

GUIDE DU REPRÉSENTANT DES USAGERS EN ÉTABLISSEMENT DE SANTÉ

📍 Conseil de surveillance et Directoire,

📍 Conseil d'administration,
ou instance assimilée,

📍 Commission d'activité libérale,

📍 Comité des vigilances et des risques,
ou comité assimilé,

📍 Comité de lutte contre les infections
nosocomiales, ou contre les infections
associées aux soins,

📍 Comité de lutte contre la douleur,

📍 Comité de liaison alimentation-nutrition,

📍 Comité d'éthique, ou instance assimilée.



Nathalie Levray, Nicolas Brun, Claude Rambault, Jean-Pierre Richard,
Michel Sabouret, Jean Wills, Marie-Odile Glise, Annie Morin, Jacqueline Berchoux,
Olivier Seyve, Roger Picard, Charlie Couvreur, Gérard Le Goff,
Sylvain Fernandez-Curiel, Solange Bourges, Sonia Purgues, Alexis Vervialle,
Florence Navattoni, Sabine Durand-Gasselín, Frédéric Moreau, Valérie Chaillot et
Carmen Lup ont participé à la conception de ce guide.

Que toutes et tous soient ici chaleureusement remerciés.

Guide édité par :

FRANCE ASSOS SANTÉ

Union nationale des associations agréées d'usagers du système de santé

10, Villa Bosquet – 75007 Paris – www.france-assos-sante.org

Conception, illustrations et réalisation :  dumkit-graphic.com

ÉDITORIAL

Certaines réformes ont une portée historique ; la loi « Kouchner » du 4 mars 2002 est bien de cette lignée. Outre qu'elle marque un virage sans précédent dans les droits individuels de chaque personne en matière de santé, notamment dans le respect de sa dignité à toutes les étapes de sa vie, elle a ouvert la voie à un nouveau pacte démocratique, celui de la démocratie en santé, laquelle donne aux représentants des usagers de la santé, ou « RU », un droit à la parole dans toutes les instances hospitalières ou de santé publique où se prennent des décisions liées au système de santé ou à la santé.

En effet, c'est au nom de la démocratie en santé que chaque personne mandatée, et appartenant à une association agréée au titre de la représentation des usagers de la santé, s'exprime et porte ainsi une parole collective faisant l'objet de toute l'attention des rédacteurs de ce guide.

Ainsi, en siégeant, que ce soit dans le cadre d'un mandat de représentation de droit comme en Commission des usagers en établissement de santé (CDU) ou dans celui d'une simple invitation à un comité comme le Comité d'éthique hospitalier, chaque RU apporte un regard croisé, parfois divergent par rapport à celui des « sachants », et toujours indépendant au nom des intérêts des patient(e)s et usagers de la santé. Chaque RU apporte ce complément de réflexion nécessaire aux débats des professionnels et des politiques, pour un meilleur ancrage des décisions dans les réalités des personnes et dans le respect de leur humanité. En participant à la démocratie en santé, il contribue à améliorer l'accès à la santé, à la prévention en santé et à un parcours de soins de qualité pour tous.

Certes, nous, représentants des usagers, portons une parole souvent qualifiée de « profane ». Cependant, nos premiers pas nourris de l'expérience de la maladie et de notre propre parcours de soins, ou de celui d'une personne qui nous est proche, sont un atout : nous apportons un regard neuf, qui ouvre sur de nouveaux questionnements et enjeux reflétant les réalités quotidiennement vécues par tout un chacun face au système de santé et à l'accès à la santé.

Représenter les usagers de la santé et porter leur parole est à la fois un défi et une responsabilité. Peu importe que le représentant ou la représentante que nous sommes n'emporte pas la décision face à tous les corps professionnels présents – très généralement surreprésentés en toute instance et parfois défenseurs de positions corporatistes – nous sommes présents, nous témoignons pour toutes les personnes malades, et nous portons les attentes des usagers de la santé en nous efforçant de les faire graver dans les comptes rendus et procès-verbaux de chaque instance, chaque fois que cela est possible. Les mots écrits sont une force ; ils font réfléchir, sont structurants pour une décision et tracent une visée, celle de la défense des seuls intérêts des personnes en souffrance et des usagers de la santé.

C'est pourquoi, aujourd'hui, ce *Guide des représentants des usagers* est là pour aider chacun d'entre nous à remplir sa mission au sein de tout type d'instance hospitalière (hors CDU) ou de santé publique, de tout lieu où se débattent et se prennent les décisions en matière de santé nous concernant tous.

« *Tout ce que vous faites pour moi sans moi, vous le faites contre moi* », disait souvent Ghandi.



Claude Rambaud
Vice-présidente de France Assos Santé

1. POURQUOI CE GUIDE ?	7
1.1 La CDU	7
1.2 Les autres représentations des usagers	7
Les instances de gouvernance.....	8
Les instances opérationnelles	8
1.2 Points clés pour construire votre participation	9
2. QUELS SONT MES RÔLES ET MISSIONS GÉNÉRALES ET LES MODALITÉS D'EXERCICE DE MON MANDAT ?	10
2.1 Quel est mon rôle ?	10
Le cadre de mon mandat.....	10
Mon rôle effectif.....	11
2.2 Comment suis-je nommé ?	11
Je suis membre d'une association agréée en santé	11
Je suis nommé par le préfet ou le DG de l'ARS.....	11
Je suis nommé au Directoire.....	11
2.3 À quelles conditions serai-je efficace ?	12
Ma formation.....	12
Mon arrivée dans l'établissement	12
Mon positionnement.....	12
Moi, mon établissement de santé et mon territoire.....	14
2.4 Quelles sont les conditions d'exercice de mon mandat ?	15
Je suis un bénévole.....	15
Je suis soumis à une obligation de secret professionnel.....	15
J'y consacre un minimum de temps.....	15
Je défends des principes de base	16
2.5 Comment ma mission prend-elle fin ?	17
Qu'attend-on de moi ?.....	17
3. QUELLE INSTANCE CHOISIR ET COMMENT LA FAIRE VIVRE ?	19
3.1 Le Conseil de surveillance : la stratégie et le contrôle de l'établissement du secteur public	19
Que fait le Conseil de surveillance ?	19
Quel est mon rôle spécifique ?	20
Avec qui vais-je travailler ?.....	20
Comment agir sur le projet d'établissement ?	21
Comment agir sur le projet médical ?	24
Comment puis-je apprécier la bonne gestion de l'établissement ?	25
3.2 Le Directoire : la décision politique de l'établissement du secteur public	27
Que fait le Directoire ?.....	27
Quel est mon rôle au Directoire ?.....	27
Avec qui vais-je travailler ?.....	28

3.3 Le Conseil d'administration : la politique et l'action de l'établissement du secteur privé	28
Je siège au sein d'une instance de gouvernance.....	29
3.4 La CAL ou Commission de l'activité libérale : la préservation de l'égalité d'accès aux soins	29
Que fait la CAL ?	30
Quel est mon rôle particulier à la CAL ?	30
Avec qui vais-je travailler à la CAL ?.....	31
Comment faire vivre votre présence à la CAL ?	32
3.5 Le COVIRIS ou la commission traitant les « événements indésirables associés aux soins » : la gestion des risques et la sécurité du patient	36
Que fait le COVIRIS ?	37
Quel est mon rôle particulier au COVIRIS ?.....	38
Avec qui vais-je travailler ?.....	38
Comment faire vivre votre présence au COVIRIS ?	39
C'est grave ? Que faire et auprès de qui en 3 points-clés	42
3.6 Le CLIN ou comité assimilé : la lutte contre les infections nosocomiales	43
Que fait le CLIN ?	43
Quel est mon rôle spécifique au CLIN ?	44
Avec qui vais-je travailler ?.....	44
Comment faire vivre votre présence au CLIN ?	45
Mon <i>vade-mecum</i> « infections nosocomiales »	48
3.7 Le CLAN : « se nourrir, c'est se soigner »	50
Que fait le CLAN ?	50
Quel est mon rôle spécifique au CLAN ?	51
Avec qui vais-je travailler ?.....	51
Comment faire vivre votre présence au CLAN ?	52
3.8 Le CLUD : la lutte contre la douleur et la souffrance	55
Que fait le CLUD ?	56
Quel est mon rôle spécifique au CLUD ?	57
Avec qui travaillez-vous ?	58
Comment faire vivre votre présence au CLUD ?	59
Dans quel service vais-je en tant que RU en CLUD ? Partout !	61
3.9 L'éthique : réfléchir ensemble à la moins mauvaise réponse	62
Que fait l'instance chargée de l'éthique ?	63
Quel est mon rôle en matière d'éthique ?.....	64
Avec qui vais-je travailler ?.....	64
Comment faire vivre votre présence au comité d'éthique ?.....	65
4. ANNEXES	66
4.1 Connaître mon établissement	66
4.2 Charte de la personne hospitalisée	68
4.3 Que signifient les sigles	69
4.4 Fiches Boîte à outils du RU	70
4.5 Fiches Santé Info Droits pratique	71
4.6 Formations	72
4.7 Associations membres	73
Notes	74

INTRODUCTION

- Sous la dénomination commune d' « **établissements de santé** » sont répertoriées des structures aux statuts juridiques, aux activités et aux modes de financement différents :
- les établissements publics que sont les centres hospitaliers régionaux (CHR) ou centres hospitaliers universitaires (CHU), les centres hospitaliers (CH), les établissements de soins de longue durée et les services de soins de suite et de réadaptation (SSR) ;
 - les établissements privés, qu'il s'agisse de structures à but lucratif (cliniques privées) ou à but non lucratif (ESPIC – établissements de santé privés d'intérêt collectif).

Tous ces établissements de santé assurent le diagnostic, la surveillance et le traitement des malades, des blessés et des femmes enceintes ; et mènent des actions de prévention et d'éducation à la santé. Ils sont soumis aux obligations du Code de la santé publique (CSP).

Ce guide vous parle des établissements de santé, qu'ils soient publics ou privés, des établissements de soins de suite et des maternités. Il fait le pari que, malgré les statuts et les modes de fonctionnement très différents de ces établissements, les points de vue de leurs usagers présentent davantage de points communs que de différences. C'est pourquoi il met davantage **l'accent sur les sujets abordés par les instances et comités que sur leur organisation**, qui peut varier selon les établissements, en fonction de leur taille, de leur fonctionnement et de la présence ou non de professionnels « dédiés » aux problématiques spécifiques abordées (chargé des relations avec les usagers, médecin ou infirmier hygiéniste, diététicien ou nutritionniste, etc.).

1. POURQUOI CE GUIDE ?



Ce guide a pour objectif de vous fournir des outils, des informations et des conseils, et de souligner les points d'alerte et de vigilance qu'il vous faut avoir à l'esprit quand vous exercez votre mandat de représentant des usagers. Il complète le *Guide du représentant des usagers en Commission des usagers (CDU)*, qui cible exclusivement la CDU.

