent à organiser la présence et l'action des associations en coopération avec les représentants des usagers de façon à développer leur place et leur rôle dans l'établissement.

3.3 Que doit contenir le règlement intérieur de la CRUQPC ?

ARTICLE R1112-89 DU CODE DE LA SANTÉ PUBLIQUE

La commission établit son règlement intérieur. Le secrétariat est assuré à la diligence du représentant légal de l'établissement. Chaque établissement met à la disposition de la commission ainsi que des médiateurs les moyens matériels nécessaires à l'exercice de leurs missions.

- La CRUQPC voit son fonctionnement régi par un règlement intérieur, qu'elle établit elle-même. Il n'y a donc pas de règlement intérieur-type. Il est utile de s'interroger régulièrement sur le fonctionnement adopté par la CRUQPC – environ tous les trois ans. Le règlement intérieur est-il appliqué correctement ? Vous pouvez demander à faire modifier

ce règlement intérieur si le fonctionnement de la CRUQPC ne vous convient pas, ou plus.

Le CISS vous recommande d'y faire figurer les points suivants, que vous pouvez proposer à la CRUQPC d'adopter, après débats et échanges.

Les modalités d'accès au contenu des plaintes

Les modalités d'accès au contenu des plaintes doivent figurer dans le règlement intérieur.

Vous devez pouvoir, si besoin, avoir accès à l'ensemble du dossier (voir aussi plus bas, « la confidentialité » et « l'accès aux plaintes »).

Le décret est très explicite : *A cet effet, l'ensemble des plaintes et réclamations adressées à l'établissement de santé par les usagers ou leurs proches ainsi*

que les réponses qui y sont apportées par les responsables de l'établissement sont tenues à la disposition des membres de la commission, selon des modalités définies par le règlement intérieur de l'établissement.

Demandez à ce qu'on vous envoie les copies des lettres et des réponses à un rythme que vous déterminerez avec le directeur ou le chargé des relations avec les usagers. Au fur et à mesure, ou une fois par

mois ? En tout cas, vous devrez les recevoir suffisamment tôt avant la réunion de la CRUQPC. Certains RU demandent à être informés en temps réel pour traiter sur-le-champ le dysfonctionnement. À vous de déterminer comment vous voulez participer à ce processus.

Demandez à avoir accès sur demande au reste du dossier, en vous rendant dans les locaux de l'hôpital si le dossier ne peut vous être envoyé par mail, ou s'il nécessite un gros travail de reprographie.

Vous pouvez demander à ce que ces envois soient faits par courrier ou par mail.

Certaines plaintes n'ont pas à être examinées par la CRUQPC : ce sont celles qui formulent une demande particulière au directeur pour faire annuler une décision (recours gracieux), ou à une instance extérieure (CRCI, tribunal, recours juridictionnel). Demandez tout de même à en être informé : si elles échappent au processus de dialogue et de médiation, elles sont un indicateur précieux de la qualité de la prise en charge.

Voici un tableau de bord indicatif :

Période	Instance saisie	Nature de la demande	Suites données
Janvier 2011	Contentieux (saisie des tribunaux)	à préciser	à préciser
Janvier 2011	CRCI : indemnisation	Patient contaminé par staphylocoque doré	Indemnisation accordée : aléa thérapeutique
Février 2011	Recours gracieux (auprès du directeur)	à préciser	à préciser

Les convocations aux réunions

ARTICLE R1112-88 DU CODE DE LA SANTÉ PUBLIQUE

Al. 1- La commission se réunit sur convocation de son président au moins une fois par trimestre et aussi souvent que nécessaire pour procéder à l'examen des plaintes et réclamations qui lui sont transmises dans les conditions prévues à l'article R.1112-94. La réunion est de droit à la demande de la moitié au moins des membres ayant voix délibérative.

Il est obligatoire que la CRUQPC se réunisse au moins une fois par trimestre, sur convocation de son président. Cette convocation devra vous être adressée au moins 3 semaines avant la réunion.

Pensez à utiliser la disposition permettant aussi de réunir la CRUQPC à la demande de la moitié de ses

membres ayant une voix délibérative. Cela vous permettra de la réunir, même si le directeur ne le souhaite pas.

Un membre titulaire empêché ou concerné par une plainte est remplacé par son suppléant à sa demande.



Demandez à ce que, afin de leur assurer un niveau d'information et de formation leur permettant de suppléer le titulaire dans les meilleures conditions, les membres suppléants soient convoqués systématiquement aux réunions de la commission et qu'ils reçoivent l'ensemble des documents envoyés aux titulaires. Il convient de préciser que les suppléants, en présence des titulaires, ne prennent pas part au vote.

L'ordre du jour

ARTICLE R1112-88 DU CODE DE LA SANTÉ PUBLIQUE

Al. 2 - L'ordre du jour, qui comporte notamment les questions dont l'inscription a été demandée par la moitié au moins des membres ayant voix délibérative, est arrêté par le président et communiqué aux membres de la commission au moins huit jours avant la réunion. En cas d'urgence, le délai peut être réduit sans pouvoir être inférieur à un jour franc.

Prévoyez que l'ordre du jour arrêté soit communiqué aux membres de la commission (titulaires et suppléants) au moins 15 jours avant la réunion, que tout membre puisse demander à mettre un point à l'ordre du jour (le délai légal minimum est de 8 jours).

En cas d'urgence, ces délais peuvent être réduits sans pouvoir être inférieurs à un jour franc.

Au moins 3 semaines avant la réunion, appelez le

secrétariat du président de la CRUQPC pour faire mettre à l'ordre du jour les points que vous jugez utiles.

Conformément à l'esprit du décret, il paraît incontournable d'associer les représentants des usagers à la définition de l'ordre du jour : l'enjeu de la CRUQPC étant de faire vivre un point de vue partant des usagers au sein de l'institution hospitalière.

Le compte rendu

Prévoyez dans le règlement intérieur que les comptes rendus comportent *a minima* :

- la liste des sujets abordés,
- les avis émis,
- les décisions prises.

Sur des points plus délicats sur lesquels la CRUQPC n'a pas réussi à se mettre d'accord, demandez que vos remarques soient portées au compte rendu, même si elles sont minoritaires.

Demandez à ce que ce compte rendu soit adopté par les participants au début de chaque réunion suivante.

Demandez à ce qu'il soit adressé à tous les membres de la CRUQPC, titulaires et suppléants.

Ce peut être un outil précieux : faites-y figurer les points à surveiller. En les reprenant chaque année, ils vous permettront de vérifier si on vous a écouté, ou de distinguer des tendances, des thématiques peut-être passées inaperçues.

Durant les réunions

ARTICLE R1112-86 DU CODE DE LA SANTÉ PUBLIQUE

Al. 2 - Le responsable de la politique de la qualité assiste aux séances de la commission avec voix consultative.

Al. 3 - La commission peut entendre toute personne compétente sur les questions à l'ordre du jour.

On ne peut être juge et partie

ARTICLE R1112-87 DU CODE DE LA SANTÉ PUBLIQUE

Al. 1 - Les membres de la commission, autres que le président, qui sont concernés par une plainte ou une réclamation ne peuvent siéger lorsque la commission délibère sur le dossier en cause.

Al. 2 - Un membre titulaire empêché ou concerné par une plainte ou une réclamation est remplacé par son suppléant.

Al. 3 - Si le médiateur et son suppléant sont simultanément concernés par une plainte ou une réclamation, leur mission est assurée par un agent désigné par le représentant légal, lorsqu'il s'agit du médiateur non médecin, et par un praticien désigné par le président de la commission médicale d'établissement, du comité consultatif médical, de la commission médicale ou de la conférence médicale, lorsqu'il s'agit du médiateur médecin. Dans les établissements mentionnés au VI de l'article R.1112-81, le praticien est désigné par le représentant légal de l'établissement.

Les membres de la commission, autres que le président, qui sont concernés par une plainte ou réclamation, ne peuvent siéger lorsque la commission délibère sur le dossier en cause.

Si le médiateur et son suppléant sont simultanément concernés par une plainte ou une réclamation, prévoyez qui pourra assurer leur mission et comment cette personne sera désignée.

En cas de vote

ARTICLE R1112-86 DU CODE DE LA SANTÉ PUBLIQUE

Al. 1 - Le président ne prend pas part aux votes. Il peut se faire accompagner des collaborateurs de son choix. En cas de partage égal des voix, l'avis est réputé avoir été donné ou la recommandation formulée.

Il est préférable que le vote ne soit pas un mode de décision fréquent : recherchez plutôt à élaborer une position commune et un consensus le plus large possible.

Si le vote est utilisé, la loi dispose que le Président n'y prend pas part. Ainsi, avec 4 votants, la décision peut facilement être bloquée ; c'est pourquoi, à égalité de voix, on considèrera que ce qui fait l'objet du

vote est accepté.

Prévoyez dans le règlement intérieur que le vote puisse se faire à main levée, sauf à la demande expresse d'un membre porteur d'une voix délibérative, auquel cas, il sera procédé à un vote à bulletin secret.

Le responsable qualité assiste aux réunions avec voix consultative : il ne pourra donc voter.

La logistique

Le secrétariat et les moyens matériels nécessaires au bon fonctionnement de la commission sont assurés par l'établissement.

Faites préciser dans le règlement intérieur les réponses aux questions suivantes :

- Qui, au sein de l'établissement s'occupe du secrétariat de la CRUQPC ?

- Un bureau peut-il être mis à disposition des membres de la CRUQPC ?

- Comment vos frais de déplacement vous seront-ils remboursés ? (chaque année ? chaque trimestre ?)

SUIS-JE INDEMNISÉ DU FAIT DE MES MISSIONS ?

ARTICLE R1112-90 DU CODE DE LA SANTÉ PUBLIQUE

Les membres de la commission sont indemnisés au titre des frais de déplacement engagés dans le cadre de leur mission.

ARTICLE L1114-3 DU CODE DE LA SANTÉ PUBLIQUE

Les salariés, membres d'une association visée à l'article L.1114-1, bénéficient du congé de représentation prévu par L.3142-51 du code du travail lorsqu'ils sont appelés à siéger :

1° Soit au conseil de surveillance, ou à l'instance habilitée à cet effet, d'un établissement de santé public ou privé, ou aux commissions et instances statutaires dudit établissement ;

2° Soit dans les instances consultatives régionales ou nationales et les établissements publics nationaux prévus par le présent code.

L'indemnité mentionnée à l'article L.3142-52 du code du travail est versée par l'établissement de santé public ou privé concerné dans le cas visé au 1° du présent article ; dans les cas visés au 2°, elle est versée par les établissements concernés, ou par l'État lorsqu'il s'agit d'instances instituées auprès de l'État.

L'établissement doit vous rembourser vos frais de déplacements effectués à l'occasion de vos missions en CRUQPC. Voyez avec lui quelle procédure mettre en place, et quels justificatifs fournir.

Selon quel barème ? Nous vous conseillons de vous faire rembourser soit :

- sur la base du tarif de transport public, en présentant vos justificatifs
- ou sur la base d'indemnités kilométriques. Adossez son taux au taux de remboursement des personnels de la fonction publique, fixé chaque année par arrêté ministériel.

QUE FAIRE SI L'ÉTABLISSEMENT REFUSE DE REMBOURSER MES FRAIS ?

Discutez-en à nouveau avec le directeur. S'il refuse de faire quoi que ce soit, vous pouvez en dernier recours faire un courrier au Directeur, et envoyez-le en copie au Directeur de l'ARS ainsi qu'au président de votre association et/ou de votre CISS régional.

POUR ALLER PLUS LOIN



- Fiche thématique du CISS n° 27 - *Le congé de représentation des représentants d'usagers du système de santé* – 2010
- Sur le congé de représentation, le remboursement des frais, les accidents de trajet, voir le *Guide CISS du représentant des usagers du système de santé* – IV^e édition (disponible en PDF), p. 32 à 35.

3.4

Comment se passe une réunion de CRUQPC ?

Puisque la CRUQPC est un espace de débat qui incite aux échanges entre les professionnels et les usagers, ses réunions doivent être de véritables lieux de parole et d'expression. Pour cela, il faut qu'elles soient construites, animées, et que vous puissiez effectivement vous y exprimer. Un ordre du jour précis, et un animateur efficace en sont les conditions requises.

Les pratiques sont différentes d'un établissement à un autre.

Voici, à titre indicatif, une liste de points à aborder :

- les plaintes et réclamations*,
- les actions menées par les médiateurs*,
- les résultats des enquêtes de satisfaction,
- les événements indésirables*,
- les éventuelles actions en justice intentées par les usagers contre l'hôpital,
- les saisines de la CRCI par les usagers de l'établissement.

* à aborder lors de chaque réunion

EN PRATIQUE

N'hésitez pas à prendre la parole et à questionner si les sujets sont abordés d'une manière trop technique.

