Je viens d’être nommé représentant des usagers (RU) dans les instances de la santé. Je cherche à améliorer la vie des usagers, à faire respecter leurs droits. Pas facile ! J’ai besoin de grands repères et de conseils pratiques pour exercer le mandat que mon association m’a confié. J’aimerais aussi pouvoir échanger avec d’autres RU, les rencontrer pour pouvoir mieux se connaitre et travailler ensemble.

**RU, EN AVANT !**

**Formation à la représentation des usagers**

**Cette formation initiale de 2 jours vise à améliorer vos capacités d’action, à mieux appréhender : votre mandat, ce à quoi vous vous engagez, ce qu’il faut savoir faire pour être efficace et vous permettre de jouer pleinement votre rôle. C’est aussi un lieu de rencontre et d’échanges entre RU de différentes associations, qui démarrent un parcours de formation.**

**Dates : \_\_\_\_\_**

**Horaires : \_\_\_\_\_**

**Lieu :**

**PUBLIC**

**Nouveaux représentants des usagers** (RU) nommés pour un premier mandat dans les instances hospitalières ou de santé publique *(idéalement, la formation doit être réalisée dans les 6 mois suivant la prise de mandat)* et n’ayant jamais suivi de formation indemnisée.

**Coût :** gratuit ; remboursement des frais connexes : barème sur **http://france-assos-sante.org/se-former/en-pratique**

**Indemnisation des participants dans le cadre de la loi de santé :** 100 € versés aux participants RU débutants ayant été mandaté pour un premier mandat, et ayant suivi les 2 jours de formation. Si le dossier d’inscription est complet.

**Intervenant :** formateur du réseau de France Assos Santé, également représentant des usagers**.**

**Objectifs de la formation**

**(***conforme au cahier des charges du Ministère des affaires sociales et de la santé, mars 2016)*

* Se positionner comme représentant des usagers
* Mobiliser les fondamentaux de la démocratie en santé (notamment les principes, les valeurs, les droits)
* Elaborer et défendre une position d'usagers, dans une approche transversale

**Contenu de la formation**

* Les grands principes défendus par les RU ; la démocratie en santé
* Les principales instances de la représentation et la place du RU
* Des principes à la pratique :
* les principales situations rencontrées
* travailler en commun
* énoncer un avis
* Les outils et ressources du RU
* Les points de vigilance du RU
* Les compétences clés du RU

**Méthodes pédagogiques**

* Jeu de plateau pédagogique avec questions ouvertes, études de cas, auto-évaluation
* Echanges d’expériences
* Apports théoriques

**Supports fournis :** mallette du RU constituant une base documentaire et un carnet de route.

**RU, EN AVANT !**

**BULLETIN D’INSCRIPTION A LA FORMATION DU \_\_/\_\_/2020 à \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

**Merci de renvoyer ce bulletin à la région concernée : \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

**Par courrier à l’adresse suivante : \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ accompagné de votre chèque de caution**

**La date limite de réponse est fixée au \_ \_ / \_ \_ / \_ \_ \_ \_**

**[Aucune inscription ne sera prise en compte sans un chèque de caution de 20 €. Cette caution est demandée pour faire face aux coûts incompressibles en cas d’annulation de dernière minute.**

**Les chèques seront rendus à la fin de la formation.]**

🛈 **Nous attendons que le seuil minimal de 10 inscrits soit atteint avant de vous confirmer la formation. Le nombre de places est limité à 15 participants par formation.**

**🖉Merci de remplir lisiblement TOUS les champs de ce bulletin d‘inscription**

**Coordonnées**

**Nom**   **Prénom**

Association membre de France Assos Santé :

Région :

Fonction dans l’association (salarié, bénévole, élu…) :

Votre adresse :

Votre téléphone **: \_\_.\_\_.\_\_.\_\_.\_\_.** Votre E-mail : \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_@\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**Hébergement :**

NON OUI Pour la nuit du \_\_ au \_\_= \_\_\_nuits

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.

**Votre parcours de RU**

**Instances/commissions/comités où vous représentez les usagers actuellement** (plusieurs réponses possibles) :

□ Commission des usagers

□ Conseil de Surveillance (CS) d’établissement de santé public ou conseil d’administration (CA) d’établissement de santé

□ Conseil territorial de santé (CTS)

□ Conférence régionale de la santé et de l’autonomie (CRSA)

□ Commission départementale des soins psychiatriques (CDSP)

□ Conseil de Surveillance de l’agence régionale de la santé (ARS)

□ Commission de conciliation et d’indemnisation (CCI)

□ Comité de protection des personnes (CPP)

□ Conseil de la CPAM

□ Autre (préciser) :

**Nom(s) et coordonnées de(s) l’établissement(s) où vous siégez / date de nomination :**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **Nom** | **Coordonnées** | **Date de dernière nomination** |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |

**Votre parcours de formation**

**Est-ce la première formation de France Assos Santé que vous suivez ?**  OUI  NON

**=> Si NON, à quelle formation avez-vous déjà participé ?**

□ Défendre les droits des usagers

□ RU et le système de santé

□ RU en Commission des usagers

□ Analyser les plaintes et réclamations en Commission des usagers

□ Le rapport annuel de la Commission des usagers

□ Prendre la parole en réunion

□ Les plaintes des usagers : les recours juridiques

□ Autre (précisez) : \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**De petites questions pour préparer votre venue en formation…**

**Indiquez, parmi les instances ci-dessous, celles dont vous aviez entendu parler avant de prendre connaissance de ce bulletin d’inscription**

□ Commission des usagers

□ Conseil de Surveillance d’établissement de santé public ou conseil d’administration d’établissement de santé

□ Conseil territorial de santé (CTS)

□ Conférence régionale de la santé et de l’autonomie (CRSA)

□ Commission départementale des soins psychiatriques (CDSP)

□ Conseil de Surveillance de l’agence régionale de la santé (ARS)

□ Commission de conciliation et d’indemnisation (CCI)

□ Comité de protection des personnes (CPP)

□ Conseil de la CPAM

□ Autre (préciser) :

**Pour vous, quels sont les grands principes que le représentant des usagers doit** **défendre ?** Citez ceux qui vous viennent à l’esprit spontanément

**\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

**\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

Pour vous, selon votre expérience, **à quoi doit faire attention** un représentant des usagers  ? (quels sont les points sur lesquels le RU doit être très vigilant ?)

**\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

**\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

**Un agrément d’association en santé c’est (une seule réponse possible) :**

□ des critères précis donnant le droit légalement à une association d’avoir des représentants des usagers

□ l’autorisation pour les RU d’intervenir dans les établissements de santé

**La principale chose que vous souhaiteriez avoir appris à la fin de cette formation :**

**\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

**Autres commentaires :**

**\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

**\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

**Merci d’avoir rempli ce questionnaire. Il permettra au formateur de mieux ajuster son intervention à vos profils et questionnements. Il facilitera le remboursement de vos frais.**