1.1 LA CDU

Depuis 2005, tous les établissements ont mis en place une Commission de la relation avec les usagers et de la qualité de la prise en charge (CRUQPC), remplacée par la Commission des usagers en 2016.¹ La plupart des représentants des usagers, soit près de 80 % d'entre eux, siègent en CDU. Celle-ci est organisée par la loi comme une instance de consultation et de suivi, d'une part ; d'élaboration et d'émission d'avis et recommandations, d'autre part.

La CDU constitue un espace de dialogue et de débat entre professionnels et usagers destiné à améliorer le fonctionnement et l'organisation de l'établissement. Depuis 2016, elle suit également l'ensemble des événements indésirables graves susceptibles de survenir, elle est associée à l'organisation des parcours de soins et elle peut s'autosaisir de tout sujet lié à la qualité et à la sécurité des soins ainsi que mettre en place un projet des usagers. Au nom des usagers d'un établissement de santé, elle joue un rôle de pivot, en situation de porter un regard sur l'ensemble des

activités et des services de l'établissement. Son objectif réside dans le respect des droits des usagers, ainsi que dans l'amélioration de la qualité de l'accueil des personnes malades et de leurs proches, et de la prise en charge (art. L1112-3 du Code de la santé publique).



Le Guide du représentant des usagers en Commission des usagers traite de l'exercice de votre mandat en CDU. Il vous donne, en complément des formations et de l'accompagnement proposés par les délégations régionales de France Assos Santé, tous les outils pour remplir au mieux votre mission.

https://www.france-assos-sante.org/publication_document/guide-du-representant-des-usagers-en-Commission-des-usagers/



1.2 LES AUTRES REPRÉSENTATIONS DES USAGERS

La mission d'avis et de recommandations de la Commission des usagers est sans doute la plus importante des missions d'un représentant des usagers dans le système de santé : elle fait avancer la prise en compte de la parole de la personne malade et contribue à améliorer sa prise

1. Loi n° 2016-41 du 26 janvier 2016 de modernisation de notre système de santé.



en soins et sa prise en charge. Elle constitue aussi le socle des autres missions d'un représentant des usagers au sein des différentes instances de l'établissement de santé, sur lequel repose tout l'édifice de la démocratie en santé.

Les représentations de l'utilisateur annexes à la CDU sont de deux natures.

- L'une, plutôt stratégique, concerne la mission du RU portant sur la politique de santé menée dans l'établissement et les moyens qui lui sont consacrés (finances, gestion et fonctionnement). Vous siégez alors au sein des instances de gouvernance.
- L'autre, plus opérationnelle, concerne les vigilances et les risques, les infections nosocomiales, la douleur, l'alimentation et la nutrition, ainsi que l'éthique. Quand ils existent, vous siégez au sein de comités traitant spécifiquement de ces questions.

Qu'il s'agisse d'une représentation des usagers à visée stratégique ou plus opérationnelle, ce second tome focalise son attention sur une échelle locale, c'est-à-dire sur celle de l'établissement de santé plutôt que sur celle du territoire, de la région ou du pays. Sachez toutefois que des représentants des usagers sont présents à ces différents niveaux et que, dans le cadre de votre mandat, il peut être intéressant de les connaître, d'échanger avec eux et de les rencontrer.

1.2.1 Les instances de gouvernance

Dans les établissements publics de santé, la loi prévoit et organise la présence obligatoire de deux représentants des usagers au sein du Conseil de surveillance (art. L6143-5, CSP) et de la Commission locale d'activité libérale (art. L6154-5, CSP). Évidemment, cette dernière commission n'existe que dans les établissements publics de santé au sein desquels certains praticiens exercent une activité libérale.

La présence du représentant des usagers au Directoire est en revanche optionnelle, décidée par le directeur de l'établissement.

Dans les établissements privés de santé habilités à assurer le service public hospitalier², cette présence est prévue sans être organisée de façon précise, au sein des conseils d'administration, des conseils de surveillance ou des organes qui en tiennent lieu. En l'absence de ces instances, le

2. Les établissements privés de santé assurant le service public hospitalier garantissent au patient un accueil adapté, la permanence de l'accueil et de la prise en charge, un égal accès à la prévention et à des soins de qualité, l'absence de facturation de dépassements des tarifs administrativement fixés, et, en outre, la participation des représentants des usagers du système de santé.

représentant légal de l'établissement doit consulter, au moins deux fois par an, les représentants des usagers siégeant au sein de la Commission des usagers sur la stratégie et la gestion de l'établissement (art. L6112-2, L6161-1-1, R6112-4, CSP).

1.2.2 Les instances opérationnelles

Les questions relatives aux vigilances et aux risques, aux infections nosocomiales, à la douleur, à l'alimentation et à la nutrition, et à l'éthique, ressortent de la politique de la qualité des soins et de la sécurité des patients. Au sein des établissements de santé publics et privés, elles sont de la responsabilité respective des commissions médicales d'établissement et des conférences médicales d'établissement, qui définissent librement l'organisation interne en la matière.

Sous l'égide de ces commissions et conférences, des comités spécifiques peuvent être organisés :

- un Comité des vigilances et des risques (COVIRIS), qui peut prendre d'autres appellations telles que « Commission Qualité Risques et Sécurité (CQRIS) »,
- un Comité de lutte contre les infections nosocomiales (CLIN), nouvellement dénommé « Comité de lutte contre les infections associées aux soins (CLIAS) »,
- un Comité de lutte contre la douleur (CLUD),
- un Comité de liaison alimentation et nutrition (CLAN).

Outre ces questions extrêmement sensibles, présentes et traitées au sein de l'établissement de santé, l'épidémie de Covid-19 a amplifié le questionnement éthique des professionnels exerçant au sein des établissements de santé. Si le sujet traverse la société depuis plus de dix ans, il s'est ainsi trouvé propulsé sur le devant de la scène. Votre établissement est peut-être doté d'un Comité d'éthique depuis plusieurs années, l'a créé depuis peu ou s'apprête à le créer.

Aucun texte ne prévoit expressément votre présence dans ces comités quand ils existent. Elle dépend donc largement de l'établissement, et des hommes et des femmes y participant. N'hésitez pas à les solliciter car les décisions et actions prises sous le regard des usagers en acquerraient une légitimité renforcée.

En l'absence de comité dédié au sein de l'établissement, la Commission des usagers se charge de porter ces sujets. Elle peut, par exemple, interroger la Commission ou la Conférence médicale d'établissement sur les éléments mis en œuvre dans le programme d'action relatif à la politique « qualité et sécurité » et pousser à la création de ces instances, si la taille et l'organisation de l'établissement le justifient.



Si vous siégez à la CDU sans être intégré aux instances ou groupes de travail portant spécifiquement sur la douleur, l'alimentation, la gestion des risques et les infections nosocomiales, vous pouvez intervenir sur ces champs d'action :

- > en vous reportant à la présentation des problèmes et des questions abordés dans chaque comité, et en faisant valoir le point de vue des usagers à travers votre action en CDU ;
- > en vous rapprochant des professionnels de l'établissement qui se consacrent à ces problématiques.

1.3 POINTS CLÉS POUR CONSTRUIRE VOTRE PARTICIPATION

→ **Participez** aux réunions, aux décisions, de préférence avec votre binôme.

→ **N'ayez pas honte de ne pas savoir !** Ne pas savoir est votre force, celle de l'étonnement et de la découverte : vous êtes des citoyens investis d'une mission de service public par le pouvoir d'État.

→ **Créez le débat** avec les professionnels de santé.

→ Prenez la parole **au nom de tous les usagers**, portez la parole de tous les usagers.

→ **Considérez les problèmes comme une occasion d'améliorer l'existant**, et non comme une fin en soi.

→ **Prenez de la distance** par rapport aux situations rencontrées : n'en faites pas une affaire personnelle.

→ **Soyez prudents** : vérifiez toujours les faits, soyez éclairés dans vos décisions. Étayez votre expression par des arguments et des exemples.

→ **Demandez les moyens** d'exercer votre mission.

→ **Soyez reliés** à vos associations, aux usagers, aux autres représentants des usagers et à France Assos Santé.

→ **Rendez compte** de votre action, en premier lieu à vos suppléants ou titulaires, et à vos associations.

→ **Formez-vous**, non pour devenir des spécialistes, mais pour cerner les enjeux des éléments discutés au sein des instances.

→ **Appuyez-vous constamment sur nos principes communs** :

- pour le respect des droits des usagers,
- dans un système de santé solidaire,
- garantissant une égalité d'accès,
- à des soins de qualité.

→ **Informez-vous** en contactant **Santé Info Droits**.³



<https://extranet.france-assos-sante.org/formation/boite-a-outils-du-ru/>

Fiche *Boîte à outils du RU* n° 3 : « Les données clés de mon établissement ».

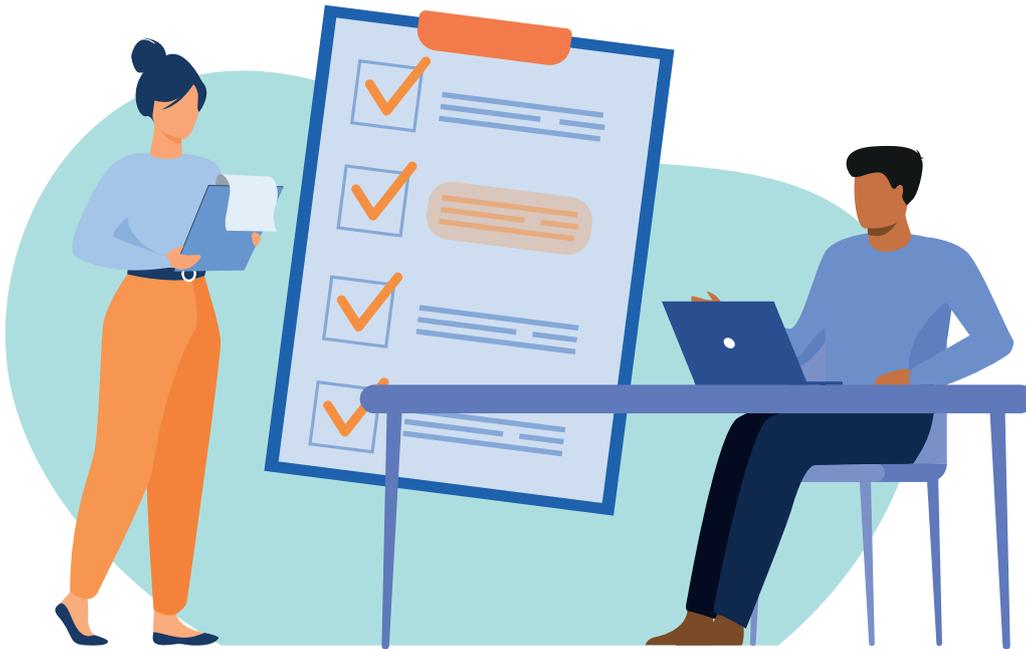
Fiche *Boîte à outils du RU* n° 5 : « Les sigles les plus fréquemment utilisés ».