Il ne suffit pas que des informations écrites vous soient transmises, demandez que vous soient aussi présentés :

- la manière dont les informations ont été récoltées,
- les explications, les causes probables,
- les remèdes envisagés si le sujet est problématique pour les usagers.

Demandez à ce que soit systématiquement fait un tour de table en introduction de la réunion : il garantit que chacun puisse s'exprimer.

Il peut être rapide.

Si vous repérez des thèmes récurrents de réclamation, demandez à auditionner les professionnels concernés.

Préparez les réunions avec les autres RU, titulaires et suppléants !

Les suppléants peuvent y assister, ils ne voteront pas si le titulaire est là.

La préparation commune de la réunion permet de travailler en équipe, et donc de se sentir moins seul, de préparer les objections possibles à vos propositions, mais aussi d'assurer une continuité dans le suivi des dossiers, en cas d'absence. C'est aussi le meilleur moyen de former votre successeur.

Entre RU, appelez-vous 2 jours avant la réunion, ou retrouvez-vous une heure avant pour vous mettre d'accord sur une position commune à défendre, les points sur lesquels insister. Quand les RU parlent d'une seule voix et se soutiennent mutuellement, s'exprimer en réunion est plus facile.

ZOOM SUR... LES ÉVÉNEMENTS INDÉSIRABLES

Suite à la loi HPST, la CRUQPC doit être informée de la survenue des événements indésirables. Ce sont tous les événements qui n'auraient pas eu lieu si les soins avaient été conformes à la prise en charge considérée comme satisfaisante au moment où ils sont survenus. On nomme ainsi les événements qui entraînent une prolongation de l'hospitalisation, une incapacité ou une invalidité permanente, ou un risque vital. Les actes chirurgicaux, l'administration de médicaments, les infections nosocomiales en sont les principales causes.

Demandez les rapports faits à la suite de ces événements.

Vérifiez qu'à l'occasion de ces événements on a bien communiqué, et rapidement, avec l'utilisateur.

Participez à leur analyse : quelles sont les causes de ces événements ? Que peut-on mettre en place pour les empêcher de se reproduire ? Cette réflexion est rarement menée avec le RU et pourtant elle est importante.



Ai-je le droit d'avoir accès aux plaintes des usagers et aux données médicales ?

3.5

ARTICLE R1112-80 DU CODE DE LA SANTÉ PUBLIQUE

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

À cet effet, l'ensemble des plaintes et réclamations adressées à l'établissement de santé par les usagers ou leurs proches ainsi que les réponses qui y sont apportées par les responsables de l'établissement sont tenues à la disposition des membres de la commission, selon des modalités définies par le règlement intérieur de l'établissement. Dans les conditions prévues aux articles R.1112-93 et R.1112-94, la commission examine celles de ces plaintes et réclamations qui ne présentent pas le caractère d'un recours gracieux ou juridictionnel et veille à ce que toute personne soit informée sur les voies de recours et de conciliation dont elle dispose.

Pour l'exercice de leur mission, les membres de la commission ont accès à **l'ensemble des plaintes et réclamations** adressées à l'établissement de santé par :

- les usagers
 - ou leurs proches
- Et aux réponses** qui y sont apportées par les responsables de l'établissement

L'accès aux lettres de plaintes

Il s'agit d'un point de litige régulièrement relevé par les uns et les autres dans le fonctionnement de la CRUQPC. Là aussi, il importe de défendre la communication préalable des réclamations comme condition essentielle pour permettre au représentant des usagers de remplir sa mission.

Le texte du décret prévoit explicitement l'accès direct des représentants des usagers aux lettres de réclamation, et le règlement intérieur (voire « que doit contenir le règlement intérieur de la CRUQPC ? ») doit être clair sur la manière dont vous y aurez accès.

Et si l'établissement refuse ?

Le premier réflexe doit être celui de l'explication et de la négociation. Il s'agit donc d'y aller progressivement et l'idéal est de convaincre ses interlocuteurs de l'utilité de la lecture des plaintes par les représentants des usagers et de les rassurer sur l'action qui en découlera.

Rappelez que vous avez un devoir de confidentialité quant aux situations individuelles que vous êtes amené à connaître.

Au même titre que les autres membres de la CRUQPC, les RU sont soumis au secret.

Rappelez que l'enjeu premier est de permettre aux représentants des usagers d'accéder au vécu des usagers pour en avoir une lecture « qualité de la prise en charge. »

A minima, décrivez dans le rapport annuel de la CRUQPC comment et jusqu'où vous avez été informé des plaintes.

Si vous ne voulez pas aller plus loin : cédez sur les noms des malades. Ils peuvent être cachés si cela rassure l'établissement, même si vous êtes astreint au secret : il n'y a pas d'enjeu fondamental pour les représentants des usagers d'accéder aux noms des personnes qui se plaignent, mais il y a un enjeu

fondamental qu'ils accèdent à la lettre elle-même. Il s'agit alors de montrer la spécificité de la lecture des représentants des usagers et l'intérêt qu'il y a à partager des regards différents.

En cas d'impossibilité à trouver un accord, faites appel à des ressources extérieures : informez l'ARS et la CRSA. L'ARS ayant un pouvoir hiérarchique, elle peut contraindre les établissements à certaines mesures. Il reste que cela ne rendra pas pour autant facile la collaboration au sein de la CRUQPC et de l'établissement ensuite. L'appel à la CRSA présente certains avantages : elle comprend dans sa composition des représentants des usagers qui peuvent relayer vos demandes. Par ailleurs, elle comporte une commission spécialisée dans les droits des usagers qui fait une synthèse annuelle des rapports de la CRUQPC et qui s'appuie sur celle-ci pour faire un certain nombre de recommandations visant au respect des droits des usagers. Ces recommandations sont ensuite débattues et prises en compte au niveau régional, pour étayer la politique de l'ARS et au niveau national via la conférence nationale de santé. Vous devez également informer votre association de cette situation.

3.6 Que puis-je dire de mon action en CRUQPC ? Suis-je astreint à la confidentialité ?

Votre participation à la CRUQPC vous astreint à la confidentialité : tous ses membres, médecins ou non, sont soumis à cette obligation.



ARTICLE L1112-3 DU CODE DE LA SANTÉ PUBLIQUE

[La CRUQPC] est consultée sur la politique menée dans l'établissement en ce qui concerne l'accueil et la prise en charge, elle fait des propositions en ce domaine et elle est informée de l'ensemble des plaintes ou réclamations formées par les usagers de l'établissement ainsi que des suites qui leur sont données. À cette fin, elle peut avoir accès aux données médicales relatives à ces plaintes ou réclamations, sous réserve de l'obtention préalable de l'accord écrit de la personne concernée ou de ses ayants droit si elle est décédée. **Les membres de la commission sont astreints au secret professionnel dans les conditions définies par les articles 226-13 et 226-14 du code pénal.**



ATTENTION

L'article 226-13 du code pénal dispose que « la révélation d'une information à caractère secret par une personne qui en est dépositaire soit par état ou par profession, soit en raison d'une fonction ou d'une mission temporaire, est punie d'un an d'emprisonnement et de 15 000 euros d'amende »

Il n'est pas applicable dans les cas où la loi impose ou autorise la révélation du secret. En outre, il n'est pas applicable :

1. à celui qui informe les autorités judiciaires, médicales ou administratives de privations ou de sévices, y compris lorsqu'il s'agit d'atteintes ou mutilations sexuelles, dont il a eu connaissance et qui ont été infligées à un mineur ou à une personne qui n'est pas en mesure de se protéger en raison de son âge ou de son incapacité physique ou psychique ;
2. au médecin qui, avec l'accord (sauf pour les mineurs et personnes vulnérables) de la victime, porte à la connaissance du procureur de la République les sévices ou privations qu'il a constatés, sur le plan physique ou psychique, dans l'exercice de sa profession et qui lui permettent de présumer que des violences physiques, sexuelles ou psychiques de toute nature ont été commises ;
3. aux professionnels de la santé ou de l'action sociale qui informent le préfet du caractère dangereux pour elles-mêmes ou pour autrui des personnes qui les consultent et dont ils savent qu'elles détiennent une arme ou qu'elles ont manifesté leur intention d'en acquérir une.

Hormis ces exceptions, qui sont des cas très graves et heureusement très rares, les informations recueillies à l'occasion de vos missions ont vocation à ne pas être transmises à des tiers.

Bien sûr, vous pouvez parler de vos activités en CRUQPC. Simplement, n'abordez pas les cas individuels nominatifs à l'extérieur de la CRUQPC : ni nom de patient, ni nom de professionnel ! Faites attention à ce qu'on ne puisse pas identifier les personnes concernées (par exemple, dire « dans un service de chirurgie de la clinique, le chef de service... » alors qu'il n'y a qu'un seul service de chirurgie constitue une information indirectement nominative).

Ne prenez pas ce devoir de confidentialité au point de vous empêcher d'échanger de l'information et de communiquer sur le respect des droits et la qualité de la prise en charge.

Puisque vous êtes tenu à cette obligation de secret, vous pouvez vous en réclamer pour accéder aux plaintes et réclamations.

EN PRATIQUE

3.7 Comment les plaintes et réclamations doivent-elles être traitées ?

Le parcours d'une plainte

Chaque établissement possède son propre mode d'organisation. Néanmoins la réclamation suit un parcours que l'on peut ainsi modéliser :

1/ Le dépôt de la plainte

En principe, les services doivent recueillir oralement les réclamations. Les usagers doivent pouvoir exprimer leurs griefs auprès des responsables des services.

Si cela n'est pas possible ou si l'utilisateur n'est pas satisfait de la réponse, il doit être informé par l'éta-

blissement qu'il peut :

- soit adresser lui-même sa plainte ou réclamation écrite au représentant légal de l'établissement (directeur),
- soit la faire consigner par écrit sur place contre remise d'une copie immédiate.

2/ La consignation de la plainte

Elle doit faire l'objet d'un écrit, fait par l'utilisateur ou par un membre du personnel.

L'établissement doit faire savoir à l'utilisateur que sa réclamation a été bien reçue et comment elle va être traitée.

3/ L'examen de la plainte dans l'établissement

L'ensemble des écrits est transmis au représentant légal de l'établissement.

Il doit répondre à l'utilisateur :

- dans les meilleurs délais en lui indiquant la possibilité de saisir un des médiateurs,
- ou en l'informant qu'il a lui-même saisi l'un des médiateurs.

Les médiateurs examinent la plainte si le directeur ou l'utilisateur les saisit :

Le médiateur médecin	Le médiateur non médecin
plaintes ou réclamations qui mettent exclusivement en cause l'organisation des soins et le fonctionnement médical du service	Autres plaintes ou réclamations

Si une plainte ou réclamation intéresse les deux médiateurs, ils sont simultanément saisis.

MÉDIATEUR, OU CONCILIEUR ?

Le rôle du médiateur médical s'est naturellement inscrit dans le prolongement de celui du conciliateur médical en fonction avant la loi de 2002. Pourtant il s'agit d'une tout autre fonction. Comme c'était le cas avec le conciliateur, la médiation trouve sa limite dans l'appartenance du médecin à l'établissement alors qu'elle réclame un tiers extérieur à l'institution afin que son objectivité soit garantie.

