

## AGIR SUR LA STRATEGIE DE L'HOPITAL ? LE RU en CONSEIL DE SURVEILLANCE

**Date :** 23 novembre 2018 de 9h 30 à 17h 00 – Accueil à partir de 9h 00

**Lieu :** Maison des Associations – 2, rue des Corroyeurs – 21000 DIJON (salle R03)

**Date limite d'inscription :** 10 novembre 2018

« Je suis RU en Conseil de Surveillance, et je voudrais mieux comprendre comment y porter la voix et les intérêts des usagers. Cette instance est bien complexe à appréhender : comment me positionner vis à vis de mes interlocuteurs, et comment préparer les réunions avec les nombreux documents qui me sont communiqués. Quels sont les sujets sur lesquels m'exprimer ? »

France Assos Santé Bourgogne Franche-Comté vous propose 1 journée de formation pour appréhender les enjeux et le fonctionnement de cette instance, vous outiller pour travailler sur les sujets qui lui sont soumis, et vous permettre de travailler avec les autres acteurs de l'établissement. Les RU pourront y trouver des éléments pour faire avancer la cause des usagers.

Pour participer au mieux à cette formation, il vous est demandé **une petite préparation en amont**, pour vous aider à situer votre conseil de surveillance dans l'établissement. Vous trouverez les détails page 3.

	Associations <b>adhérentes</b>	Associations <b>non-adhérentes</b>
<b>Formation</b>	<b>Gratuite</b>	<b>Gratuite</b>
<b>Repas/pauses</b>	<b>Offerts</b>	<b>Offerts</b>
<b>Frais de déplacement</b>	<b>Pris en charge</b> par l'URAASS Bourgogne Franche-Comté	<b>Non pris en charge</b> par l'URAASS
<b>Chèque de caution</b>	<b>Un chèque de caution de 20 €, à l'ordre de l'URAASS Bourgogne Franche-Comté est demandé correspondant à la valeur du repas et afin de valider mon inscription.</b> Ce chèque sera restitué le jour de la formation. En cas d'absence, il sera encaissé.	
<b>Public</b>	Représentants des usagers en Conseil de Surveillance (débutant et expérimenté)	
<b>Méthodes et pratiques</b>	Alternance d'exercices théoriques et pratiques, mise en situation au travers d'exercices pratiques.	
<b>Intervenants</b>	Formateur du réseau France Assos Santé, représentant des usagers : Monsieur Michel SABOURET	

### OBJECTIFS

- Mieux comprendre l'instance pour savoir se positionner du point de vue de l'utilisateur sur la politique globale de l'établissement.
- Repérer parmi les différents documents de travail de l'instance quels sont les éléments clés pouvant avoir un impact sur la prise en charge des usagers.
- Savoir analyser et mettre en parallèle les documents de différentes instances dans l'intérêt des usagers.

### CE DONT NOUS PARLERONS

- L'instance dans son contexte : cadre, fonctionnement,
- Les enjeux stratégiques de l'instance, et le positionnement du RU dans l'instance, en lien avec les différents acteurs
- La politique de l'établissement : à quoi veiller du point de vue des usagers?
- Les différentes données mises à disposition du RU : clés de compréhension et d'analyse



**RU en CONSEIL DE SURVEILLANCE  
BULLETIN D'INSCRIPTION A LA FORMATION DU 30 OCTOBRE 2018 A DIJON**

**Nom - Prénom :** \_\_\_\_\_

Association membre de France Assos Santé : \_\_\_\_\_

ou Association non membre : \_\_\_\_\_

Fonction dans l'association (salarié, bénévole, élu...) : \_\_\_\_\_

Votre adresse : \_\_\_\_\_

CP : \_\_\_\_\_ Ville : \_\_\_\_\_

E-mail : \_\_\_\_\_

Téléphone : \_\_\_\_\_ Portable : \_\_\_\_\_

**Hébergement :**

NON  OUI Pour la nuit du \_\_ au \_\_ = \_\_ nuit(s)

Merci de prendre en compte mon handicap pour la réservation d'une chambre d'hôtel

**L'hébergement** peut être pris en charge *pour la nuit précédant le premier jour de la formation*, lorsque celle-ci commence tôt le matin et que l'éloignement de votre lieu de résidence vous oblige à arriver la veille.

**Est-ce votre première inscription aux formations de France Assos Santé ?**  OUI  NON

Si non, à quelle formation avez-vous déjà participé ?

.....  
.....

**Instances où vous représentez les usagers :**

Commission des usagers

Conseil de Surveillance  
d'établissement public

Conseil d'administration d'  
d'établissement de santé privé

Conférence territoriale de santé (CTS)

Conférence régionale de la santé et de  
l'autonomie (CRSA)

Commission de conciliation et d'indemnisation  
(CCI)

Comité de protection des personnes (CPP)

Conseil de la CPAM

Commission de l'activité libérale

Autre (préciser) : .....

**Depuis combien de temps êtes-vous représentant des usagers ?** \_\_\_\_\_

**Date de votre 1er mandat de représentant des usagers :** \_\_\_\_\_

**Quel est le nom de l'établissement où vous siégez en conseil de surveillance ?**

.....  
.....



**Depuis combien de temps siégez-vous dans cette commission ?**

.....

**Qu'attendez-vous de cette formation ?**

.....

.....

.....

**Sur quels aspects de la formation comptez-vous pour vous aider à avancer ?**

.....

.....

.....

**Très important :**

**Une petite préparation est demandée en amont pour situer votre conseil de surveillance dans l'établissement :** (*Informations à envoyer par mail à [ehongvan@france-assos-sante.org](mailto:ehongvan@france-assos-sante.org) idéalement 7 jours avant la session*) :

**1) Dites ce qui est fait et ce qui n'est pas fait dans votre établissement**, en rapport à ce que dit la loi sur les missions de l'instance :

a) Se prononce sur la stratégie et exerce le contrôle permanent de la gestion de l'établissement.                       Oui                       Non

b) Délibère sur (notamment) :

1. Le projet d'établissement :     Oui                       Non

2. Les comptes financiers :         Oui                       Non

3. Le rapport annuel d'activité :  Oui                       Non

c) Donne un avis sur la politique d'amélioration continue de la qualité, de la sécurité, de la gestion des risques et des conditions d'accueil et de prise en charge des usagers

Oui                       Non

**2) Indiquez la liste des membres de votre conseil de surveillance et leur rôle**

**3) Indiquez les modalités d'organisation, de fonctionnement de l'instance :** fréquence des réunions, envoi des documents etc..: **ce qui est en place vous convient-il ?**

Ces éléments serviront à alimenter les échanges pendant la journée

**Nous vous remercions d'accorder une attention particulière au remplissage de ce bulletin d'inscription.**

**Le formateur en tiendra compte et adaptera la formation en fonction de vos réponses.**

**Bulletin d'inscription et chèque de caution à retourner à :**

---

**France Assos Santé Bourgogne Franche-Comté**

**2, rue des Corroyeurs - Boîte FF6**

**21000 DIJON**