3. Santé Info Droits est la ligne d'informations juridiques et sociales de France Assos Santé. Elle est constituée de juristes et avocats qui ont vocation à répondre à toutes les questions en lien avec le droit de la santé. <https://www.france-assos-sante.org/sante-info-droits/> ou 01 53 62 40 30 les lundi, mercredi et vendredi, de 14 à 18 heures ; et les mardi et jeudi, de 14 à 20 heures.



2. QUELS SONT MES RÔLES ET MISSIONS GÉNÉRALES ET LES MODALITÉS D'EXERCICE DE MON MANDAT ?



Que vous siégiez au sein d'une instance stratégique et politique ou d'un comité plus opérationnel d'établissement de santé public ou privé, vous partagez avec les autres représentants des usagers des caractéristiques communes, notamment quant à votre rôle et aux conditions de votre nomination, de votre efficacité et de l'exercice de votre mandat.

Certains représentants des usagers s'engagent dans plusieurs mandats. Il n'est pas rare que le représentant des usagers en CDU occupe aussi le poste de représentant des usagers au sein d'une instance de gouvernance ou d'un comité opérationnel, ou qu'une seule et même personne cumule plusieurs mandats au sein de l'établissement de santé public ou privé.

2.1 QUEL EST MON RÔLE ?

En tant que représentant des usagers, vous représentez officiellement les patients et leur famille, communément appelés « usagers du système de santé ». Vous défendez leurs droits et vous êtes leur porte-parole auprès de l'établissement de santé dans lequel vous êtes nommé ou désigné.



Votre représentation des usagers vise le bien commun et l'intérêt collectif : elle dépasse la défense des intérêts de votre association d'appartenance.

2.1.1 Le cadre de mon mandat

Les textes de loi sont clairs : vous avez toute votre place dans le Conseil de surveillance et la Commission locale de l'activité libérale prévue dans le secteur public ; dans les conseils d'administration, les conseils de surveillance ou les organes qui en tiennent lieu au sein des établissements privés habilités à assurer le service public hospitalier ; ainsi que dans les conseils d'administration des établissements à but non lucratifs d'intérêt collectif¹. Vous faites donc partie des membres obligatoires de ces instances au même titre que les autres personnes y siégeant, et vous détenez un mandat officiel.

1. Centres de lutte contre le cancer et établissements de santé privés gérés par des personnes morales de droit privé relevant de l'économie sociale et solidaire, habilités à assurer le service public hospitalier et poursuivant un but non lucratif.

2. QUELS SONT MES RÔLES ET MISSIONS GÉNÉRALES ET LES MODALITÉS D'EXERCICE DE MON MANDAT ?

Dans les autres comités, aucun texte ne prévoit ni votre nomination, ni vos pouvoirs, ni les modalités de votre intervention. C'est donc la façon dont vous allez intervenir et avancer avec les autres membres présents qui renforcera votre légitimité de représentant des usagers au sein du comité ou de la commission aux yeux des dirigeants et du personnel de l'établissement de santé. Sachez que les missions confiées à ces comités opérationnels, quelle que soit leur forme, sont en revanche obligatoires.

2.1.2 Mon rôle effectif

Où que vous siégiez, votre rôle est de vous faire connaître tant des usagers (et de leurs proches et familles) via le livret d'accueil, l'affichage et le chargé de relation avec les usagers, que des professionnels exerçant dans l'établissement.

Vous écoutez les usagers et les accompagnez dans leurs démarches, les informez et les orientez. Vous aidez l'usager à « faire... sans faire à sa place ».

Vous défendez les droits et les intérêts des usagers au sein de l'établissement. En vous situant sur le terrain de l'atteinte à la dignité et des droits de la personne malade et de ses proches aidants, vous pouvez questionner les pratiques des personnels – soignants et administratifs – pris dans une organisation et une logique qui leur sont propres.

Vous faites part aux professionnels des situations qui sont portées à votre connaissance, des points forts et des points faibles de l'établissement, vous transmettez les besoins des usagers et vous proposez des pistes d'amélioration.

Alors que l'établissement de santé reste encore cloisonné à de nombreux égards, tant dans son organisation interne que dans son positionnement au sein d'un territoire, vous pouvez imaginer son décloisonnement interne en favorisant le lien et la communication, et ce, dans tous vos domaines de compétences. Vous pouvez également contribuer et inciter à l'ouverture de l'établissement vers l'extérieur, notamment vers les autres établissements et services sanitaires, sociaux et médico-sociaux de son territoire – en particulier de sa commune et de son bassin de vie.

2.2 COMMENT SUIS-JE NOMMÉ ?

Vos conditions de nomination diffèrent selon que vous exercez votre mandat dans un établissement de santé du secteur public ou du secteur privé.

Dans le secteur privé, votre nomination en tant que représentant des usagers au Conseil d'administration d'un établis-

sement de santé assurant le service public hospitalier ne requiert pas de modalités particulières fixées par les textes. Le représentant légal de celui-ci a donc toute liberté concernant la forme de votre nomination.

Dans le secteur public, deux conditions sont nécessaires.

2.2.1 Je suis membre d'une association agréée en santé

Afin de devenir représentant des usagers d'un établissement de santé public, vous devez appartenir à une association agréée par le ministère de la Santé pour représenter les usagers. Futur représentant des usagers, vous déterminez ensuite, en lien avec l'association dotée de l'agrément santé à laquelle vous adhérez, dans quelle instance de l'établissement de santé vous souhaitez siéger, à savoir le Conseil de surveillance (CS) ou la Commission de l'activité libérale (CAL). Vous pouvez également choisir la Commission des usagers (cf. tome 1).

2.2.2 Je suis nommé par le préfet ou le directeur général de l'ARS

Après avoir choisi l'instance dans laquelle vous souhaitez siéger, vous allez faire acte de candidature. Si vous candidatez, par l'intermédiaire de votre association, au poste de représentant des usagers au sein du CS, vous êtes désigné pour cinq ans par le préfet de département ; si vous optez pour la CAL, vous êtes nommé par le directeur général de l'agence régionale de santé (ARS) pour une durée de trois ans.

Pour être nommé représentant des usagers à la CDU, au CS ou à la CAL, vous êtes sollicité par le directeur de l'établissement, soit directement, soit par l'intermédiaire de votre association ; pour participer aux travaux des comités opérationnels, vous l'êtes par le président de la Commission médicale d'établissement (CME). Votre association proposera alors votre nom et un arrêté pris par le directeur général de l'ARS vous nommera dans chacune des instances où vous siégerez.

2.2.3 Je suis nommé au Directoire

C'est le directeur de l'établissement public de santé qui vous désigne en tant que représentant des usagers aux réunions du Directoire, sur avis conforme du président de la Commission médicale d'établissement, et après consultation des membres du Directoire. En effet, depuis 2021 et la loi Rist², le directeur peut désigner trois personnalités qualifiées

² Loi n° 2021-502 du 26 avril 2021 visant à améliorer le système de santé par la confiance et la simplification.



au plus, notamment des représentants des usagers ou des étudiants. Votre présence au Directoire dépend donc du bon vouloir du directeur. Cette décision est souvent prise en lien avec la certification. Précisons que le représentant des usagers au Directoire n'est pas votant. Rien n'interdit non plus au directeur de nommer un représentant des usagers extérieur à l'établissement.

2.3 À QUELLES CONDITIONS SERAI-JE EFFICACE ?

Chacun peut décider de s'investir et de devenir représentant des usagers. Être efficace et conduire sa mission au mieux dans un établissement de santé demandent un investissement personnel, du temps et une bonne connaissance du fonctionnement du système de santé en France.

Si tous les représentants des usagers poursuivent un même objectif, la défense des droits et de l'intérêt des personnes malades diffère d'un mandat à l'autre, et demande des aptitudes particulières.

Vous serez tout à fait à votre place si vous avez envie d'acquérir et de développer ces compétences. C'est pourquoi votre choix de candidature doit surtout être guidé par votre appétence pour les matières traitées dans l'instance choisie. En revanche, vous n'êtes pas obligé de vous positionner dans une instance comme le Conseil de surveillance ou la Commission locale de l'activité libérale si vous êtes totalement hermétique aux chiffres ; pas plus que vous ne pourrez être efficace au sein du Comité de lutte contre les infections nosocomiales si vous êtes allergique à la procédure.

Dans tous les cas, discutez-en avec votre association agréée et voyez là où vous serez le plus à même de remplir avec plaisir votre mission.

2.3.1 Ma formation

Devenir un représentant des usagers n'exige pas de détenir de diplômes particuliers. La loi (art. L1114-1, CSP) prévoit cependant que le représentant des usagers suive une formation de base. Elle est délivrée par les associations de représentants d'usagers agréées. Dans ce cadre, France Assos Santé propose la formation de base « *RU, en avant !* »³, et de nombreux modules utiles pour exercer votre mandat. Cette formation vous permettra de vous repérer plus facilement dans l'organisation du système de santé, de mieux

3. Pour plus d'informations, n'hésitez pas à contacter le service formation de France Assos Santé (formation@france-assos-sante.org), les associations membres et les délégations régionales dont les coordonnées sont disponibles sur le site internet de France Assos Santé.

comprendre les différents et nombreux acronymes utilisés lors de vos réunions et d'appréhender plus aisément votre rôle. Elle vous aidera donc à devenir plus rapidement à l'aise dans l'exercice de votre mandat.

Il vous sera également très utile de rencontrer promptement vos autres collègues représentants des usagers, car vous devez former une équipe, qui facilitera votre mission. N'hésitez pas non plus à rencontrer les éventuels autres usagers investis au sein de votre établissement (patients experts, patients ressources, bénévoles impliqués dans l'accompagnement des patients) : il est essentiel de pouvoir dialoguer avec eux dans la mesure où ils agissent également pour l'amélioration de l'accueil et de la prise en soins des patients.

Le suivi de cette formation de base vous donne également droit à une indemnité, versée par l'association assurant la formation.

Il est essentiel de consacrer du temps à votre mission, de vous documenter si besoin sur les aspects médicaux, juridiques et politiques de la santé, afin d'avancer les arguments les plus pertinents pour faire bouger les lignes et améliorer ce qui doit l'être.



Pour porter efficacement la parole de l'utilisateur, n'hésitez pas à renforcer vos compétences en sollicitant votre délégation régionale France Assos Santé, qui vous permettra de suivre les formations adéquates !

2.3.2 Mon arrivée dans l'établissement

Pour faciliter votre intégration et votre compréhension du fonctionnement de l'établissement dans lequel vous arrivez, n'hésitez pas à demander à visiter les lieux en étant guidé par une personne qui les connaît bien. Cela vous aidera à mieux aborder les problématiques rencontrées par les usagers.