- Le médiateur doit rencontrer l'utilisateur auteur de la plainte
 - › Dans les 8 jours suivant sa saisine sauf empêchement ou refus du plaignant
 - › Il est préférable que cette rencontre ait lieu avant la sortie de l'établissement en cas d'hospitalisation
- Le médiateur peut rencontrer les proches du patient

Dans les 8 jours suivant la rencontre, le médiateur adresse un compte rendu de cette entrevue au président de la CRUQPC

Le président transmet immédiatement ce compte rendu et la plainte ou réclamation :

- › Aux membres de la commission
- › Au plaignant

4/ L'examen de la plainte par la CRUQPC

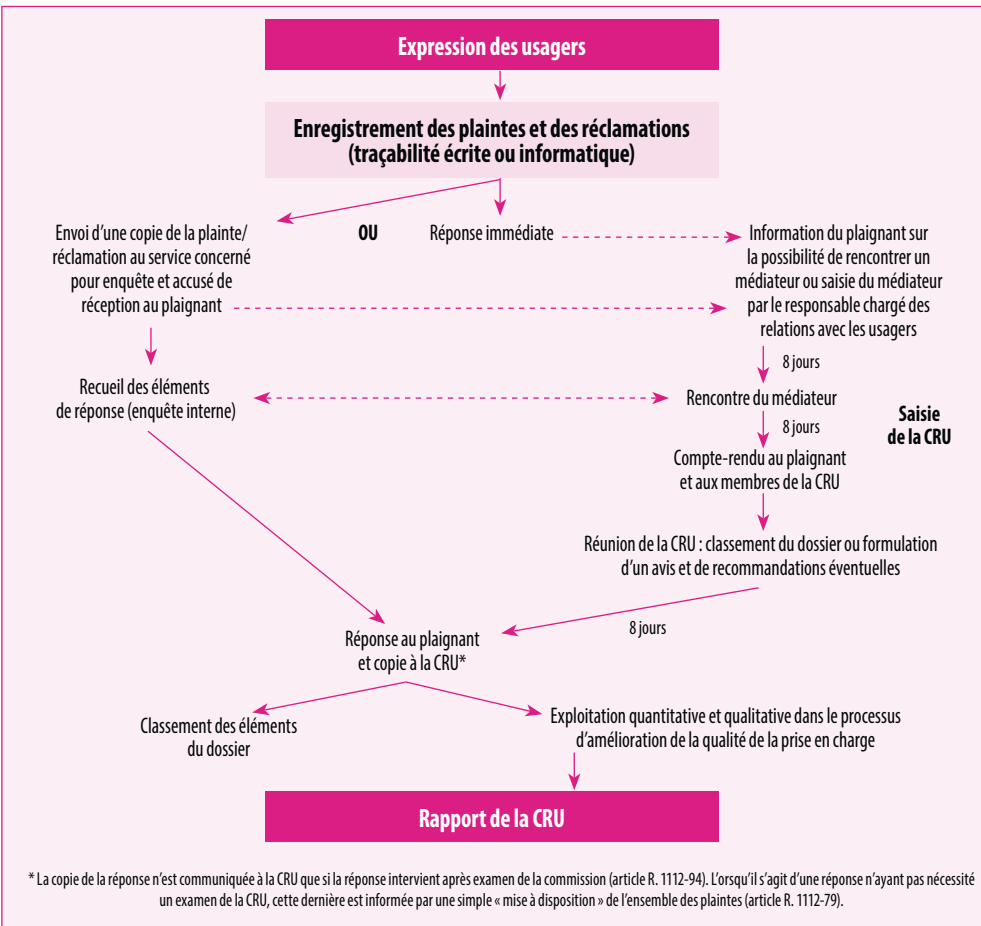
- La commission peut rencontrer le plaignant si elle le juge utile (cette pratique semble peu fréquente)
 - Au vu de ce compte rendu, la commission :
 - › Formule des recommandations
 - en vue d'apporter une solution au litige
 - ou tendant à ce que l'intéressé soit informé des voies de conciliation ou de recours dont il dispose
 - › Ou émet un avis motivé en faveur du classement du dossier
- La réponse définitive doit être le fruit d'une réflexion collective parmi les membres de la CRUQPC. Cepen-

nant, il peut être difficile de réunir la commission à chaque saisine du médiateur. C'est pourquoi certains établissements ont mis en place des réunions restreintes en petit comité et intermédiaires aux 4 réunions minimales réglementaires. Elles permettent de travailler ensemble pour choisir la meilleure façon de répondre aux usagers mécontents. D'autres modalités d'échange entre les membres de la CRUQPC peuvent être organisées pour garantir la qualité de la réponse : échanges téléphoniques suite à l'envoi de documents écrits...

Tous les acteurs de la CRUQPC sont donc concernés :

- Le directeur, souvent premier interlocuteur à qui est adressée la plainte.
- Le médiateur, qui traite la plainte en cherchant à rétablir le dialogue entre les parties.
- Les représentants des usagers, qui a minima veillent à ce qu'une information claire soit donnée à l'utilisateur, notamment sur les questions suivantes :
 - A-t-il compris pourquoi l'établissement a ainsi agi ?
 - A-t-il été correctement informé de toutes les modalités de recours qu'il peut mettre en œuvre ?

ATTENTION *La CRUQPC n'examine pas les plaintes ou réclamations qui demandent d'annuler une décision : ce sont les recours gracieux auprès du directeur ou de sa hiérarchie, ARS ou ministère, ou les recours adressés à un tribunal ou à la CRCI. En revanche, elle doit en être informée.*



A minima, veillez à ce que ces principes de base soient respectés :

1/ L'établissement accuse réception systématiquement de la plainte le plus rapidement possible (48 heures environ). Cet accusé de réception dit que :

- *la plainte est bien reçue et est en cours de traitement ,*
- *l'utilisateur peut rencontrer le médiateur,*
- *l'utilisateur peut contacter les RU.*

2/ Une réponse est faite par écrit à l'utilisateur :

- *dans un délai raisonnable ; au-delà d'un mois, on peut considérer que ce délai a un effet délétère : il détériore la relation entre l'utilisateur et l'hôpital et poussera l'utilisateur qui ne se sent pas respecté à entamer une procédure de contentieux ;*
- *elle correspond bien au questionnement de l'utilisateur : ce n'est ni une lettre-type, ni une réponse partielle (à 2 questions sur 3 par exemple) ;*
- *la réponse est individualisée et circonstanciée : l'utilisateur est bien pris en compte dans sa globalité (son vécu subjectif est reconnu, les circonstances de la plainte sont prises en compte).*

Votre regard sur la plainte

Attachez-vous à ramener l'analyse de la plainte sur le plan du vécu. Votre rôle est de donner droit de citer à cette partie subjective, non pour « donner raison au malade » mais pour permettre aux professionnels de se réinterroger sur ce que peut produire leur organisation, leurs pratiques et permettre de se situer sur le plan de la réparation, même symbolique, en reconnaissant les difficultés vécues par le malade.

Les professionnels peuvent se sentir agressés et adopter une attitude défensive : ramenez les échanges sur un plan global, afin d'éviter d'en faire une question personnelle. Vous n'êtes pas là pour

dénoncer des fautes, mais tirer des leçons d'erreurs.

C'est l'une des raisons pour laquelle, les arguments souvent avancés par les établissements privés sur la non-disponibilité des lettres de réclamation du fait qu'elles concernent un professionnel libéral peuvent être contournés. L'objectif du représentant des usagers n'est pas de prendre connaissance du fonctionnement individuel d'un médecin pour lui apporter des reproches personnalisés mais de porter un regard plus transversal, permettant de penser l'ensemble de la chaîne de soins, de l'entrée à la sortie de l'établissement de santé.

Et s'il n'y a pas de plaintes ou de réclamations dans mon établissement ?

Si aucune plainte ou réclamation n'est transmise à la CRUQPC, cela peut signifier que votre établissement a mal organisé la manière de les recueillir. Il convient de contacter les associations implantées dans l'établissement, et/ou directement les usagers,

afin de comprendre si :

- effectivement il n'y a pas lieu de se plaindre ou de réclamer quoi que ce soit, ce qui serait étonnant,
- le circuit de recueil des plaintes est mal organisé et que l'utilisateur ne peut s'exprimer,
- ces plaintes ne vous sont pas transmises.

POUR ALLER PLUS LOIN

Consultez le guide « *Plaintes et réclamations dans les établissements de santé, un levier pour améliorer la prise en charge des usagers.* » édité par la DGOS.

3.8

Dois-je assister aux médiations ?

La médiation est normalement assurée par le médiateur, médical ou non médical. Certains n'ont qu'un contact écrit ou téléphonique avec les usagers, selon la nature et la gravité de la réclamation.

Les textes législatifs ne prévoient pas de rôle spécifique pour le représentant des usagers. Vous n'êtes donc pas obligé d'intervenir directement.

Votre mission est de vérifier que les questions portées par les usagers soient bien posées, qu'ils obtiennent de la part des professionnels les informations qu'ils désiraient obtenir, qu'ils ont été écoutés. Vous êtes donc aux côtés de l'utilisateur, pour défendre le vécu et le ressenti des malades et de leurs familles dans toute leur subjectivité, mais pas forcément en étant présent à l'entretien.

Avant l'entretien de médiation ou la rencontre avec les professionnels

Cernez la demande des plaignants. Bien souvent c'est une demande :

- d'informations
- d'explicitations des procédures d'informations
- de reconnaissance de leur insatisfaction, de leur souffrance

Préparez les questions avec le patient ou sa famille : dans l'émotion, ou simplement parce que les informations sont parfois difficiles à assimiler, on perd de vue ce qu'on voulait demander.

Conseillez à l'utilisateur de se faire accompagner : il va être dans l'émotion et il est bon qu'il soit soutenu, en particulier dans les situations difficiles (fin de vie, maltraitance, décès accidentel).

Pendant l'entretien : dois-je accompagner moi-même l'utilisateur ?

Ne soyez présent que s'il le demande, et si le médiateur accepte votre présence. Attention, ce n'est pas votre premier rôle, et ce n'est en aucun cas une obligation : vous avez le droit de ne pas vous en sentir capable, ou d'y assister en tant qu'observateur.

Laissez le médiateur assurer son rôle. Si votre intervention vous semble utile :

- reformulez les questions, les propos,
- vérifiez à la fin de l'entretien que les personnes ont exposé leur point de vue, posé toutes les questions et compris toutes les réponses apportées,
- ne vous assimilez pas aux parties prenantes, ne vous identifiez pas à l'une ou l'autre personne en cause.

Sachez que :

- certains entretiens sont particulièrement difficiles, car très chargés en émotion, vous pourrez être pris à parti, voire manipulés ;
- vous devrez vous empêcher de prendre parti et d'accuser les personnes.

Après l'entretien de médiation

Veillez à ce que des réponses soient apportées et qu'elles correspondent à la demande des usagers dans toute leur complexité.

Présentez les enseignements plus généraux de la situation, les améliorations à apporter pour éviter que la plainte ne se reproduise.

Le médiateur, médical ou non, doit faire à la CRUQPC un compte rendu de ses médiations : à vous de vous en assurer.



EN PRATIQUE

3.9

Comment travailler sur la qualité de la prise en charge ?

ARTICLE R1112-80 DU CODE DE LA SANTÉ PUBLIQUE

Il.-La commission contribue par ses avis et propositions à l'amélioration de la politique d'accueil et de prise en charge des personnes malades et de leurs proches. À cet effet :

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

- a) Les mesures relatives à la politique d'amélioration continue de la qualité préparées par la commission médicale d'établissement conformément au 3° de l'article L.6144-1 ainsi que les avis, vœux ou recommandations formulés dans ce domaine par les diverses instances consultatives de l'établissement ;*
- b) Une synthèse des réclamations et plaintes adressées à l'établissement de santé par les usagers ou leurs proches au cours des douze mois précédents ;*
- c) Le nombre de demandes de communication d'informations médicales formulées en vertu de l'article L.1112-1 ainsi que les délais dans lesquels l'établissement satisfait à ces demandes ;*
- d) Le résultat des enquêtes concernant l'évaluation de la satisfaction des usagers prévue à l'article L.1112-2, en particulier les appréciations formulées par les patients dans les questionnaires de sortie ;*
- e) Le nombre, la nature et l'issue des recours gracieux ou juridictionnels formés contre l'établissement par les usagers ;*

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

- a) Procède à une appréciation des pratiques de l'établissement concernant les droits des usagers et la qualité de l'accueil et de la prise en charge, fondée sur une analyse de l'origine et des motifs des plaintes, des réclamations et des témoignages de satisfaction reçus dans les différents services ainsi que des suites qui leur ont été apportées ;*
- b) Recense les mesures adoptées au cours de l'année écoulée par le conseil d'administration ou l'organe collégial qui en tient lieu en ce qui concerne les droits des usagers et la qualité de l'accueil et de la prise en charge et évalue l'impact de leur mise en œuvre ;*
- c) Formule des recommandations, notamment en matière de formation des personnels, destinées à améliorer l'accueil et la qualité de la prise en charge des personnes malades et de leurs proches et à assurer le respect des droits des usagers.*

Plusieurs outils sont à votre disposition, outre l'analyse des plaintes vous pourrez utiliser les ques-

tionnaires de sorties et enquêtes de satisfaction, ainsi que les travaux autour de la qualité.

Analyser les plaintes dans une optique de résoudre les problèmes futurs

Après avoir veillé à ce que la plainte soit correctement traitée (dans une optique de réparation), vous pourrez les analyser dans une optique de prévention : comment faire pour que le problème ne se renouvelle pas ?

Passez d'une difficulté vécue par un usager au fonctionnement d'un service, d'un secteur ou d'un hôpital. C'est souvent cette volonté d'amélioration globale plus que de réparation individuelle qui anime les réclamants. Par exemple, si plusieurs patients se plaignent de voir leur intervention chirurgicale retardée et parfois reportée : est-ce en raison d'interventions en urgence, est-ce une ques-

tion d'organisation des blocs opératoires ? Que l'établissement compte-t-il faire pour raccourcir ce délai ?

Questionnez l'établissement :

- Qu'est-ce que la situation qui a donné lieu à une réclamation (ou une plainte) révèle de la manière dont l'établissement fonctionne ? Quelles sont les causes possibles ?

- Quelle est la procédure à mettre en œuvre, s'il y en a une ?

- Est-elle réellement mise en place ? Est-elle satisfaisante ? Peut-on en mettre une autre en place, qui respecte plus l'usager, le satisfasse mieux ?