De même, une rencontre avec les interlocuteurs que vous serez amené à côtoyer – y compris le représentant des usagers qui vous a précédé, si possible – pourra faciliter votre prise de poste. Vous pourrez ainsi recueillir son témoignage sur son expérience au sein de l'instance, apprendre sur quels éléments faire preuve de vigilance et connaître les propositions déjà effectuées.

2.3.3 Mon positionnement

Pour exercer votre mandat de façon optimale, il conviendra de vous faire connaître et reconnaître au sein de l'établissement en adoptant une posture constructive avec l'ensemble des acteurs concourant à la prise en soins de l'utilisateur.

2. QUELS SONT MES RÔLES ET MISSIONS GÉNÉRALES ET LES MODALITÉS D'EXERCICE DE MON MANDAT ?

Les représentants des usagers remplissent missions habituelles du RU : participer, observer et écouter, dire et proposer. Ils doivent se garder de tout positionnement « alibi », soit en faveur des propositions du directeur ou du président de l'instance où ils siègent, soit au profit de celles des autres membres, notamment des représentants du personnel. Ils doivent se positionner de manière à porter la parole de l'utilisateur et à analyser les mesures proposées avec le regard de l'utilisateur.

→ Je suis constructif mais ferme à l'égard des membres de mon établissement

Être dans l'opposition systématique au sein de l'instance, du comité ou de la commission où siègent les représentants des usagers, ne fait pas avancer les choses, même s'il appartient au rôle du RU de se faire correctement entendre quand c'est nécessaire.

Pour cela il est conseillé pour les représentants des usagers de :

- collaborer avec l'établissement où il siège,
- relever ce qui va bien,
- apprendre à mettre en place une confiance et un respect mutuels sur le long terme,
- garder une certaine distance lui permettant de taper du poing sur la table pour défendre la cause des usagers quand cette dernière est négligée,
- revenir sur des sujets déjà abordés.



Quand vous vous exprimez, votre ton ne doit être ni trop moelleux ou mou ni trop sec ; votre objectif est de faire passer les intérêts de l'utilisateur ; vous devez être audible par les autres partenaires. C'est l'exercice dans la confiance et la transparence qui permet de faire consensus sur l'action du représentant des usagers.

→ Je travaille en réseau avec les représentants des usagers de mon établissement

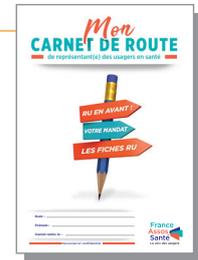
Dans le cas où tous les postes sont pourvus et occupés par des personnes différentes, un même établissement peut compter sept représentants des usagers obligatoires (deux titulaires et deux suppléants en CDU, auxquels s'ajoutent au moins deux représentants en CS et un en CAL).

En votre qualité de représentants des usagers siégeant dans les différentes instances et commissions, vous serez d'autant plus pertinents et entendus que vous aurez élaboré une position commune. Pour cela, voyez dans quelle mesure il est possible de vous rencontrer régulièrement, d'échanger et de partager sur vos quotidiens respectifs, chacun respectant évidemment les limites fixées par son obligation de confidentialité et de réserve (cf. page 15).



Fiche n° 3 du Carnet de route du RU : « Pour réfléchir à mon positionnement de RU du système de santé ».

Adressez vous à votre délégation régionale pour avoir un exemplaire de ce carnet, qui est remis lors de la formation "Ru en avant !".



→ Je suis identifié par les usagers

Le grand public connaît rarement l'existence et la mission des représentants des usagers, souvent appelés « RU » dans le jargon des associations et de certains professionnels. Cette abréviation n'est pas parlante pour les usagers ! La première chose est donc d'employer le mot « RU » le moins possible.

Idéalement, vous pouvez demander, en plus des affichages légaux, un encadré visible sur le site web, qui transmette vos coordonnées pour favoriser un contact direct. Vous pouvez également être identifié par un badge de l'établissement à votre nom, en informant préalablement le cadre de santé du service de votre éventuelle venue.

Au fur et à mesure de votre mandat, vous pourrez aussi éprouver le besoin de recueillir directement la parole des usagers de l'établissement sans rester dépendant de la direction, des lettres de plainte et des questionnaires.

Vous pouvez aller à la rencontre des usagers dans les salles d'attente des consultations ou des urgences pour observer, et éventuellement échanger avec les patients présents sur leurs perceptions. Vous pouvez également échanger avec les visiteurs et les patients dans les cafétérias et les salles communes.



Les chambres des malades sont des endroits privés où il n'est pas question de pénétrer sans cadre défini au préalable, par exemple pour remplir un questionnaire de satisfaction ; sans avoir informé le cadre de santé du service ni recueilli l'accord du patient. Vis-à-vis des professionnels, il est essentiel de ne pas apparaître comme un inspecteur venu surveiller leur travail, ou un enquêteur dissimulé pour observer puis dénoncer leurs erreurs. Aller à la rencontre des usagers doit se faire au grand jour et avec le soutien de l'établissement de santé.



2.3.4 Moi, mon établissement de santé et mon territoire

L'établissement de santé dans lequel vous siégez en tant que représentant des usagers n'est plus un îlot autonome et auto-suffisant. Il s'inscrit dans un territoire dans lequel la politique de santé publique vise à atteindre le bien-être de la population et la qualité des soins, tout en améliorant l'efficacité économique du système de santé dans une logique gestionnaire de maîtrise des coûts.

Depuis 2009 et la loi HPST⁴, les logiques de réseau sont encouragées. Depuis 2016 et la loi de modernisation du système de santé, la coopération des acteurs de la santé est promue en recentrant les efforts sur les parcours de soins et les territoires de santé.

→ Je connais mon territoire

Divers réseaux, groupements et communautés existent sur le territoire de votre établissement. Au-delà de la bonne connaissance de votre établissement, vous devez acquérir une vision globale de son territoire d'implantation, des besoins des patients et de l'offre de soins proposée – à la fois hospitalière, en incluant l'hôpital de proximité, et extrahospitalière. Vous devez notamment connaître les coopérations entre établissements de statuts public et privé, destinées à la mutualisation de moyens, et les coopérations entre secteurs sanitaire, médico-social et social – CPTS (communauté professionnelle territoriale de santé), médecine de ville, maisons de santé ou de garde, centres de PMI (protection maternelle infantile), EESMS (établissements et services sociaux et médico-sociaux), CLS (contrats locaux de santé), etc.

→ Je rencontre les représentants des usagers de mon territoire via le GHT

Parmi ces groupements territoriaux figurent les groupements hospitaliers de territoire (GHT), créés par le législateur en 2016⁵ dans toute la France pour mettre en réseau et rationaliser financièrement les hôpitaux publics. Les établissements publics de santé sont regroupés au sein de 136 GHT⁶, qui comptent de deux à 22 établissements membres. Ces regroupements font l'objet d'une convention constitutive obligatoire. Par ailleurs, des conventions peuvent être signées entre un GHT et un ou plusieurs établissements du secteur médico-social, un établissement public autorisé en psychiatrie et un hôpital

4. Loi n° 2009-879 du 21 juillet 2009 portant réforme de l'hôpital et relative aux patients, à la santé et aux territoires.

5. Décret n° 2016-524 du 27 avril 2016.

6. L'ensemble des GHT figure sur la carte téléchargeable ici : <https://sante.gouv.fr/professionnels/gerer-un-etablissement-de-sante-medico-social/groupements-hospitaliers-de-territoire/article/les-ght-par-region>

d'instruction des armées, pour faire participer ces acteurs au projet médical. Un partenariat avec les établissements de santé privés est également possible, par convention.

Le GHT s'organise autour d'un projet médical partagé, d'une stratégie médicale de groupement élaborée pour une période maximale de cinq ans, qui vise l'organisation des filières de soins, la proposition à la personne malade d'une prise en soins globale, graduée et sans rupture, et la garantie d'un meilleur accès aux soins pour tous les patients.

L'instance de décision est le Comité stratégique de groupement, composé des directeurs et des présidents de CME des établissements membres. Il existe également une Commission médicale de groupement (art. L6144-2-1, CSP). Un établissement support du groupement gère les fonctions stratégiques majeures pour ses membres (art. L6132-3, CSP) et, notamment, définit leurs orientations communes en termes d'emploi et de recrutement.

À l'échelle de ce groupement est constitué(e) une Commission ou un Comité des usagers (art. R6132-11, CSP). Des représentants des usagers issus des commissions des usagers des établissements parties, et leurs suppléants, siègent dans cette instance qui se réunit une fois par trimestre. Ils sont au nombre de cinq au minimum, et de la moitié du nombre d'établissements parties du groupement au maximum. Ils sont désignés par l'ensemble des représentants des usagers siégeant dans les CDU des établissements parties, titulaires et suppléants, selon des modalités définies par le règlement intérieur. Ce règlement intérieur vous fournira des indications utiles sur les missions du GHT.



Vous connaîtrez mieux l'organisation territoriale des soins et la manière dont votre établissement est inscrit dans ce territoire en contactant les représentants des usagers « GHT », pour échanger avec eux. Ce point est un facteur clé de l'efficacité et de la pertinence avec lesquelles vous remplirez vos missions. Si vous êtes amené à siéger au GHT, n'hésitez pas à vous saisir des plaintes qui concernent le parcours de l'utilisateur, et à travailler sur l'organisation des passerelles collaboratives pour faciliter le parcours des patients à l'échelle territoriale.

Les thématiques abordées dans l'instance des usagers du GHT sont idéalement complémentaires de celles abordées dans votre établissement : promotion des droits des usagers ; amélioration des prises en charge entre les établissements du GHT ; harmonisation des pratiques et, notamment, du traitement des plaintes et réclamations ; bilan des événements indésirables graves au niveau du groupement et des recours juridiques ; analyse des plaintes et réclamations « multisites », donc relatives au parcours de santé.

2. QUELS SONT MES RÔLES ET MISSIONS GÉNÉRALES ET LES MODALITÉS D'EXERCICE DE MON MANDAT ?



Veillez à vous concerter entre RU des établissements membres du GHT pour évaluer les meilleures options et les missions prioritaires selon les spécificités du territoire au sein des instances dans lesquelles vous siégez.

2.4 QUELLES SONT LES CONDITIONS D'EXERCICE DE MON MANDAT ?

2.4.1 Je suis un bénévole

Les représentants des usagers sont des bénévoles. Vous exercez votre mandat à titre gracieux tout en étant, le plus souvent, remboursés par l'établissement pour les frais occasionnés dans le cadre de vos missions, notamment de déplacement (art. R6143-7, CSP). Il peut être recommandé de demander au directeur de préciser par écrit, pour les RU siégeant en CS et en CAL, la nature des frais pris en charge ainsi que les modalités de leur remboursement. Pour les RU siégeant en CDU, une inscription au règlement intérieur de l'instance doit être suffisante dans la plupart des cas. Dans ce cadre, les RU sont couverts en cas d'accident de trajet (art. L412-8 du Code de la sécurité sociale).



Comment réagir si l'établissement refuse de me rembourser mes frais ?

Discutez-en avec le directeur. S'il refuse de faire quoi que ce soit, un courrier de rappel à la loi peut lui être adressé en dernier recours, avec une copie adressée au directeur de l'ARS ainsi qu'au président de l'association qui vous a mandaté et/ou de la délégation régionale France Assos Santé.

Si vous êtes salarié dans le privé ou fonctionnaire/agent contractuel de l'une des trois fonctions publiques, vous pouvez bénéficier d'un congé de représentation de neuf jours. Vous pourrez ainsi à la fois justifier votre absence et, si vous perdez effectivement une partie de votre salaire, bénéficier d'indemnités.

2.4.2 Je suis soumis à une obligation de secret professionnel

Si les représentants des usagers en Commission des usagers sont soumis à l'obligation de confidentialité dont les conditions sont définies aux articles 226-13 et 226-14 du Code pénal, en raison de la loi (art. L1112-3, CSP) ; ceux

siégeant au sein des autres instances sont tenus à une obligation de secret professionnel à l'égard des informations présentant un caractère confidentiel.

La réserve et la discrétion sont de mise dans l'exercice de votre mandat. Ces deux qualités sont indispensables pour construire la confiance nécessaire à la bonne conduite de votre mission. En vous réclamant de cette obligation de secret professionnel, vous serez mieux entendu des personnes capables de répondre à vos questions et à vos suggestions, et accéderez plus facilement aux informations dont vous avez besoin.



ATTENTION !

Les représentants des usagers ne doivent en aucun cas aborder les cas individuels nominatifs à l'extérieur des conseils, commissions et comités dans lesquels ils siègent : ni nom de patient ni nom de professionnel ne doivent être communiqués. Ils doivent veiller à ce que l'on ne puisse pas identifier de façon indirecte les personnes concernées. Par exemple, en cas de service de chirurgie unique au sein de l'établissement concerné, vous ne devez pas dire « dans un service de chirurgie de la clinique, le chef de service (...) ».

2.4.3 J'y consacre un minimum de temps

A minima, vous devez assister aux séances des instances, comités et commissions, au sein desquelles vous siégez. Les neuf jours de congé de représentation⁷ accordés par la loi permettent d'être témoin de ce qui se passe dans l'établissement. Certains représentants des usagers y passent beaucoup plus de temps, notamment pour rencontrer les autres représentants des usagers, se former ou encore s'informer.

Pour assurer leurs missions, les représentants des usagers doivent recevoir de l'établissement les moyens nécessaires. Ils ont accès aux informations requises pour l'exercice de leur mandat et sont convoqués en temps et en heure. Un lieu de rencontre avec certains patients qui le désirent est mis à leur disposition. En outre, les patients reçoivent toutes les informations utiles sur l'identité des représentants des usagers et leur rôle (dans le livret d'accueil notamment).

⁷ Neuf jours ouvrables par an pour les salariés ; 12 jours ouvrables par an pour les fonctionnaires.



2.4.4 Je défends des principes de base

→ Je garde le cap

France Assos Santé propose cinq principes d'action à utiliser comme leviers pour favoriser l'application des droits des usagers du système de santé. Ces principes guident votre action et vous permettent de « garder le cap » de la défense des droits et des intérêts des usagers.

- **Agir et participer ensemble** : ce principe est fondé sur un principe démocratique de partage du pouvoir et d'action collective au sein du système de santé.
- **Accéder aux soins et à la santé pour tous** : la Charte de la personne hospitalisée⁸ (2006) rappelle le principe d'égal accès aux soins pour tous.
- **Savoir et choisir** : lors de certaines crises sanitaires (sang contaminé, maladie de Creutzfeldt-Jakob, Covid-19, etc.), les citoyens ont revendiqué le droit de savoir ce qui se passait, de connaître les défauts d'organisation et/ou de traitement, et le droit d'agir pour faire reconnaître leurs dommages.
- **Prévenir, améliorer, réparer** : les représentants des patients et des familles participent à l'élaboration de politiques publiques de santé, afin d'améliorer la qualité du système de santé, de la prévention à la réparation.
- **Défendre la sécurité des patients et la qualité des soins** : la loi du 4 mars 2002⁹, dite « loi Kouchner », consacre le principe d'accès à des soins de qualité et sécurisés à travers l'énumération des droits des patients, dont le droit à la qualité et la sécurité des soins.



Fiche n° 2 du *Carnet de route du RU* : « Les principes d'actions et les droits des usagers : qu'en faire dans la pratique ? »



→ Je me base sur les droits des usagers

Les droits des usagers définis dans le Code de la santé publique ont été formulés dans la loi de 2002. Ils relèvent des droits fondamentaux de la personne humaine, mais aussi de droits individuels et collectifs. Les droits des usagers sont présents dans de nombreux textes tels que le Code

8. En annexe du présent guide.

9. Loi n° 2002-303 du 4 mars 2002 relative aux droits des malades et à la qualité du système de santé.

de la santé publique, la Charte de la personne hospitalisée, la Charte européenne des droits des patients, la Charte de l'enfant hospitalisé et la Charte de la personne âgée en situation de dépendance.

D'autres lois ont enrichi la liste des droits des patients : par exemple, la loi du 22 avril 2005 relative aux droits des malades et à la fin de vie¹⁰, dite « loi Léonetti », et la loi du 2 février 2016 créant de nouveaux droits en faveur des malades et des personnes en fin de vie¹¹, dite « loi Léonetti-Claeys ». Ces lois ont précisé le droit de rédiger des directives anticipées, le droit à l'oubli pour les malades du cancer, le renforcement du droit d'accès aux soins palliatifs, la désignation d'une personne de confiance et la réponse à la demande à mourir dans la dignité par une meilleure prise en charge de la souffrance. La société évolue, les droits aussi !

Les représentants des usagers ont vocation à porter la parole de l'usager, et donc, à prendre position, voire à prendre parti pour lui. Ce point comporte évidemment une limite, celle de la loi : il n'est pas envisageable que les représentants des usagers défendent une position qui outrepasserait le cadre légal. Ils ne peuvent pas non plus cautionner une action portant une atteinte physique ou morale à des personnels de l'établissement ou à d'autres usagers.

Le comportement, supposé ou non, de l'usager ne peut être un motif de non-application des droits : l'usager doit respecter les règles de la politesse dans le cadre normal d'une relation. Toutefois, un non-respect de ces règles – par exemple refuser de parler –, ne constitue pas une raison suffisante pour le priver d'information. Si un comportement de non-politesse évolue vers la violence verbale et/ou physique, il s'agit de se référer au droit afin de déterminer l'attitude à adopter, sans priver la personne de ses droits.



Le malade a des droits, mais a-t-il aussi des devoirs ?

France Assos Santé a affirmé sa position sur le sujet : le malade n'a que des droits. En revanche, le citoyen malade a des devoirs, comme celui de respecter les locaux et d'être poli avec le personnel. Tout n'est pas codifié dans les textes juridiques ! Parfois, vos questions ne trouveront aucune réponse dans les textes du Code de la santé publique. C'est dans ce type de situation que votre rôle est le plus intéressant : vous devrez écouter, convaincre, négocier et trouver un terrain d'entente avec vos interlocuteurs.

10. Loi n° 2005-370 du 22 avril 2005 relative aux droits des malades et à la fin de vie.

11. Loi n° 2016-87 du 2 février 2016 créant de nouveaux droits en faveur des malades et des personnes en fin de vie.

2. QUELS SONT MES RÔLES ET MISSIONS GÉNÉRALES ET LES MODALITÉS D'EXERCICE DE MON MANDAT ?

→ Concrètement, je dis... ou je ne dis pas

Il est impossible de répondre *a priori* à cette question. Les droits des usagers ne sont pas une doctrine abstraite. C'est à la manière dont ils sont pris en compte concrètement, dans la vie de l'établissement, que vous devrez faire attention.

Vous pouvez vous appuyer sur, d'une part, les principes et droits précédemment cités ; d'autre part, des intérêts plus concrets, liés à la situation de la personne, avec ses enjeux et sa position propres dans un contexte donné, en interaction avec d'autres acteurs éventuellement porteurs d'une vision, de valeurs et d'intérêts divergents.



Fiche Boîte à outils n° 8 : « Clés pour éviter un piège : les "droits et devoirs" des malades ».

<https://extranet.france-assos-sante.org/formation/boite-a-outils-du-ru/>

Fiche Santé Info Droits A.1 : Droits des malades dans leurs recours au système de santé ».

https://www.france-assos-sante.org/publication_document/a-1-droits-des-malades-dans-leurs-recours-au-systeme-de-sante/



2.5 COMMENT PREND FIN MA MISSION ?

Vous pouvez cesser vos fonctions en remettant votre mandat à disposition de l'association qui vous a mandaté. Plusieurs raisons peuvent être invoquées :

- des raisons de convenance personnelle,
- un désaccord avec les positions portées par l'association,
- le sentiment d'avoir « fait le tour » du poste,
- le sentiment d'être entravé dans son rôle par l'établissement.

Le Conseil d'administration de votre association peut également mettre un terme à votre mandat, sous réserve de l'avis de l'ARS :

- en cas de participation insuffisante à la vie de l'association rendant difficile l'aptitude à en porter les principes et les valeurs,
- en cas d'échéance du mandat, les postes devant tourner pour garantir la vitalité démocratique,

- en cas d'atteinte à l'image de l'association par votre attitude ou vos propos.

Quelles que soient les raisons de votre départ, il est important de dialoguer avec votre successeur pour faciliter sa prise de fonctions. S'il est identifié, il est utile de provoquer des rencontres avec lui dans les mois précédant votre départ.

Les coordonnées du représentant des usagers partant peuvent être utilement laissées aux représentants des usagers en poste. Il est conseillé d'effectuer un bilan six mois après le départ.

2.5.1 Qu'attend-on de moi ?

À votre arrivée dans une instance – organe de gouvernance, commission ou comité plus opérationnel au sein d'un établissement de santé public ou privé – vous pouvez prendre le temps d'observer ses « manières », les « postures » adoptées par les uns et les autres et le niveau d'engagement de chacun de ses membres, avant de remplir pleinement votre rôle.

→ JE PARTICIPE !

Faire acte de présence, c'est bien, participer concrètement, c'est mieux !

Il ne suffit pas d'être nommé, il vous faut participer aux instances. La première chose dont le RU doit s'assurer est qu'il existe bien un échange entre les différents professionnels de l'établissement et les usagers. L'hôpital souffre d'un fort cloisonnement : chaque acteur intervient dans son coin, sur sa partie technique, sans forcément se coordonner avec les autres. De même, il est fréquent que le premier étage ne soit pas informé de l'heureuse initiative prise au second ! Sans même intervenir dans les discussions, vérifiez qu'elles aient bien lieu.