Allez vous rendre compte par vous-même : des difficultés liées au repas peuvent conduire à visiter les cuisines ou suivre l'itinéraire des plateaux repas ; les plaintes récurrentes de patients sur la confidentialité dans une salle de surveillance post-opératoire nécessitent peut-être la pose d'une cloison...



Questionnaires de sortie et enquêtes de satisfaction

Dès 1996, les établissements de santé ont été contraints par la loi de proposer des questionnaires de sortie pour recueillir le point de vue des personnes sur leur hospitalisation ; cela peut être complété par des questionnaires de satisfaction. Ces outils présentent l'avantage d'exister, mais leur méthodologie ne permet que de répondre partiellement au souci d'exploration des attentes des malades-usagers et de la manière dont ils souhaitent construire leur relation au système et aux professionnels de santé.

Les questionnaires répondent à l'objectif précis de quantifier cette satisfaction dans une optique de recherche d'amélioration de la qualité. Ils sont centrés sur l'hôtellerie et en partie sur les soins, ce qui laisse peu de place à des problématiques importantes pour l'utilisateur à savoir l'entrée et la sortie de l'hôpital.

D'une façon générale, les résultats montrent un fort taux de satisfaction, alors même que des observations, lorsque la possibilité de s'exprimer librement est prévue sur le document, font état d'éloges ou au contraire de nombreuses difficultés ou désagréments vécus lors du séjour. Ceci laisse imaginer qu'elles renseignent insuffisamment sur les perceptions réelles des patients, les malades, consciemment ou inconsciemment n'osant pas livrer le fond de leur pensée, du fait de leur dépendance vis-à-vis de leur entourage soignant ou par peur de représailles.

L'autre faiblesse des questionnaires de sortie réside dans les modalités de réponse imposées aux patients : ils sont essentiellement constitués de questions fermées, ce qui laisse peu de place à

l'utilisateur pour relater son vécu de l'hospitalisation dans toute sa complexité. Cela l'oblige à résumer une perception globale alors que l'intérêt est de repérer les moments critiques positifs ou négatifs pour retravailler ces situations. Pour pallier ce type d'inconvénient, il est souhaitable de voir ces enquêtes complétées par des enquêtes plus qualitatives avec la réalisation d'entretiens auprès de personnes ayant eu l'expérience de l'hôpital. Les représentants d'utilisateurs de la CRUQPC peuvent le proposer à la direction de l'hôpital.

Néanmoins les questionnaires de sortie permettent un suivi sur le long terme et leurs résultats constituent un indicateur de qualité dont la progression et la dégradation permettent de suivre l'investissement des professionnels autour de la prise en compte des attentes des personnes hospitalisées et de leurs proches. Cela présente également l'avantage d'être un levier, une incitation à la mobilisation des professionnels pour mieux répondre aux demandes des personnes.

Enfin, la réalisation d'une enquête plus ciblée préparant ou suivant la mise en place d'une mesure particulière constitue une démarche complémentaire intéressante.

Le Ministère de la Santé est en train de mettre en place un indicateur de mesure de la satisfaction des patients hospitalisés sur le mode des autres indicateurs obligatoires.

Attention toutefois à ne pas vous en contenter : la subjectivité, le vécu des personnes, ainsi que le respect de leurs droits ne se laissent pas enfermer dans un indicateur !

Comment la lecture, l'analyse et la synthèse des plaintes peuvent informer sur la qualité ?

Les plaintes des usagers sont une source d'information pour apprécier la qualité de la prise en charge et repérer d'éventuels dysfonctionnements. Chaque lettre de réclamation peut être l'occasion pour un service, un secteur d'activité, pour l'établissement de se remettre en question, de s'interroger sur ses pratiques et son organisation.

En outre, la synthèse des plaintes est une autre étape permettant de porter un regard global sur

l'établissement et de repérer des motifs de plaintes récurrentes, des services ou des moments du parcours du patient posant davantage problème.

Un suivi des plaintes, à partir de tableaux et d'indicateurs, permet également de suivre les progressions, les évolutions et de mesurer ainsi l'impact des mesures prises, à l'instar des questionnaires de sortie et/ou de satisfaction.

Voici un exemple de tableau de suivi

Personnalisez-le selon vos besoins :

Remarque du patient	Date de la remarque	Réponse faite au patient	Traitement en CRUQPC	Solution globale proposée	Mise en œuvre à vérifier le
Ex : froid dans sa chambre au 3 ^e étage		Par le médiateur non médical le 2/11/10	Le 1/11/10 : signalement aux services généraux	Travaux de chaufferie en 2011	1/3/11 : vérifier la programmation des travaux 1/9/11 : vérifier l'effectuation des travaux

3.10 Comment travailler sur le livret d'accueil ?

Depuis 1974, l'établissement est tenu de remettre aux patients, lors de leur admission, un livret d'accueil. C'est un outil de l'amélioration de l'accueil du patient, dont le contenu minimal est fixé par arrêté ministériel. Il a vocation à donner à l'usager les éléments nécessaires à sa bonne information sur le fonctionnement de l'établissement et à faciliter ses démarches. À ce titre vous avez toute légitimité à avoir un droit de regard et de proposition sur son contenu, pour qu'il réponde le mieux possible à son objectif. Vous veillerez à ce qu'il soit révisé régulièrement.

Vérifiez, au-delà du contenu réglementaire, qu'il répond bien aux questions que tout patient se pose lors de son hospitalisation :

- Qui fait quoi dans l'établissement ?
- Quel est le plan des locaux ? Comment peut-on y accéder ? Quelles sont les zones accessibles aux personnes à mobilité réduite ?
- Quels sont les horaires de l'accueil ?...

- Votre rôle de RU y est-il expliqué ? Sait-on comment vous joindre ?

Vérifiez qu'il est compréhensible par tous : un vocabulaire simple, des phrases courtes, un sommaire, une présentation claire et lisible (caractères et présentation, une date de mise à jour, des sigles explicites...).

Trop d'informations tuent l'information : il ne doit pas tout contenir, mais doit expliquer où et comment se procurer l'information.

Il est remis au plus tard au moment de l'admission, mais vous pouvez proposer qu'il soit remis lors de la décision d'hospitalisation.

Une bonne information est accompagnée, pour prendre en compte les difficultés d'accès à l'information, ou celles de compréhension : demandez à ce qu'il soit brièvement présenté par oral au moment de sa remise.

Proposez à l'établissement de l'éditer aussi en braille, et en police de caractères adaptés aux mal-voyants.

EN PRATIQUE

Utilisez le « vérificateur » qui figure ci-après, pour évaluer si son contenu est conforme à l'arrêté du 15 avril 2008.

Le livret d'accueil de mon établissement est-il conforme à la législation ?

À la lecture du livret d'accueil, puis-je répondre aux questions suivantes ? Cochez les cases du tableau suivant. Si vous avez coché « oui » dans tous les cas, le livret d'accueil est conforme à la législation. Si vous avez coché une ou plusieurs fois la case « non » demandez à l'établissement de réunir un groupe

de travail vous associant à ses travaux pour le retravailler. Si vous avez coché une ou plusieurs fois la case « je ne sais pas », il est peut-être conforme à la législation mais n'est sans doute pas très clair. Proposez à l'établissement de le réviser en améliorant sa lisibilité.

	En lisant le livret d'accueil, je peux savoir...		
	OUI	NON	Je ne sais pas, je n'arrive pas à trouver cette information
Quelle est la situation géographique de l'établissement et des sites qui le composent ?			
Quels sont l'adresse, le téléphone et le mail de l'établissement et des différents sites ?			
Comment vous joindre vous et les autres représentants des usagers ?			
Quelles sont les associations ayant conclu une convention avec l'établissement, ? Comment les joindre ?			
Comment joindre les représentants des cultes (facultatif dans les établissements privés non ESPIC) ?			
Comment reconnaître les différentes catégories de professionnels : médecins, soignants, administratifs... ?			
Comment se renseigner pour être reçu par un médecin ?			
Comment se renseigner sur les horaires de repas ?			
Comment se renseigner sur les horaires de visite ?			
Comment se renseigner sur les horaires d'accueil téléphonique ?			
Quelles sont les formalités administratives à accomplir à l'admission et à la sortie ?			
Comment se renseigner sur le montant, la prise en charge et le règlement des frais de consultation, de séjour et de transport sanitaire ?			
Quelles sont les règles applicables aux activités exercées à titre libéral (dans les établissements publics) ?			
Comment déposer de l'argent et des valeurs ?			
Où s'informer et connaître les tarifs des prestations hôtelières, des éléments de confort et services proposés par l'hôpital ?			
Est-il possible, et à quelles conditions, que l'établissement héberge les proches des patients ?			
Comment le service social, s'il existe, peut-il m'aider ? Comment le joindre ?			

Comment se renseigner sur les modalités de sortie de l'établissement ? Comment connaître les démarches à accomplir ou à faire accomplir par les proches ?			
Qu'est-il prévu pour l'accueil des personnes les plus démunies (pour les établissements publics ou les ESPIC) ?			
Quelles sont les activités concernant l'enseignement scolaire ?			
Quels sont les droits essentiels de la personne hospitalisée : les principes généraux de la charte de la personne hospitalisée figurent-ils en annexe du livret ?			
Quelles sont les principales règles du respect de la vie collective interne à l'établissement de santé (en particulier concernant l'hygiène et le bruit) ?			
Comment consulter le règlement intérieur ?			
Quelles sont les conditions d'accès aux informations de santé ?			
Combien de temps sont conservés les dossiers médicaux ? Comment sont-ils conservés ?			
Quels sont mes droits en matière d'accès aux données informatiques personnelles ?			
Comment faire part des directives anticipées ?			
Comment désigner une personne de confiance ?			
Comment, à qui faire part de plaintes ou de réclamations ? Comment seront-elles examinées ?			
Quels sont les membres de la CRUQPC ?			
Comment se renseigner sur les résultats d'évaluation de la qualité ? Comment accéder au rapport de certification ?			
Comment se renseigner sur la satisfaction des usagers ?			
Quels sont les engagements pris par contrat pour lutter contre la douleur (en annexe) ?			
Quel est le programme annuel de lutte contre les infections nosocomiales (en annexe) ?			

LE LIVRET D'ACCUEIL PEUT-IL CONTENIR DES PUBLICITÉS ?

Certains hôpitaux font financer l'édition de leur livret d'accueil par des partenaires, moyennant un encart publicitaire.

Attention, le code de la santé publique interdit toute publicité sur le médicament (vérif : L.5122-6)

Le conseil d'État considère les encarts comme possibles s'ils « répondent à un intérêt public ou comme le complément ou le prolongement de l'activité de service public ». (avis 19/11/87)

On peut, dans ces conditions, considérer comme acceptables les publicités de l'assurance maladie, des mutuelles et également d'éditeurs, de fleuristes, d'entreprises de diététique (hors médicaments)... dans la mesure où elles se situent dans le prolongement des activités de soins et d'hébergement d'un établissement de santé.



Dois-je intervenir sur la certification ?

3.11

Qu'est-ce que c'est ?

Les établissements de santé doivent s'engager dans une démarche d'amélioration continue des services qu'ils dispensent et des processus qu'ils mettent en œuvre pour dispenser ces services (accueil, hébergement, prise en charge médicale, soins...). Cette démarche, qui vient du monde de l'industrie, est dite « démarche qualité. » Elle vise à conformer les

services et l'organisation de l'hôpital à des standards et des normes produits par une autorité publique indépendante : la **Haute Autorité de Santé (HAS)**. La certification est le processus permettant d'obtenir de la HAS un certificat qui atteste de la mise en œuvre de cette démarche.

Quels sont les établissements concernés ?

La certification est obligatoire pour tous les hôpitaux et cliniques et de façon plus générale tous les établissements sanitaires publics et privés (centres

de soins de suite, centres de rééducation...) du territoire français.

Comment ça se passe ?

La démarche de certification se déroule sur une vingtaine de mois.

1/ À partir du référentiel élaboré par la HAS, qui récapitule l'ensemble des critères que l'établissement doit remplir pour prétendre à se dire « de qualité », l'établissement va réaliser une **auto-évaluation**. Tous les personnels y sont impliqués.

2/ Des professionnels de santé nommés par la HAS vérifient la conformité de cette auto-évaluation à la réalité de l'établissement : ce sont les experts-visiteurs. Ils viennent dans l'établissement et y

rencontrent les principaux acteurs.

3/ Ils rédigent un rapport de certification, sur la base duquel la HAS décide ou non de certifier l'établissement. Ce rapport est publié sur le site de la HAS. Vous pouvez y avoir accès.

Le rapport met en avant les points forts de l'établissement, les points à améliorer.

(Pour les rapports mis en ligne depuis le 1^{er} janvier 2009, une version synthétique, à la présentation plus accessible, est également disponible).