Le RU en établissement hospitalier travaille avec l'ensemble des personnels sur toutes les questions liées au respect des droits des usagers, à leur accueil, à leur prise en charge et à leur sécurité. Vous devez donc porter le point de vue concret des patients au sein non seulement des commissions, mais aussi des groupes de travail ou de pilotage, et des rencontres avec les professionnels : comment les protocoles se traduisent-ils pour eux, dans leur expérience d'utilisateur ? Comment voient-ils l'organisation de l'établissement ? Que signifie vivre la douleur au quotidien ? La participation des usagers se fonde essentiellement sur cette dimension de témoignage, plutôt que sur des connaissances techniques qui viendraient concurrencer celles des professionnels.



→ J'OBSERVE !

Vous êtes **porteur du regard des patients** sur leur prise en charge et sur la vie de l'hôpital. Pour construire ce point de vue et élaborer une parole collective, vous pouvez vous appuyer sur :

- les droits des usagers, qui constituent le prisme à travers lequel vous devez analyser les situations qui vous sont exposées,
- le vécu et l'avis des usagers. Vous ne devez adopter ni l'approche technique d'un spécialiste ni l'approche personnelle d'un proche. Il vous faut – ce qui n'est pas aisé – prendre de la distance par rapport à votre propre expérience, sans pour autant tomber dans un « technicisme froid » : votre rôle est de faire valoir la dimension humaine du soin et de la santé en adoptant une perspective qui privilégie l'intérêt collectif plutôt que quelque intérêt particulier que ce soit. Pour ce faire, vous devez vous rapprocher des autres usagers qui agissent au sein de l'établissement.

→ JE DIS, JE PROPOSE

Questionner les professionnels, leur demander d'éclairer des points techniques, est votre forme de participation la plus immédiate, et sans doute la plus importante. La question du RU, naïve et profane, permet aux professionnels de clarifier leur discours et, espérons-le, leurs décisions et leurs actes. Si le patient est considéré comme une personne en sa présence, il tend vite à se réduire à une idée lorsqu'il s'agit de mettre en place une procédure ou d'examiner des statistiques.

Dites ce qui ne va pas, mais aussi ce qui va bien : cette capacité à affirmer avec la même rigueur les points positifs ET les points négatifs apportera beaucoup à votre légitimité et à votre reconnaissance par l'ensemble des acteurs. N'hésitez pas, le cas échéant, à questionner les soignants sur le vécu concret des patients. Stimulez la réflexion et proposez des éléments simples pour améliorer les pratiques. Suggérez, au mieux, des solutions ; a minima, des pistes de réflexion, pour éveiller l'intérêt des professionnels sur des questions

éventuellement peu évidentes pour eux compte tenu de leur pratique spécifique, contrainte par ses propres priorités.

Il est toujours utile de rappeler, en toute bienveillance et en évitant le reproche, que la raison d'être de l'établissement reste incontestablement la santé de l'utilisateur, lequel doit rester au centre de toutes les priorités.

Le changement prend souvent du temps. Faire entendre votre voix, même sur des évidences ou des propositions déjà émises, permet d'ouvrir des débats trop vite clos, ou de rester attentifs aux acteurs concernés, pour les inciter à modifier et améliorer leurs pratiques. N'hésitez pas à suivre les décisions prises.

→ J'EXPLOITE LES PLAINTES ET RÉCLAMATIONS QUI PARVIENNENT À LA CDU

En vous référant à l'analyse des plaintes et réclamations effectuée en CDU, vous pourrez **aller au-delà de la déclaration d'intention** et des grands principes sur lesquels tout le monde se met facilement d'accord, sans pour autant les traduire dans la réalité. Elles permettent en effet de connaître plus précisément le fonctionnement de l'établissement, ses points de blocage et la manière dont ils sont vécus par l'utilisateur... afin de passer de l'analyse théorique à l'examen pratique. Faites connaître les sujets de ces plaintes aux professionnels – dans le respect du secret, évidemment. Bien souvent, elles contiennent des suggestions de bon sens, oubliées car trop évidentes. Combien de plaintes mentionnent la mauvaise qualité des repas ou la mauvaise prise en charge de la douleur, même si elles ne font pas de ces sujets leur objet principal ? Assurez-vous que ces lettres parviennent au CLAN et au CLUD, lorsqu'ils existent, ou aux personnes chargées de suivre ces thématiques au sein de la CME.



Et si je n'ai rien à dire ?

Vous n'avez pas toujours d'éléments à apporter s'agissant de points aussi techniques que la validation des protocoles d'utilisation d'un dispositif médical ! Vous avez le droit de dire que vous ne possédez pas de compétence particulière dans le domaine.

3. QUELLE INSTANCE CHOISIR ET COMMENT LA FAIRE VIVRE ?



Quelle que soit l'instance au sein de laquelle vous siégez, observez, prenez des informations, mais ne servez pas d'alibi en votant des décisions qui ne vous semblent pas claires. À tout le moins, demandez des explications.

3.1 LE CONSEIL DE SURVEILLANCE : LA STRATÉGIE ET LE CONTRÔLE DE L'ÉTABLISSEMENT DU SECTEUR PUBLIC

Le Conseil de surveillance est une instance présente dans les établissements publics de santé, en lien avec le Directoire (cf. p. 27). Il se réunit au moins quatre fois par an, sur convocation de son président ou à la demande du tiers de ses membres. L'ordre du jour, arrêté par son président, vous parvient au moins sept jours avant la réunion.

3.1.1 Que fait le Conseil de surveillance ?

Le Conseil de surveillance est le lieu du pouvoir de contrôle et de suivi, notamment exercé par l'État via l'Agence régionale de santé (ARS).

Le Conseil de surveillance détient une compétence générale sur la stratégie de l'établissement public de santé, en particulier fixée dans le projet d'établissement. Il exerce le contrôle permanent de la gestion de l'établissement.

Il vote, entre autres : le projet d'établissement ; le compte financier et l'affectation des résultats ; le rapport annuel relatif à l'activité de l'établissement présenté par le directeur. Au moins une fois par an, il vote la politique de l'établissement concernant 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 usagers.

Il donne notamment son avis sur : la politique d'amélioration continue de la qualité, de la sécurité des soins et de la gestion des risques ; les conditions d'accueil et de prise en charge des usagers ; le règlement intérieur.

Il est informé, entre autres, du budget conclu entre l'Agence régionale de santé et l'établissement (sous forme de CPOM – contrat pluriannuel d'objectifs et de moyens), et de ses modifications. Le Conseil de surveillance entend le directeur sur l'état des prévisions de recettes et de dépenses, ainsi que sur le programme d'investissement.

Il opère les vérifications et les contrôles qu'il juge opportuns, et se fait communiquer les documents qu'il estime nécessaires à l'accomplissement de sa mission.



3.1.2 Quel est mon rôle spécifique ?

Selon les points abordés, le Conseil de surveillance vote, émet un avis ou est simplement informé. Vous êtes tout d'abord un administrateur à part entière, comme les autres membres de ce Conseil. En ce sens, vous avez les mêmes droits d'expression et êtes soumis aux mêmes obligations qu'eux. Votre positionnement varie selon l'ordre du jour de la séance à laquelle vous assistez, mais vous abordez toujours l'ensemble des sujets examinés avec le regard de l'utilisateur, en questionnant les conséquences des décisions à prendre, y compris s'agissant d'investissements. Ces décisions bénéficient-elles ou non aux usagers ? Si les membres du Conseil « jargonnet », n'hésitez pas à leur demander de reformuler leurs propos.

Votre rôle en Conseil de surveillance est d'inciter le directeur et son équipe à se recentrer autour de la mission essentielle de l'établissement : accueillir, prendre en charge et dispenser des soins de qualité à l'utilisateur, dans le souci de sa sécurité et le respect de ses droits et besoins. Votre présence au sein du Conseil doit favoriser la prise en compte du point de vue de l'utilisateur dans la politique générale de l'établissement et les choix budgétaires. Vaste défi !

Même si votre fonction ne vous donne droit à aucune rémunération, vous devez assister régulièrement aux séances du Conseil de surveillance et présenter vos excuses en cas d'absence. La loi prévoit en effet qu'un membre qui, sans motif légitime, s'abstient pendant un an d'assister aux séances du Conseil de surveillance est réputé démissionnaire par le directeur de l'Agence régionale de santé.



Vous ne pouvez pas être présent ? Pensez à prévenir le directeur de l'établissement et à lui faire parvenir vos avis et remarques, à partir de l'ordre du jour que vous aurez reçu.

Vous êtes deux représentants des usagers au Conseil de surveillance. Tenez informé votre alter ego, il pourra vous faire un compte rendu de ce qui a été dit et décidé.

Dans tous les cas, faites-vous envoyer les comptes rendus des réunions

Hélas, le Conseil de surveillance est encore souvent très protocolaire, du fait de la présence d'acteurs institutionnels. Vous pouvez pourtant y entendre des informations stratégiques précieuses sur la gestion et les comptes de l'établissement, questionner et donner un avis sur les choix proposés et porter des sujets qui impactent la qualité et la sécurité des soins. Vous devez rester vigilant à ce que ce

Conseil, plutôt que de se réduire à une simple chambre d'enregistrement, soit bien un lieu de débats argumentés.

Vous avez pour mission de vous assurer que les mots prononcés et les décisions adoptées en Conseil de surveillance soient réellement suivis d'effet !



Siéger en Conseil de surveillance requiert une certaine vigilance sur les « sujets usagers », qui ne doivent être ni secondaires ni relégués en fin d'ordre du jour – pas davantage que le rapport annuel de la CDU, le projet des usagers, les recommandations et l'évaluation des précédents rapports ; n'hésitez pas à demander qu'ils soient placés à un niveau acceptable pour avoir le temps d'en discuter.

Si votre requête n'est pas satisfaite, n'hésitez pas à prendre la parole en début de réunion du Conseil de surveillance pour le signaler et exprimer votre avis sur l'importance de ces sujets.

3.1.3 Avec qui vais-je travailler ?

Le Conseil de surveillance compte neuf ou quinze membres (selon le ressort territorial de l'établissement concerné), dont deux représentants des usagers au minimum, quelle que soit sa configuration. Ces membres sont répartis en nombre égal dans trois collèges représentant respectivement :

- les collectivités territoriales,
- le personnel médical et non-médical,
- les personnalités qualifiées.