Quel est l'intérêt de la certification pour l'utilisateur ?

La démarche d'auto-évaluation et la visite permettent aux professionnels de l'établissement de :

- réfléchir ensemble à leur organisation, en fonction des différents besoins des patients;
- identifier les points forts et les points à améliorer;
- définir des actions prioritaires;
- faire évoluer leur façon de travailler.

Pour :

- améliorer la qualité et la sécurité des soins délivrés au patient;
- promouvoir des démarches d'évaluation et d'amélioration;
- renforcer la confiance des usagers par la communication des résultats.

À quels critères dois-je faire attention ?

Le référentiel qualité utilisé comprend deux chapitres : le management de l'établissement, et la prise en charge du patient. Il détaille des critères de qualité, évalués sur plusieurs niveaux.

Certains revêtent une importance particulière pour les usagers, en particulier :

- les conditions de la prise en charge des patients,
- la gestion des plaintes et réclamations,
- l'accès au dossier médical,
- la gestion des risques.

Un groupe de travail du CISS a identifié 17 critères essentiels sur les 42 du chapitre prise en charge des patients :

- Critère 10.a Prévention de la maltraitance et promotion de la bientraitance
- Critère 10.b Respect de la dignité et de l'intimité du patient
- Critère 10.c Respect de la confidentialité des informations relatives au patient
- Critère 10.d Accueil et accompagnement de l'entourage
- Critère 11.a Information du patient sur son état de santé et les soins proposés
- Critère 11.b Consentement et participation du patient
- Critère 11.c Information du patient en cas de dommage lié aux soins
- Critère 12.a Prise en charge de la douleur
- Critère 13.a Prise en charge et droits des patients en fin de vie
- Critère 14.a Gestion du dossier du patient
- Critère 14.b Accès du patient à son dossier
- Critère 15.a Identification du patient à toutes les étapes de sa prise en charge
- Critère 17.a Évaluation initiale et continue de l'état de santé du patient et projet de soins personnalisé
- Critère 18.a Continuité et coordination de la prise en charge des patients
- Critère 20.a Démarche qualité de la prise en charge médicamenteuse du patient
- Critère 26.a Organisation du bloc opératoire
- Critère 25.a Prise en charge des urgences et des soins non programmés

Quelle est ma place de RU dans la démarche ?

Le fonctionnement de la CRUQPC est étroitement lié à la démarche qualité : ses missions sont définies par le législateur en ayant à l'esprit cette méthode de management. Le RU est donc déjà un acteur à part entière de l'amélioration de la qualité.

Le bilan d'activité de la CRUQPC est adressé aux experts-visiteurs. Il sert notamment à alimenter les critères suivants :

- Gestion des événements indésirables (PEP),
- Système de gestion des plaintes et réclamations (PEP),
- Droits des patients : respect de la dignité, de l'intimité, de la confidentialité, droit à l'information, au consentement,
- Politique d'amélioration de la qualité et de sécurité des soins,
- Accès du patient à son dossier (PEP),
- Évaluation de la satisfaction des usagers,
- Promotion de la bientraitance/prévention de la maltraitance,
- Prise en charge et droits des patients en fin de vie (PEP),
- Prise en charge de la douleur (PEP),
- Fonctionnement des instances.

Selon les établissements, cette place pourra varier. Rien n'est imposé à l'établissement dans la démarche d'auto-évaluation, mais la HAS souligne l'intérêt de votre participation aux travaux. Vous

pouvez donc vous impliquer dans des groupes de travail, qui font l'état des lieux et rédigent les procédures. *A minima*, demandez à être informé de la rédaction de celle qui porte sur les thématiques prioritaires aux yeux des usagers.

Une nouvelle version de la certification dite V2014 doit se généraliser, contrairement à ce que son nom indique, en 2015 pour remplacer la V2010. Si le référentiel global de certification ne devrait que peu évoluer, cette nouvelle version prévoit néanmoins la mise en œuvre :

- de comptes qualité permettant une continuité dans l'évaluation des établissements de santé et éviter que l'activité de l'établissement sur ce sujet se concentre uniquement au moment de la visite de certification ;
- de la notion de patient traceur qui vise à suivre et analyser le parcours de quelques patients emblématiques au sein d'un établissement.

Il demeure pour l'instant un flou sur la rencontre entre les représentants des usagers membres de la CRUQ-PC et les experts visiteurs de la HAS chargés de la visite de certification. Nous serons attentifs sur ce point lors du déploiement de la certification V2014, nous comptons sur vous pour l'être également.



Dites au responsable qualité de l'établissement que vous souhaitez être impliqué dans la démarche d'auto-évaluation. A minima, il doit vous en communiquer les résultats.

Faites connaître quels sont les besoins des usagers : les professionnels peuvent les perdre de vue, pris par leur regard de professionnels, souvent techniciens, et leurs contraintes propres ; la meilleure façon de les connaître est de leur demander leur avis. Vous êtes là pour ça.

Pointer les points forts et les points d'effort ; les soignants ont besoin d'avoir un retour sur ce qui ne marche pas, mais aussi sur ce qui marche bien.

Si vous avez été informé trop tard – moins de 3 semaines avant - de la venue des experts-visiteurs, faites-le leur savoir en leur écrivant à la HAS.

Comment faire vivre la démarche après l'obtention de la certification ?

La certification ne doit pas être vécue comme un examen ou un concours que passe chaque établissement mais plutôt un travail de fond mobilisant l'ensemble de ses personnels.

Ne perdez pas de vue que la plus parfaite des procédures est comme une prescription

médicale : elle doit être suivie. Veillez à ce que les procédures écrites soient appliquées.

Ne perdez pas de vue que la réalité est toujours plus complexe que ce qui peut être décrit dans une procédure. Attention à l'application trop mécanique de celle-ci.

Quelles sont les limites de la démarche ?

La certification a lieu tous les 4 ans. Entre-temps, il est fréquent que la dynamique d'amélioration s'épuise et que les difficultés ressurgissent.

Le traitement des problèmes se fait de manière globale, au niveau de l'ensemble de l'hôpital, rien ne garantit que la réponse individuelle soit bien donnée à chaque réclamation des usagers.



Faites savoir aux représentants des usagers en CRSA quels sont les résultats de votre établissement.

Référez-vous à la démarche quand vous traitez un dossier de réclamation. La CRUQPC doit être informée des suites données et des actions entreprises.

Prenez contact avec le RU qui siège en conseil de surveillance, pour qu'il contrôle que les moyens sont bien affectés aux priorités et actions entreprises, et non à des chantiers annexes.

Prenez contact avec les RU de la conférence de territoire : ils pourront vérifier que les besoins de la population sur le territoire de l'établissement correspondent bien à ce qui est mis en œuvre dans le cadre de la certification.

Comment utiliser la démarche de certification pour faire évoluer les pratiques de la CRUQPC ?

Le fonctionnement de la CRUQPC est en effet lui-même évalué dans les critères suivants :

- 1d : politique des droits des patients:
- 1e : politique d'amélioration de la qualité et de la sécurité des soins
- 2b : implication des usagers, de leurs représentants et des associations
- 2c : fonctionnement des instances

- 9a : système de gestion des plaintes et réclamations

Vous pouvez donc vous appuyer sur la démarche de certification pour faire évoluer : la fréquence de ses réunions, la participation de ses membres, la manière dont elle est organisée et coordonnée avec d'autres instances.

POUR ALLER PLUS LOIN



- Guide CISS du représentant des usagers du système de santé – IV^e édition (disponible en PDF), p. 93 à 101.

- consultez le rapport de l'établissement qui vous concerne sur le site de la HAS.

- Suivez la formation CISS : Le RU et la qualité à l'hôpital.

3.12

Quelles sont les obligations de l'établissement en matière de publication d'indicateurs qualité ?

En 2010, l'obligation de "mise à disposition du public" par les cliniques et les hôpitaux, chaque année, d'une série d'indicateurs de qualité et de sécurité des soins est devenue réglementaire et contraignante.

Un arrêté et un décret fixent les règles de publication et les sanctions financières encourues en cas de non-respect. Ils sont entrés en vigueur le 1^{er} janvier 2010. Cette liste est modifiable chaque année.

Liste obligatoire pour les établissements de santé concernés par le recueil de ces indicateurs (liste valable au 5 mars 2013)

(ils vous sont expliqués dans le guide CISS du RU IV^e édition (disponible en PDF) p. 94 et suivantes)

Sous le pilotage du ministère de la Santé, les 7 indicateurs du tableau de bord des infections nosocomiales : ils montrent que l'établissement met en œuvre les principales mesures qui permettent de lutter contre ces infections.

1. ICALIN² (indice composite des activités de lutte contre les infections nosocomiales); 2. ICSHA² (indice de consommation de produits hydro-alcooliques); 3. ICLASIO (indicateur composite de lutte contre les infections du site opératoire); 4. ICATB (indice composite de bon usage des antibiotiques); 5. Indice SARM (indice de taux de Staphylococcus aureus résistant à la méticilline); 6. Un score agrégé, élaboré à partir des résultats de chacun des indicateurs; 7. ICA-BRM (indicateur composite de maîtrise de la diffusion des bactéries multi-résistantes).

Sous le pilotage du ministère de la Santé et de la Haute Autorité de santé,

15 indicateurs de qualité issus du dossier du patient :

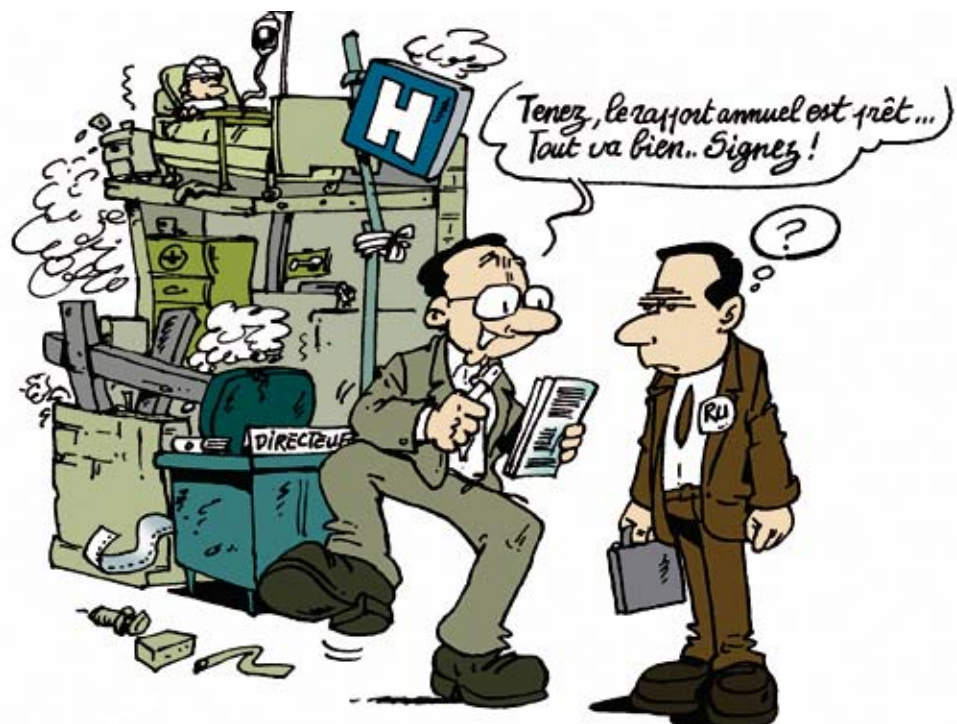
Année 1

- date et heure de survenue des symptômes lors de la prise en charge initiale de l'accident vasculaire cérébral (DHS);

- aspirine après un accident vasculaire cérébral ischémique (ASP);
- évaluation par un professionnel de la rééducation lors de la prise en charge initiale de l'accident vasculaire cérébral (EPR);
- tenue du dossier du patient dans le cadre de la prise en charge de l'accident vasculaire cérébral (AVC-TDP);
- prescriptions médicamenteuses appropriées après un infarctus du myocarde (BASI);
- sensibilisation aux règles hygiéno-diététiques après un infarctus du myocarde (HYG);
- prévention de l'hémorragie lors de la délivrance après un accouchement (DEL);
- surveillance clinique minimale en salle de naissance après l'accouchement (SURMIN).

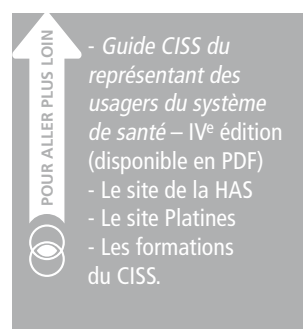
Année 2

- tenue du dossier patient (TDP);
- délai d'envoi du courrier de fin d'hospitalisation (DEC);
- traçabilité de l'évaluation de la douleur (TRD);
- dépistage des troubles nutritionnels (DTN);
- tenue du dossier anesthésique (TDA);
- traçabilité de l'évaluation du risque d'escarre (TRE);
- réunion de concertation pluridisciplinaire en cancérologie (RCP).



- **Demandez à avoir accès vous-même à ces indicateurs, et à ce qu'on vous explique à quoi ils renvoient.**
- **Vérifiez qu'ils sont affichés de manière visible, et que leur présentation est lisible et compréhensible.**
- **Dans les établissements importants, demandez à ce qu'ils soient présentés par service ou par pôle (tout dépend de l'organisation de l'établissement).**
- **Dans les établissements de santé possédant un service de neurologie et de cardiologie, demandez à avoir accès aux indicateurs de pratique clinique concernant les infarctus du myocarde et les AVC ayant eu lieu après l'hospitalisation. Demander une présentation régulière des sujets d'évaluation des pratiques professionnelles travaillés par les différents services/pôles, les actions d'amélioration mises en place et le suivi des indicateurs qui les accompagnent (obligation HAS dans le cadre de la certification 2010).**
- **Comparez ces indicateurs avec ceux des établissements proches, pour mieux situer les résultats de votre établissement, mais aussi avec les indicateurs nationaux publiés par le ministère de la Santé.**

Si l'établissement ne respecte pas ses obligations en ne publiant pas ou en publiant partiellement ces indicateurs, vous devez lui demander de le faire. Au besoin, signalez-le par lettre recommandée au directeur général de l'agence régionale de santé. Il pourra aller jusqu'à prendre des sanctions financières à l'encontre de l'établissement.



Comment travailler sur le rapport annuel ?

3.13

ARTICLE L1112-3 DU CODE DE LA SANTÉ PUBLIQUE

Al. 4 - Le conseil de surveillance des établissements publics de santé ou une instance habilitée à cet effet dans les établissements privés délibère au moins une fois par an sur la politique de l'établissement en ce qui concerne les droits des usagers et la qualité de l'accueil et de la prise en charge, sur la base d'un rapport présenté par la commission des relations avec les usagers et de la qualité de la prise en charge. Ce rapport et les conclusions du débat sont transmis à la conférence régionale de la santé et de l'autonomie et à l'agence régionale de santé qui est chargée d'élaborer une synthèse de l'ensemble de ces documents.

Le rapport de la CRUQPC est un levier important pour rendre plus effectifs les droits des usagers dans l'établissement et améliorer la qualité : c'est sur lui que vous pourrez vous appuyer, d'une année à l'autre, pour demander des comptes à l'établissement sur les points que vous y aurez fait figurer. C'est aussi un outil de travail pour de nombreux autres acteurs dans et hors de l'établissement.

La rédaction du rapport annuel est souvent réalisée par un responsable des relations avec les usagers

à partir des éléments statistiques et des comptes rendus des réunions. Cet avant-projet peut être réalisé avec les RU s'ils le souhaitent et le sollicitent. En tout état de cause, le projet de rapport annuel doit être transmis à l'ensemble des membres afin que chacun puisse y apporter les modifications qu'il souhaite. Ce n'est qu'après la prise en compte de ces différents points de vue que la version finale du rapport annuel peut être élaborée puis approuvée lors de la première séance de l'année suivante.

Que doit-il contenir ?

Il doit refléter l'activité réelle de la CRUQPC au cours de l'année : son fonctionnement, ses activités, mais aussi ses recommandations, ses avis, qu'ils aient été ou non suivis d'effets :

- les actions menées dans l'amélioration de la qualité,
- les difficultés rencontrées qui mériteraient une plus grande mobilisation de l'établissement et des professionnels.

À éviter

- Un rapport annuel inexistant, ou vide.
- Un rapport qui ressemble plus à un document promotionnel.
- Un rapport qui ne vous est proposé qu'au moment de le signer.
- Un rapport qui ne contient que des statistiques : la CRUQPC doit les analyser lors de ses réunions.
- Un rapport qui n'ouvre pas de pistes de travail pour l'année suivante.

Puis-je intervenir dans la rédaction du rapport annuel de la CRUQPC ?

Non seulement vous le pouvez, mais vous le devez. C'est un signe que l'établissement vous laisse bien remplir votre rôle. Il ne faut jamais oublier que tenir

le stylo est le meilleur moyen de s'assurer de faire passer ses messages.

EN PRATIQUE

L'idéal est d'être le co-rédacteur de l'ensemble du rapport.

***A minima*, choisissez le plan et les contenus abordés.**

Soyez co-rédacteur des parties principales. Portez particulièrement attention à la formulation des avis, des recommandations, des propositions que l'établissement devrait mettre en œuvre.

Le rôle du RU ne s'arrête pas là, il doit s'assurer de la diffusion du rapport dans l'établissement pour les usagers et les professionnels.

La CRUQPC est composée de quatre RU (2 titulaires et 2 suppléants) il est plus facile de participer collectivement à la rédaction et à la relecture de ce rapport. N'hésitez pas à vous rencontrer entre RU, pour travailler ensemble à cette rédaction.

Où va le rapport annuel après sa rédaction ?

Le rapport annuel de la CRUQPC sera diffusé et utilisé à la fois en interne, et en externe.

EN INTERNE	POURQUOI FAIRE ?
La CME	Pour élaborer la politique de qualité et de gestion des risques de l'établissement. Elle ne pourra donc pas passer à côté d'une recommandation faite par la CRUQPC.
Le conseil de surveillance (ou l'instance habilitée au pilotage tel que le conseil d'administration dans les établissements privés)	Pour délibérer sur la politique de l'établissement en ce qui concerne les droits des usagers et la qualité de la prise en charge.
EN EXTERNE	
Aux experts-visiteurs de la HAS	Voir la partie « certification » du présent guide.
La conférence de territoire	Ce n'est pas obligatoire, mais il est important que les RU, et au-delà l'ensemble des membres de la conférence, aient une idée de la qualité de la prise en charge et de l'effectivité du respect des droits des usagers dans les établissements situés au sein du territoire.

L'ARS	Pour avoir une vision de l'effectivité de l'application des droits au sein d'un établissement, et en cas de dysfonctionnement grave éventuellement le sanctionner ou, au contraire le valoriser s'il a mis en place une politique particulièrement intéressante visant à améliorer la prise en charge de ses patients ou le respect des droits.
La commission spécialisée « droits des usagers » de la CRSA	Pour vérifier que le droit des usagers est effectif au niveau régional et orienter la politique régionale de santé. Réaliser un rapport de synthèse de l'ensemble des rapports qui sera par la suite transmis à la Conférence nationale de santé qui rédigera sur cette base un rapport national.

Faites-vous inviter en conseil de surveillance, si vous n'en êtes pas membre, à l'occasion de la présentation du rapport : il doit y être débattu. Veillez à ce qu'il y ait un véritable échange sur son contenu, et que les constats et propositions de la Commission soient bien intégrés et repris dans les axes de la politique d'amélioration de la qualité menée par l'établissement. Veillez à ce que ce sujet ne soit pas le dernier point à l'ordre du jour du conseil de surveillance et qu'il y ait un temps suffisant pour l'expression de tous les avis. *A minima*, prenez contact avec les RU au conseil de surveillance pour qu'ils se chargent de vérifier les points évoqués. Éventuellement, présentez-le en Commission Médicale d'Établissement. Proposez une version allégée du rapport, lisible par le public. Ce peut être une affiche dans l'établissement, qui récapitule les principaux éléments et signale que le rapport est à disposition dans sa version intégrale. Envoyez le rapport annuel à votre CISS régional et à votre association d'origine, aux représentants des usagers de la conférence de territoire et de la CRSA. Signalez-leur au moins que le rapport est publié. Il n'est pas sûr que l'établissement le diffuse bien.

EN PRATIQUE



Consultez le guide *Rédiger le rapport annuel de la CRU, Recommandations et modèle-type*, édité par la Direction générale de la Santé, 2008.

Comment rendre compte de mon mandat ?

Rendre compte de son mandat est un exercice difficile, rarement formalisé. Et pourtant cela est essentiel pour rendre visible la représentation des usagers, montrer combien elle est importante et

utile au sein de l'établissement. Il ne s'agit donc pas tant de rendre des comptes au sens propre, mais bien plus de communiquer et rendre visible votre présence et votre action.

3.14

À qui rendre compte ?

1/ À votre association

C'est votre association qui vous a confié votre mandat : c'est vis-à-vis d'elle que vous êtes engagé au premier chef. Tenez-la au courant de votre action de manière régulière : vous pourrez ainsi partager votre expérience et recevoir un soutien.

On ne peut pas représenter les usagers tout seul,

sans se sentir soutenu par une organisation, inscrit dans un dispositif. Vous gagnerez donc en légitimité et en efficacité en sentant que votre parole est partagée et vos positions débattues et élaborées en commun. Le cœur de la démocratie sanitaire bat de ces échanges.

Envoyez à votre association le compte rendu de chaque réunion de la CRUQPC que vous accompagnerez de votre analyse d'une dizaine de lignes sur les enjeux de la réunion et vos positions. Veillez à ce que les informations présentées dans le compte rendu soient anonymisées. En effet, vous êtes soumis au secret professionnel : les noms ne doivent donc pas apparaître. *A minima*, envoyez à votre association le rapport annuel de la CRUQPC, en y joignant un court texte sur votre action propre : quelles positions ai-je tenu ? Sur quoi ai-je insisté ? Quelles sont les difficultés rencontrées ? Inutile de faire trop long !

Rédigez ou faites rédiger dans le rapport d'activité de l'association un paragraphe sur votre action de représentant : cela la rendra plus visible.

Vous pourrez y faire figurer quelques informations importantes :

- le nombre de réunions auxquelles vous avez participé,
- le nombre de réclamations traitées,
- les droits des usagers que vous avez le plus défendus,
- les projets de l'établissement auxquels vous avez contribué.

2/ Aux acteurs de l'établissement

Présentez le rapport annuel de la CRUQPC au sein de la CME. Ce sera l'occasion de débattre des améliorations à mettre en œuvre dans l'établissement, des expériences positives d'un service à mettre en place plus largement dans l'établissement...

Aux usagers eux-mêmes

Une manière efficace de leur rendre compte est de présenter le bilan de votre action aux associations qui interviennent à l'hôpital.

Au sein de la maison des associations, présentez le rapport annuel de la CRUQPC, accompagné d'un commentaire plus personnel de votre part. Vous recueillerez des avis utiles.

Utilisez, là où il existe, le site intranet, le journal interne de l'hôpital.

Certains RU de différents établissements organisent une fois par an une rencontre avec les usagers, au sein de leur département, sous forme de débat public. Elles enrichissent leur connaissance des besoins de la population, et permettent à chacun d'avoir une vision plus globale des problématiques rencontrées.

3.15

Comment mettre fin à mon mandat ?

Vous pouvez remettre votre mandat à disposition de son association pour des raisons de convenance, en cas de différends entre vos propres convictions et les positions portées par l'association, ou parce que vous avez fait le tour du poste.

Le conseil d'administration de votre association peut aussi y mettre fin, parce que vous ne participez plus à la vie de l'association suffisamment pour être apte à en porter les principes et les valeurs, ou plus simplement parce que votre mandat est échu.

Les postes doivent tourner, c'est la garantie d'une vitalité démocratique.

En tous les cas, que vous partiez ou que l'on vous demande de partir, ouvrez le dialogue sur vos raisons mutuelles. Cela permettra à votre successeur de prendre ses fonctions dans des bonnes conditions.

Rencontrez votre successeur dans les mois qui précèdent votre départ.

Formez votre suppléant tout le long de votre mandat.

Laissez vos coordonnées aux RU en poste, et proposez-leur de faire un bilan 6 mois après votre départ. Ils auront certainement des questions à vous poser !

Annexes

1/ CruQ-Quizz

2/ Glossaire

3/ Charte de la personne hospitalisée

4/ Lettre d'accès au dossier médical

5/ Fiche de demande de remboursement de frais

6/ Bibliographie / Webographie

7/ Coordonnées des CISS régionaux

8/ Santé Info Droits

Annexe 1

Supplément : cruQ-Quizz

Ma CRUQPC est-elle dans les clouds ? Ma CRUQPC est-elle dans les choux ?

[Bon, d'accord : La CRUQPC en 6 questions, si vous préférez...]

Le fonctionnement de la CRUQPC dans laquelle vous siégez est-il conforme au droit ?

Les RU peuvent-ils effectivement y exercer leur rôle ?