C'est dans ce dernier collège que vous siégez. Vous travaillez notamment aux côtés du maire de la commune dans laquelle l'établissement a son siège, du président du Conseil départemental (1^{er} collège), du représentant de la Commission des soins infirmiers, de rééducation et médico-techniques (CSIRMT) et de celui de la Commission médicale d'établissement (2^e collège). Le directeur de l'établissement est également présent, accompagné du ou des collaborateurs de son choix. Vous n'avez pas de suppléant, mais vous êtes deux représentants des usagers désignés par le préfet au sein du 3^e collège !

Le président du Conseil de surveillance est élu parmi les représentants des collectivités territoriales ou les personnalités qualifiées. Vous pouvez ainsi vous asseoir dans le fauteuil du président ! Le vice-président est désigné par le président parmi les mêmes membres.

Comme les autres membres du Conseil de surveillance, y compris son président, vous exercez un mandat de cinq ans.

3. QUELLE INSTANCE CHOISIR ET COMMENT LA FAIRE VIVRE ?



Votre collègue représentant des usagers et vous-même pouvez former alliance, au sein de votre Conseil de surveillance, avec les autres personnalités qualifiées et les élus locaux pour défendre les intérêts des usagers sur des sujets communs. En effet, même si chacun a des intérêts propres, *in fine*, vous vous battez tous pour la même chose !

Le Conseil de surveillance accueille également le président de la Commission médicale de l'établissement, le directeur général de l'Agence régionale de santé, le représentant de la structure chargée de la réflexion d'éthique et le directeur de la Caisse d'assurance maladie. Ceux-ci ne votent pas, mais participent aux séances du Conseil avec voix consultative.

3.1.4 Comment agir sur le projet d'établissement ?

La stratégie de l'établissement est formalisée dans le projet d'établissement. Ce projet est une feuille de route qui planifie, pour les cinq années suivantes, les objectifs poursuivis par l'établissement, les moyens d'hospitalisation, de personnel et d'équipement mis en œuvre, ainsi que les indicateurs de suivi. Il se fonde sur le projet médical.

Sous l'impulsion de la loi de modernisation du système de santé, le périmètre du projet d'établissement a été élargi. Il concerne désormais la santé au sens large défini par l'Organisation mondiale de la Santé, et non plus seulement les seuls soins. Il doit intégrer une double dimension :

- le parcours de vie et de soins de l'utilisateur, en lien avec les praticiens et acteurs de la santé de ville ;
- l'offre sanitaire et médico-sociale du territoire, y compris la prévention, et ce, par la participation obligatoire au Groupement hospitalier de territoire (GHT), chargé de la stratégie collective médico-soignante mise en œuvre au sein d'un territoire et au service de la prise en charge des patients.

Après la loi visant à améliorer le système de santé par la confiance et la simplification¹, le contenu du projet d'établissement s'est enrichi :

- d'un volet éco-responsable, qui « définit les objectifs et une trajectoire afin de réduire le bilan carbone de l'établissement »,
- ainsi que d'un projet de gouvernance et de management participatif pour atteindre « collectivement les objectifs du projet d'établissement ».

1. Loi n° 2021-502 du 26 avril 2021 visant à améliorer le système de santé par la confiance et la simplification.

Le projet d'établissement est un texte de référence, l'un des supports sur lequel vous pouvez vous appuyer pour exercer votre mission.



Article L6143-2, CSP

« Le projet d'établissement définit, notamment sur la base du projet médical, la politique générale de l'établissement. [...] Il comporte un projet de prise en charge des patients en cohérence avec le projet médical et le projet de soins infirmiers, de rééducation et médico-techniques, ainsi qu'un projet psychologique et un projet social. Le projet d'établissement, qui doit être compatible avec les objectifs du schéma régional ou interrégional de santé, définit la politique de l'établissement en matière de participation aux réseaux de santé mentionnés à l'article L. 6321-1 et d'actions de coopération mentionnées au titre III du présent livre. Il prévoit les moyens d'hospitalisation, de personnel et d'équipement de toute nature dont l'établissement doit disposer pour réaliser ses objectifs. Dans les établissements désignés pour assurer la mission de psychiatrie de secteur en application de l'article L. 3221-4, il précise les modalités d'organisation de cette mission au sein de la zone d'intervention qui lui a été affectée. Le projet d'établissement est établi pour une durée maximale de cinq ans. Il peut être révisé avant ce terme. »

→ Je participe à l'élaboration du projet d'établissement

Le projet d'établissement doit être élaboré de manière transversale, en lien avec tous les acteurs de l'hôpital. Pour cela, la méthodologie doit proposer des temps communs de travail entre chefs de pôle/de projets afin d'éviter que ses différents volets soient juxtaposés les uns aux autres sans aucun lien. On a vu trop de projets d'établissement dont le volet « usagers » était rédigé par le chargé des relations avec les usagers, le projet médical par la CME, et le projet de soins infirmiers par la CSIRMT, sans que les différents auteurs ne communiquent pendant l'élaboration ni ne mettent en perspective leurs parties respectives.

L'idéal est de pouvoir participer pleinement à l'élaboration du projet d'établissement via les différents groupes de travail qui peuvent être mis en place dans l'établissement.

A minima, vous pouvez demander à être consulté lors des différentes phases de l'élaboration. Au moment de la consultation demandée, n'hésitez pas à proposer quelques points précis qui vous semblent prioritaires. Afin de déterminer les points en question, il est indispensable de se coordonner avec les représentants des usagers des autres instances, en particulier avec ceux siégeant à la Commission des usagers. Ces représentants devraient, eux aussi, être consultés par la Commission ou la Conférence médicale d'établissement sur les aspects qualité et sécurité du patient.



En outre, la loi de modernisation du système de santé de 2016 a donné une dimension plus qualitative aux différents volets du projet d'établissement. Vous pouvez dès lors intervenir de façon plus ciblée sur certains de ces volets.

→ Je participe au volet « usagers/prise en charge des patients »

En intervenant sur ce volet, vous pouvez vous assurer qu'il ne se réduit pas à une volonté individuelle, liée aux personnes, mais constitue bien une priorité portée par l'ensemble de l'établissement. N'hésitez pas à recueillir l'avis des professionnels pour estimer la façon dont une affirmation contenue dans cette partie est traduite dans la réalité.

Ce volet du projet d'établissement peut porter et faire adopter le principe de la participation des usagers et de leur consultation régulière sur les sujets qui les touchent, que ce soit via leurs représentants ou directement. Par exemple, ce principe peut prendre la forme d'une sollicitation des représentants des usagers dans les groupes de travail « qualité », d'un partenariat avec des bénévoles de la maison des usagers, d'associations assurant des permanences et se rendant au pied du lit des malades, ou encore d'enquêtes de satisfaction pendant/après le séjour.

Le cas échéant, le représentant des usagers pourra opposer aux dirigeants de l'établissement l'absence de mise en œuvre de ce principe, et les interroger sur les raisons de cette absence.



EXEMPLE

La participation des usagers est une priorité affirmée dans le projet d'établissement

Je questionne :

- > Quels dispositifs sont, ou seront, mis en place d'ici à cinq ans (maison des usagers, dispositifs de recueil de la parole des usagers, présence des RU dans des sous-commissions de la CME, etc.) ?
- > Quels projets seront mis en place (formation des personnels, refonte des formulaires de recueil du consentement, mise à disposition d'informations...) ?
- > Quelle ligne budgétaire est concernée par ces décisions ? Quels personnels seront concernés ?
- > À quoi verra-t-on que cette priorité est effective ? Quels critères permettront d'en juger ? Sur quels indicateurs pourrions-nous appuyer pour vérifier sa mise en œuvre ?

Le volet « usagers/prise en charge des patients » ne doit pas se réduire à un simple plan de communication de l'hôpital à destination du grand public. Pour cela, il doit contenir une partie consacrée à l'accès aux soins, en particulier aux tarifs

opposables (permanences d'accès aux soins, action de la Commission d'activité libérale, etc.). En outre, ce volet doit être correctement articulé avec les autres volets du projet d'établissement que sont le projet médical et de soins, le projet de soins infirmiers, de rééducation et médico-technique, le projet psychologique et le projet social.

De plus, depuis la loi santé de 2016, le volet usager peut être développé et valorisé en « projet des usagers » piloté par la Commission des usagers (CDU). Le représentant des usagers en CS peut se rapprocher du représentant des usagers en CDU pour recueillir son analyse et son avis, et lui apporter sa propre vision.



Demandez à faire le point, au moins une fois par an, sur le contenu et l'évolution du projet des usagers établi par la CDU, afin de fixer des points particuliers sur lesquels travailler au sein de l'établissement (par exemple, le développement de la culture de la pair-aidance et des patients-experts, l'évaluation de la satisfaction des usagers, les partenariats usagers/résidents/associations ou encore les droits des usagers).

→ Je vérifie l'inscription de l'établissement dans l'offre de soins territoriale

Le Code de la santé publique prévoit que les établissements de santé participent à la coordination des soins en relation avec les membres des professions de santé exerçant en pratique de ville et les établissements et services médico-sociaux, ce dans le cadre défini par l'Agence régionale de santé en concertation avec les conseils départementaux s'agissant des domaines de compétences qui les concernent (art. L6111-1, CSP).

L'établissement doit prendre sa place dans les filières de soins, en relation avec l'ensemble des autres offreurs de soins et acteurs de santé, publics et privés. Il définit la politique de l'établissement en matière de participation aux réseaux de santé et actions de coopération. Ainsi, le projet d'établissement doit être compatible avec les objectifs du schéma régional ou interrégional de santé². Il définit son offre de soins de façon cohérente et articulée avec l'offre préexistante proposée par les autres établissements et le projet médical du territoire établi par le GHT ; il prend en compte l'offre ambulatoire et les équipements présents au sein du

² Le schéma régional de santé (SRS) est établi pour cinq ans, sur la base d'une évaluation des besoins sanitaires, sociaux et médico-sociaux. Il détermine, pour l'ensemble de l'offre de soins et de services de santé, y compris en matière de prévention, de promotion de la santé et d'accompagnement médico-social, des prévisions d'évolution et des objectifs opérationnels. Le schéma interrégional est élaboré en cas de regroupement de régions en vue d'activités de soins, de prévention ou d'action médico-sociale, ou d'équipements matériels lourds.

3. QUELLE INSTANCE CHOISIR ET COMMENT LA FAIRE VIVRE ?

territoire. L'ouverture sur le territoire et les coopérations avec les autres acteurs territoriaux doivent apparaître dans le projet d'établissement.

Vous aurez à vous exprimer sur cette dimension territoriale de l'offre de soins, tout en gardant à l'esprit que le projet d'établissement doit être en adéquation avec les besoins de la population du territoire – en fonction de son âge, de ses pathologies les plus fréquentes et du type de prise en charge le plus adapté pour elle. Le Conseil de surveillance donne son avis sur la participation de l'établissement au Groupement hospitalier de territoire.