Pour le savoir, répondez aux questions suivantes :

1/ La CRUQPC se réunit au moins 4 fois par an	<input type="checkbox"/> OUI	<input type="checkbox"/> NON
2/ Les documents préparatoires à la réunion me sont communiqués dans un délai d'au moins 8 jours avant la réunion	<input type="checkbox"/> OUI	<input type="checkbox"/> NON
3/ Le rapport annuel existe, est élaboré en accord avec les RU, et diffusé	<input type="checkbox"/> OUI	<input type="checkbox"/> NON
4/ Les frais de transport des RU sont effectivement remboursés par l'établissement	<input type="checkbox"/> OUI	<input type="checkbox"/> NON
5/ La CRUQPC est informée régulièrement des suites données à ses recommandations et avis	<input type="checkbox"/> OUI	<input type="checkbox"/> NON
6/ Les RU ont accès à l'intégralité des dossiers de plaintes et réclamations	<input type="checkbox"/> OUI	<input type="checkbox"/> NON



Moins de 2 réponses positives : il s'agit d'un nouvel établissement ?

Moins de 4 réponses positives : le fonctionnement de la CRUQPC de votre établissement laisse à désirer : demandez un entretien avec le directeur. Présentez-lui les exigences minimales de la réglementation.

4 ou 5 réponses positives : ne relâchez pas vos efforts pour faire appliquer la réglementation. Mettez le fonctionnement de la CRUQPC à l'ordre du jour de sa prochaine réunion.

6 réponses positives : bravo, vous êtes nommé Super RU 2011.

Annexe 2

Glossaire

Un glossaire plus complet est disponible sur le site internet du CISS : www.leciss.org/

ARS	Agence régionale de Santé	EIG	Événement indésirable grave
CADA	Commission d'accès aux documents administratifs	ES	Établissement de santé
CHT	Communauté hospitalière de territoire (nouveau issue de la loi HPST)	ESPIC	Établissement de santé privé d'intérêt collectif (anciens établissements privés à but non lucratif participant au service public hospitalier - PSPH)
CISS	Collectif interassociatif sur la santé	FEHAP	Fédération des établissements hospitaliers et d'aide à la personne
CLAN	Comité de liaison alimentation et nutrition	FHF	Fédération hospitalière de France
CLIN	Comité de lutte contre les infections nosocomiales	FHP	Fédération de l'Hospitalisation privée
CLUD	Comité de lutte contre la douleur	HAD	Hospitalisation à domicile
CME	Commission médicale d'établissement	HAS	La Haute Autorité de Santé
CMU	Couverture maladie universelle (de base)	HPST (loi)	Loi n° 2009-879 du 21 juillet 2009 portant réforme de l'hôpital et relative aux patients, à la santé et aux territoires
CODAMUPSTS	Comité départemental de l'aide médicale d'urgence et de la permanence des soins et des transports sanitaires	ICALIN	Indicateur composite d'activités de la lutte contre les infections nosocomiales
CPAM	Caisse primaire d'Assurance maladie	ICATB	Indice composite de bon usage des antibiotiques
CPOM	Contrat pluriannuel d'objectifs et de moyens	ICSHA	Indicateur de consommation de solutions ou de produits hydro-alcooliques
CRCI	Commission régionale de Conciliation et d'Indemnisation	MIGAC	Mission d'intérêt général et d'aide à la contractualisation
CRSA	Conférence(s) régionale(s) de la santé et de l'autonomie [anciennes conférences régionales de santé (CRS)]	MSP	Maison de santé pluridisciplinaire
CRUQPC	Commission des relations avec les usagers et de la qualité de la prise en charge	PASS	Permanence d'accès aux soins de santé
CS EPS / CS ES	Conseil de surveillance des établissements de santé [ancien conseil d'administration (CA)]	PRS	Projet régional de santé
CSP	Code de la santé publique	PRSP	Plan régional de santé publique
CT	Conférence(s) de territoire	PS	Professionnels de santé
CTE	Comité technique d'établissement	RU	Représentant des usagers (du système de santé)
DMP	Dossier médical personnel	SROS	Schéma régional d'organisation des soins
EHPAD	Établissement d'hébergement pour personnes âgées dépendantes	T2A	La tarification à l'activité : mode de financement des établissements de santé

Annexe 3

Charte de la personne hospitalisée

Circulaire DHOS/EI/DGS/SDIB/SDIC/SD4A n° 2006-90 du 2 mars 2006 relative aux droits des personnes hospitalisées.

1. **Toute personne est libre de choisir l'établissement de santé qui la prendra en charge**, dans la limite des possibilités de chaque établissement. Le service public hospitalier est accessible à tous, en particulier aux personnes démunies et, en cas d'urgence, aux personnes sans couverture sociale. Il est adapté aux personnes handicapées.
2. **Les établissements de santé garantissent la qualité de l'accueil, des traitements et des soins.** Ils sont attentifs au soulagement de la douleur et mettent tout en œuvre pour assurer à chacun une vie digne, avec une attention particulière à la fin de vie.
3. **L'information donnée au patient doit être accessible et loyale.** La personne hospitalisée participe aux choix thérapeutiques qui la concernent. Elle peut se faire assister par une personne de confiance qu'elle choisit librement.
4. **Un acte médical ne peut être pratiqué qu'avec le consentement libre et éclairé du patient.** Celui-ci a le droit de refuser tout traitement. Toute personne majeure peut exprimer ses souhaits quant à sa fin de vie dans des directives anticipées.
5. **Un consentement spécifique est prévu**, notamment, pour les personnes participant à une recherche biomédicale, pour le don et l'utilisation des éléments et produits du corps humain et pour les actes de dépistage.
6. **Une personne à qui il est proposé de participer à une recherche biomédicale est informée**, notamment, sur les bénéfices attendus et les risques prévisibles. Son accord est donné par écrit. Son refus n'aura pas de conséquence sur la qualité des soins qu'elle recevra.
7. **La personne hospitalisée peut, sauf exceptions prévues par la loi, quitter à tout moment l'établissement** après avoir été informée des risques éventuels auxquels elle s'expose.
8. **La personne hospitalisée est traitée avec égards.** Ses croyances sont respectées. Son intimité est préservée ainsi que sa tranquillité.
9. **Le respect de la vie privée est garanti à toute personne** ainsi que la confidentialité des informations personnelles, administratives, médicales et sociales qui la concernent.
10. **La personne hospitalisée (ou ses représentants légaux) bénéficie d'un accès direct aux informations de santé la concernant.** Sous certaines conditions, ses ayants droit en cas de décès bénéficient de ce même droit.
11. **La personne hospitalisée peut exprimer des observations sur les soins et sur l'accueil qu'elle a reçus.** Dans chaque établissement, une commission des relations avec les usagers et de la qualité de la prise en charge veille, notamment, au respect des droits des usagers. Toute personne dispose du droit d'être entendue par un responsable de l'établissement pour exprimer ses griefs et de demander réparation des préjudices qu'elle estimerait avoir subis dans le cadre d'une procédure de règlement amiable des litiges et/ou devant les tribunaux.

Le document intégral de la charte de la personne hospitalisée est accessible sur le site internet du ministère de la santé : www.sante.gouv.fr.

Annexe 4

Lettre d'accès au dossier médical

Vous trouverez ci-dessous un courrier type qu'une personne peut utiliser pour faire la demande de son propre dossier médical auprès d'un établissement de santé où elle a été hospitalisée.

Les mentions surlignées en jaune sont à personnaliser.

NOM Prénom

Né(e) le

Adresse complète

Nom de l'établissement

Madame la Directrice/Monsieur le Directeur

Adresse de l'établissement

Date et lieu,

Objet : Demande de communication de mon dossier médical

Pièce jointe : une photocopie recto verso de ma pièce d'identité

Madame la Directrice/Monsieur le Directeur,

J'ai été hospitalisé(e) dans votre établissement en date du jusqu'au dans le service du Docteur/Professeur

Conformément à l'article L.1111-7 du Code de la Santé publique, j'ai l'honneur de vous demander de bien vouloir que me soient communiquées directement, **sous huitaine***, les pièces listées ci-dessous de mon dossier médical.

(* ou dans un délai de 2 mois pour les informations datant de plus de 5 ans ou collectées lors d'une hospitalisation psychiatrique sous contrainte)

Je souhaite (au choix) :

- consulter les documents sur place
- ou - que soient mises à ma disposition les copies des documents demandés que je viendrai chercher
- ou - que les documents demandés soient expédiés à mon domicile

Les éléments communiqués devront comporter (au choix) :

- **l'intégralité des documents en votre possession**
- ou - **les pièces suivantes :** (exemples)
 - * les bulletins d'entrée et de sortie de votre établissement ;
 - * le compte rendu d'hospitalisation ;
 - * le compte rendu opératoire ;
 - * l'ensemble des examens de laboratoire préopératoires et postopératoires, les résultats des examens anatomopathologiques, bactériologiques et antibiogrammes ;
 - * l'ensemble des radiographies et des examens spécialisés (échographies, scanner, I.R.M., scintigraphies...) qui ont été pratiqués ;
 - * les dossiers infirmiers ;
 - * le compte rendu de sortie ;
 - * le document attestant de mon consentement écrit pour le type d'intervention et d'anesthésie pratiqué ;
 - * les documents de suivi postopératoire (tels que les feuilles d'anesthésie et de réanimation, les examens biologiques postopératoires) ;
 - * les feuilles de température et de soins infirmiers journaliers ;
 - * le double du cahier de transmissions des consignes thérapeutiques ;
 - * toute la correspondance qui a été échangée avec mon médecin traitant ou d'autres spécialistes.

Conformément à l'article L.1111-7 alinéa 7 du Code de la Santé publique, je suis prêt(e) à prendre en charge les frais de reproduction et d'expédition de mon dossier. Je vous en réglerai le montant dès réception de votre facture.

Vous trouverez ci-joint une photocopie de ma carte d'identité.

Dans cette attente, veuillez agréer, Madame la Directrice/Monsieur le Directeur, mes salutations distinguées.

Signature

D'autres courriers types (pour les ayant-droit ou les titulaires / tuteurs d'une personne dont on souhaite avoir communication du dossier médical) sont disponibles sur la fiche CISS Pratique intitulée « Accès au dossier médical : modèles de lettre » (cf. www.leciss.org/publications-documentation/fiches-pratiques).

Annexe 5

Exemple de fiche de demande de remboursement de frais

Nom :	Prénom :
Adresse :	
Date :	

FRAIS KILOMETRIQUES

Voiture : _____ Puissance : 0 à 5 cv
 6 cv et +

DATE	Lieu de la réunion	Nbre de Km Aller / Retour
<u>Cadre réservé à la comptabilité/ kilométriques</u> Montant total frais		€

FRAIS DE PEAGE

PEAGE : _____ euros

Nombre de pièces jointes justificatives :

<u>Cadre réservé à la comptabilité/</u>	Montant total frais de péage	€
---	---	----------

FRAIS DE TRANSPORTS EN COMMUN

DATE	Lieu de la réunion	Transports en commun utilisés et coût
<u>Cadre réservé à la comptabilité/</u> Montant total transports en commun		€

Nombre de pièces jointes justificatives :

TOTAL REMBOURSEMENT FRAIS DE TRANSPORTS

<u>Cadre réservé à la comptabilité/</u>	Montant total frais de transports	€
---	--	----------

Signature
Membre de la CRUQPC

Signature
Direction Etablissement de santé

Annexe 6

Bibliographie / Webographie

Bibliographie

- Guide CISS du représentant des usagers du système de santé 2011
- Usagers du système de santé : connaissez et faites valoir vos droits !, CISS, 2010
- Plainte set réclamations dans les établissements de santé : un levier pour améliorer la prise en charge des usagers, Collection « Usagers, vos droits – Guide méthodologique », Ministère de la santé
- Élaborer et diffuser le livret d'accueil des personnes hospitalisées – Recommandations et propositions, DGOS, collection « Accueil des usagers dans les établissements de santé », mai 2008
- Organiser une permanence d'accès aux soins de santé (PASS) – Recommandations et indicateurs, DGOS, collection « Accueil des usagers dans les établissements de santé », mai 2008
- Rédiger le rapport annuel de la CRU – Recommandations et modèle-type, DGOS, collection « Accueil des usagers dans les établissements de santé », mai 2008
- Guide pratique « Je suis représentant des usagers pour la lutte contre les infections nosocomiales dans un établissement de santé », CCLIN Ouest
- Manuel de certification des établissements de santé V2010, HAS, novembre 2008

Webographie

- Haute Autorité de Santé : www.has-sante.fr
- PLATINES (PLATEforme d'Information sur les Établissements de Santé) : www.platines.sante.gouv.fr
- Espace « droits des usagers » du site du ministère de la santé : www.sante.gouv.fr/espace-droits-des-usagers
- Site des hôpitaux publics et prévis sans but lucratif de la Fédération hospitalière de France : www.hopital.fr
- Site d'information sur les droits des malades et des usagers du système de santé du CISS : www.droitsdesmalades.fr
- Page de Santé Info Droits sur le site du CISS permettant aux usagers et aux représentants des usagers de poser directement leur question individuelle aux juristes spécialisés sur les problématiques en lien avec la santé : www.leciss.org/sante-info-droits

Annexe 7

Coordonnées des CISS régionaux

Le CISS est aussi représenté sur l'ensemble du territoire au travers d'un réseau de collectifs régionaux.

- **CISS Alsace**
Président : Jean-Michel Meyer
 Hôpital civil de Strasbourg
 Ancien bâtiment d'ophtalmologie
 1, place de l'Hôpital - BP 426
 67091 Strasbourg Cedex
 Tél. : 03 88 44 53 52 / ciss-alsace@leciss.org
www.leciss.org/ciss-alsace
- **CISS Aquitaine**
Présidente : Ginette Poupard
 Espace Rodesse
 103 ter, rue Belleville
 33000 Bordeaux
 Tél. : 05 56 93 05 92 / ciss-aquitaine@orange.fr
www.ciss-aquitaine.org
- **CISS Auvergne**
Président : Jean-Pierre Bastard
 Hôpital Gabriel Montpied
 Étage 8 - 58, rue Montalembert
 63000 Clermont-Ferrand
 Tél. : 04 73 26 29 50 / cissa63@orange.fr
www.leciss.org/ciss-auvergne
- **CISS Basse-Normandie**
Président : Claude Françoise
 Maison des Associations
 1018 Quartier du Grand Parc
 14200 Hérouville-Saint-Clair
 Tél. : 02 31 83 01 43 / ciss.bn@orange.fr
www.ciss-basse-normandie.fr
- **CISS Bourgogne**
Président : Yann Lecomte
 2, rue des Corroyeurs - Boîte FF6
 21000 Dijon
 Tél. : 03 80 49 19 37
bourgogne@leciss.org
www.leciss.org/ciss-bourgogne
- **CISS Bretagne**
Président : Alain Faccini
 1, square de Macédoine
 35200 Rennes
 Tél. : 02 99 53 56 79
secretariat.cissbretagne@laposte.net
www.lecissbretagne.org
- **CISS région Centre**
Présidente : Danièle Desclerc-Dulac
 4, rue Adolphe Crespin - BP 1242
 45002 Orléans Cedex 01
 Tél. : 02 38 77 57 87 / regioncentre@leciss.org
www.leciss.org/ciss-region-centre
- **CISS Champagne-Ardenne**
Présidente : Danielle Quantinet
 7, boulevard Kennedy
 51000 Châlons-en-Champagne
 Tél. : 03 26 68 50 04 / lecissca@yahoo.fr
www.leciss.org/ciss-champagne-ardenne
- **CISS Corse**
Présidente : Georgette Simeoni
 c/o UDAF 2B
 4, cours Pierangeli
 20200 Bastia
 Tél. : 04 95 32 67 86 / ciss-corse@orange.fr
www.leciss.org/ciss-corse
- **CISS Franche-Comté**
Présidente : Anny Augé
 CHU - 2, place Saint-Jacques
 25030 Besançon Cedex
 Tél. : 03 81 51 84 31 / franchecomte@leciss.org
www.ciss-fc.org
- **CISS-Guadeloupe**
Président : François Le Maistre
 Immeuble Ligue contre le cancer,
 Rond-Point Miquel – Boulevard Légitimus
 97110 Pointe-à-Pitre
 Tél. : 05 90 68 21 55 / ciss-guadeloupe@gmail.com
www.leciss.org/ciss-guadeloupe
- **CISS Haute-Normandie**
Président : Yvon Graïc
 CHU Hôpitaux de Rouen - Pavillon Pillore
 Espace des Usagers - 3^e étage
 1, rue de Germont
 76031 Rouen Cedex
 Tél. : 02 35 36 29 81 / hautenormandie@leciss.org
www.leciss.org/ciss-haute-normandie
- **CISS Île-de-France**
Président : Eugène Daniel
 26, rue Monsieur le Prince
 75006 Paris
 Tél. : 01 43 29 92 38 / accueil@ciss-idf.com
www.ciss-idf.com

- **CISS Languedoc-Roussillon**
Présidente : Annie Morin
UNILIA - 393, rue de l'Hostellerie
30018 Nîmes Cedex
Tél. : 04 66 27 02 18 / lecisslr@orange.fr
www.leciss.org/ciss-languedoc-roussillon
- **CISS Limousin**
Président : Patrick Charpentier
4, avenue de la Révolution
87000 Limoges
Tél. : 05 44 00 00 57 / limousin@leciss.org
www.sante-limousin.fr/public/associations-dusagers
- **CISS Lorraine**
Président : Pierre Lahalle-Gravier
c/o OHS - 1, rue du Vivarais
54500 Vandœuvre-lès-Nancy
Tél. : 03 83 28 25 91 / lorraine@leciss.org
lorrains.fr/ciss
- **CISS-Martinique**
Présidente : Jeanne Emérante Defoi
Ligue contre le Cancer-Comité Martinique
Immeuble Le Trident - BP 789
Bât. A - Cité Mongérald
97244 Fort-de-France Cedex
Tél. : 05 96 70 20 38 / martinique@leciss.org
www.leciss.org/ciss-martinique
- **CISS Midi-Pyrénées**
Président : Lucien Mazenc
Hôpital Joseph Ducuing
15, rue de Varsovie
31300 Toulouse
Tél. : 05 63 79 06 78 ou 06 37 66 54 34
pascal.dero@orange.fr
www.leciss.org/ciss-midi-pyrenees
- **CISS Nord-Pas-de-Calais**
Président : Pierre-Marie Lebrun
c/o UDAF
3, rue Gustave Delory - BP 1234
59013 Lille Cedex
Tél. : 03 20 54 97 61 / leciss.npdc@gmail.com
www.leciss-npdc.com
- **CISS Océan-Indien**
Présidente : Véronique Minatchy
1, allée Vert Pré
97419 La Possession
Île-de-la-Réunion
Tél. : 06 92 400 396
ciss.oceanindien@gmail.com
www.leciss.org/ciss-ocean-indien
- **CISS Pays-de-la-Loire**
Présidente : Véronique Pozza
16, rue Hermann Geiger
44300 Nantes
Tél. : 02 40 75 23 65 ou 06 99 49 36 37
secretariat-pdl@leciss.org
www.leciss.org/ciss-pays-de-la-loire
- **CISS Picardie**
Président : Henri Barbier
91, rue André Ternynck
02300 Chauny
Tél. : 03 23 57 55 67 / picardie@leciss.org
www.leciss.org/ciss-picardie
- **CISS Poitou-Charentes**
Président : Alain Galland
28, rue Mirabeau
16000 Angoulême
Tél. : 05 45 38 77 56 / poitoucharentes@leciss.org
www.leciss.org/ciss-poitou-charentes
- **CISS Provence-Alpes-Côte d'Azur**
Président : Michel Lecarpentier
143, avenue des Chutes-Lavie
13013 Marseille
Tél. : 04 91 06 47 68 / contact@ciss-paca.org
www.ciss-paca.org
- **CISS Rhône-Alpes**
Présidente : Bernadette Devictor
Palais de la Mutualité
1, place Antonin Jutard
69421 Lyon Cedex 3
Tél. : 04 78 62 24 53 / contact@cissra.org
www.cissra.org

Annexe 8

Santé Info Droits

La plateforme d'information et d'orientation du Collectif Interassociatif Sur la Santé, où des juristes spécialisés peuvent vous informer face aux questions et difficultés que vous rencontrez dans l'exercice de votre mandat de représentant des usagers.

UNE QUESTION JURIDIQUE LIÉE À LA SANTÉ ?





SANTÉ INFO DROITS
0 810 004 333
la ligne du **CISS**

**APPEL
NON SURTAXÉ***

DES ÉCOUTANTS SPÉCIALISTES VOUS INFORMENT ET VOUS ORIENTENT

SANTÉ INFO DROITS EST UNE LIGNE CRÉÉE ET MISE EN ŒUVRE PAR LE COLLECTIF INTERASSOCIATIF SUR LA SANTÉ (CISS)

Le CISS représente depuis plus de 10 ans les intérêts communs à tous les usagers du système de santé et œuvre pour un accès de tous à des soins de qualité.

Le CISS rassemble plus de 30 associations nationales et 20 collectifs régionaux intervenant dans le champ de la santé à partir des approches complémentaires d'associations de personnes malades et handicapées, d'associations familiales et de consommateurs. Il veille en particulier au respect des droits des malades consacrés par la loi du 4 mars 2002.

NOS MISSIONS :

- L'information des usagers du système de santé.
- La formation de leurs représentants.
- La définition de stratégies communes pour améliorer la prise en charge des usagers.
- La communication publique de nos constats et de nos revendications.



10, VILLA BOSQUET - 75007 PARIS - WWW.LECISS.ORG

Collectif Interassociatif Sur la Santé



Le CISS, Collectif Interassociatif Sur la Santé, regroupe près de 40 associations intervenant dans le champ de la santé à partir des approches complémentaires de personnes malades et handicapées, de consommateurs et de familles.

Les associations membres sont au nombre de 39 :

ADMD (Association pour le droit de mourir dans la dignité) - **AFD** (Association française des Diabétiques) - **AFH** (Association française des Hémophiles) - **AFM** (Association française contre les Myopathies) - **AFPric** (Association française des Polyarthritiques) - **AFVS** (Association des familles victimes du saturnisme) - **AIDES** - **Alliance du Cœur** - **Alliance Maladies Rares** - **ANDAR** (Association nationale de défense contre l'arthrite rhumatoïde) - **APF** (Association des Paralysés de France) - **Autisme France** - **AVIAM** (Association d'aide aux victimes d'accidents médicaux) - **Épilepsie France** - **Familles Rurales** - **FFAAIR** (Fédération française des associations et amicales d'insuffisants respiratoires) - **FNAIR** (Fédération nationale des associations d'insuffisants rénaux) - **FNAPSY** (Fédération nationale des associations d'usagers en psychiatrie) - **FNAR** (Fédération nationale des associations de retraités et préretraités) - **FNATH** (Association des accidentés de la vie) - **France Alzheimer** - **France Parkinson** - **FSFC** (Fédération des stomisés de France) - **Généralisations Mouvement** - **La CSF** (Confédération syndicale des familles) - **Le LIEN** (Association de lutte, d'information et d'étude des infections nosocomiales) - **Ligue Contre le Cancer** - **Médecins du Monde** - **SOS Hépatites** - **Transhépate** - **UAFLMV** (Union des associations françaises de laryngectomisés et mutilés de la voix) - **UNAF** (Union nationale des associations familiales) - **UNAFAM** (Union nationale des amis et familles de malades psychiques et leurs associations) - **UNAFTC** (Union nationale des associations de familles de traumatisés crâniens et cérébro-lésés) - **UNAPEI** (Union nationale des associations de parents et amis de personnes handicapées) - **UNISEP** (Union pour la lutte contre la sclérose en plaques) - **UNRPA** (Union nationale des retraités et personnes âgées) - **Vaincre la Mucoviscidose** - **VMEH** (Visite des malades en établissements hospitaliers)

C'est la volonté de faire coïncider ces différentes approches qui a présidé à la création du CISS en 1996, pour lui permettre de devenir aujourd'hui un interlocuteur crédible représentant et défendant les intérêts communs à tous les usagers du système de santé au-delà de tout particularisme.

NOS PRINCIPAUX OBJECTIFS :

- **Inform** les usagers du système de santé sur leurs droits en matière de recours aux établissements et aux professionnels de santé ainsi qu'aux organismes de protection sociale (Assurance maladie et mutuelles ou assurances complémentaires).
- **Former** des représentants d'usagers afin de les aider à jouer un rôle actif dans les instances où ils siègent, en rendant leur présence à la fois reconnue et pertinente.
- **Observer** en continu les transformations du système de santé, analyser les points posant problème et définir des stratégies communes pour obtenir des améliorations dans l'accueil et la prise en charge des personnes, et ce, quelle que soit la structure.
- **Communiquer** nos constats et nos revendications pour conforter le CISS en tant qu'interlocuteur privilégié et représentatif des usagers du système de santé, afin de toujours porter avec plus de force la défense d'une prise en charge optimale de ces derniers.

Des collectifs existent aussi en région :

CISS-Alsace • CISS-Aquitaine • CISS-Auvergne • CISS-Basse-Normandie • CISS-Bourgogne • CISS-Bretagne • CISS-région Centre • CISS-Champagne-Ardenne • CISS-Corse • CISS-Franche-Comté • CISS-Guadeloupe • CISS-Haute-Normandie • CISS-Ile-de-France • CISS-Languedoc-Roussillon • CISS-Limousin • CISS-Lorraine • CISS-Martinique • CISS-Midi-Pyrénées • CISS-Nord-Pas-de-Calais • CISS-Océan Indien • CISS-Pays-de-la-Loire • CISS-Picardie • CISS-Poitou-Charentes • CISS-Provence-Alpes-Côte d'Azur • CISS-Rhône-Alpes •

Coordonnées sur : www.leciss.org/ciss-regionaux