Vous pouvez contacter les représentants des usagers présents au sein de la Conférence de territoire (CTS), de la Conférence régionale de la santé et de l'autonomie (CRSA) et du GHT, et échanger avec eux. Vous connaîtrez ainsi les positions défendues lors de l'adoption du projet régional de santé et pourrez intervenir pour rappeler l'intérêt du patient dans le montage de réseaux ou d'actions de coopération.



EXEMPLE

Mon établissement doit être ouvert sur le territoire et conclure des coopérations

Je questionne :

- > Comment l'hôpital s'intègre-t-il au sein de l'offre de soins proposée sur le territoire ? Par quelle convention, quel projet, etc. ? Faire expliciter les données et les façons de travailler.
- > Quelles sont les relations tissées avec les professionnels de santé intervenant en ambulatoire ? Ces relations sont-elles bilatérales ou proviennent-elles toutes de l'hôpital ?
- > Comment les relations avec les maisons de santé, les centres de soins, les réseaux de santé et les collectivités territoriales, s'organisent-elles ? Existe-t-il des réunions où ces acteurs peuvent se rencontrer ? Des projets communs sur lesquels apprendre à collaborer, par exemple des programmes d'éducation thérapeutique ?
- > Comment l'hospitalisation et la chirurgie ambulatoires seront-elles développées ?
- > Comment l'établissement compte-t-il s'ouvrir sur la ville ? travailler sur le retour au domicile après hospitalisation ? Comment échanger de manière sûre et respectueuse des droits des usagers les données de santé avec les autres professionnels extérieurs à l'hôpital ? La pratique de la « lettre de liaison » est-elle développée dès qu'un usager requiert un suivi post-hospitalisation ?

→ J'évalue le projet d'établissement

En Conseil de surveillance, vous êtes amené à prendre position sur le projet d'établissement. Veillez à ce que son adoption soit précédée d'un développement sur les manques du précédent projet d'établissement – vous pouvez alerter sur l'historique préalable et les actions non réalisées depuis les précédents projets d'établissement, par exemple.

Le bon projet d'établissement ne peut pas être défini dans l'absolu. C'est simplement celui qui permettra la mise en œuvre d'une prise en charge globale et de soins les plus adaptés possible à ses usagers, au coût le plus juste et en tenant compte des conditions de sortie d'hospitalisation.

Le projet d'établissement a plus de chance d'être efficace s'il est guidé par le fil conducteur du parcours de soins (plutôt que par celui des structures), et s'il est centré sur le soin, voire sur la santé au sens global du terme, qui comprend l'aspect médico-social et la prévention.

La qualité d'un projet d'établissement s'évalue sur la base des critères suivants :

- il est conçu dans une logique de coopération entre les acteurs des différents services ;
- il n'est ni trop général, ni trop particulier ;
- il est ambitieux mais réaliste ;
- il s'appuie sur l'existant ;
- il affiche des objectifs précis, chiffrés, échelonnés dans le temps, et des indicateurs pour mesurer l'atteinte de ces objectifs ;
- il attribue aux objectifs des moyens cohérents ;
- il identifie les menaces et/ou faiblesses de manière explicite, et propose des actions pour y faire face ;
- il prend en compte les réseaux de santé et les actions de coopération ;
- il tient compte de l'offre sur le territoire.



À mi-parcours d'exécution du projet d'établissement, vous pouvez demander un point sur le suivi des indicateurs ; vous pourrez ainsi éviter de vous retrouver au pied du mur au terme du projet, et repérer les ajustements pratiqués pour répondre à des situations particulières (telles que la crise du Covid-19, par exemple).



3.1.5 Comment agir sur le projet médical ?

Le projet médical comporte les objectifs médicaux de l'établissement ainsi que le contenu de l'offre de soins. Il est élaboré par le président de la Commission médicale d'établissement (CME) et le directeur de l'établissement. Il doit être conforme au contrat pluriannuel d'objectifs et de moyens signé avec l'ARS. La CME émet un avis sur le texte, ensuite approuvé par le Directoire, avant de faire l'objet d'une délibération en Conseil de surveillance.

→ Je vérifie sa cohérence avec le volet « usagers/prise en charge des patients » du projet d'établissement.

Le projet médical contient : les objectifs de l'établissement en matière d'amélioration de la qualité et de la sécurité des soins, et d'organisation des moyens médicaux ; une annexe spécifique qui précise l'articulation entre les pôles³ pour garantir la cohérence du parcours de soins du patient ; un volet relatif à l'activité palliative.

Le projet de prise en charge des patients du projet d'établissement doit être cohérent avec le projet médical. Sans entrer dans le détail technique de ce projet, vous pouvez vous assurer de sa réelle cohérence avec les éléments figurant au projet d'établissement.

→ Je vérifie la qualité et la sécurité du projet médical.

Le projet médical intègre un volet spécifique sur la qualité et la sécurité des soins qui, selon la loi, relève de la CME.

Vous pouvez vérifier que l'élaboration du volet « qualité et sécurité » s'est appuyée, d'une part, sur l'action et les recommandations de la Commission des usagers, notamment via son rapport annuel et, d'autre part, sur les résultats de la certification.

N'hésitez pas à rencontrer à cet égard le représentant des usagers de la Commission des usagers. Vous pourrez lister ensemble les principaux points d'amélioration possible de l'action de l'établissement, constatés depuis trois ans, en vous appuyant sur les alertes formulées, les signalements récurrents et les recommandations.

Vous pourrez ensuite vérifier que ces éléments sont bien repris dans le projet médical, voire dans le projet des usagers, en vous aidant de votre alter ego de la CDU, et que les orientations en matière de qualité et de sécurité sont évaluables grâce à des indicateurs simples et fiables.

3. La loi Santé de 2021 réaffirme le rôle des services comme structures médicales de base des établissements de santé, délaissant les pôles d'activités que l'ordonnance de 2005 avait plutôt consacrés. L'article L6146-1-1 du CSP fait du service « l'échelon de référence en matière d'organisation, de pertinence, de qualité, et de sécurité des soins, d'encadrement de proximité des équipes médicales et paramédicales, d'encadrement des internes et des étudiants en santé ainsi qu'en matière de qualité de vie au travail ».



Afin d'évaluer la qualité et la sécurité du projet médical et des soins prodigués, vous avez deux atouts !

- Les RU travaillant en comité sur les problématiques de qualité et de sécurité sont votre premier atout. Pour vous aider, le présent guide fournit des éléments pratiques sur le rôle du RU en CLUD s'agissant de la prise en compte de la douleur (p. 55) ; en CLAN, concernant la prise en compte de l'alimentation comme un soin à part entière (p. 50) ; au COVIRIS, à propos de la sécurité du patient (p. 36) ; et en CLIN ou en CLIAS, au sujet des infections nosocomiales (p. 43).
- Le responsable de la qualité dans l'établissement, le RU en CDU et les RU en GHT sont votre second atout. N'hésitez pas à entrer en contact et à échanger avec eux sur les points qui les satisfont *versus* ceux qui pourraient être améliorés.

Vous pouvez aussi rencontrer les associations implantées dans le territoire du GHT pour recueillir leurs avis.

→ Je vérifie la qualité du projet médical et des soins prodigués.

Vous pouvez veiller à l'approche « qualité » des soins en vérifiant, par exemple, que des moyens y sont bien consacrés, notamment en personnel dédié et en information. Car si cette approche ressort en partie du domaine médical, vous pouvez aussi avoir un avis sur la prise en compte de la douleur, des directives anticipées, de la possibilité d'une éducation thérapeutique, ou encore de la possibilité de soins de support.

La qualité est l'un des éléments traités au cours de la démarche de certification (p. 38). Elle ne se résume cependant pas aux indicateurs quantitatifs renseignés à cette occasion, car elle repose aussi sur un ensemble de données plus difficilement mesurables. Par exemple, la disponibilité des soignants ne se réduit pas au temps qu'ils passent au chevet de chaque patient ou auprès de sa famille : elle comprend leur façon d'écouter, de parler, et de se comporter auprès de ces personnes.

Vous apprécierez mieux le degré de qualité du projet médical en circulant dans les services et en discutant avec les personnes malades et leurs proches sur la façon dont ils sont en pris en charge et soignés, écoutés et considérés. Vous pouvez notamment vous assurer auprès d'eux qu'ils ont reçu, rempli et remis le questionnaire de satisfaction ; voyez ce que disent les usagers quant aux ruptures de leurs parcours (interstices hôpital-ville ou hôpital-hôpital, adressage vers la médecine de ville, sortie de l'hôpital, etc.)

→ Je vérifie la sécurité du projet médical et des soins prodigués.

Vous pouvez veiller à l'approche « sécurité » des soins médicaux. Cette approche intègre notamment la lutte contre les événements indésirables associés aux soins, y compris les infections nosocomiales (cf. p. 43). La gestion de ces événements a évolué avec la loi de santé 2016. Le rôle de la Commission des usagers dans leur suivi est renforcé et, là encore, les échanges et la coordination avec le représentant des usagers en Commission des usagers vous seront utiles, notamment pour évaluer les actions mises en place par l'établissement à ce sujet.

Un établissement faisant de la sécurité l'une de ses priorités ne peut pas faire l'impasse sur une instance dédiée (COVIRIS ou autre, même informelle) associant étroitement les personnels des services les plus concernés.



EXEMPLE

Le projet médical m'a été transmis avant la séance du Conseil de surveillance

Je questionne au sujet des points suivants.

Les questionnements ci-dessous peuvent être mis en œuvre pour chaque thème affirmé comme prioritaire au sein du projet médical.

► **Sur les orientations générales en matière de qualité et de sécurité :**

- Quels sont les indicateurs mis en place pour s'assurer de la qualité et de la sécurité des soins ?
- Quels sont les indicateurs témoignant de la mise en œuvre des orientations ?
- Peuvent-ils être transmis au représentant des usagers ?

► **Sur la sécurité des soins en réanimation, qui est affirmée comme étant l'une des priorités du projet médical :**

- Comment la sécurité des soins en réanimation se traduit-elle dans l'organigramme ? Une instance dédiée ou la participation d'un cadre de réanimation sont-elles prévues ?
- Comment se traduit-elle dans l'organisation de l'établissement (réunions, coordination des acteurs, etc.) ?
- Comment se traduit-elle dans le budget ? Quels sont les moyens alloués ?
- Comment se traduit-elle dans l'activité ? Quels sont les plans d'actions ? les projets et les orientations définies ? les protocoles existants ou à construire ?
- Quels sont les indicateurs de suivi prévus par l'établissement sur l'ensemble de ces points ?

Le projet médical de l'établissement est de plus en plus édulcoré au profit du projet établi à l'échelle du Groupement hospitalier de territoire (GHT). Les projets médicaux des établissements parties au GHT doivent être conformes au projet médical partagé du GHT (art. R6132-4, CSP).

3.1.6 Comment puis-je apprécier la bonne gestion de l'établissement ?

Si une partie du travail du Conseil de surveillance porte sur les orientations stratégiques de l'établissement et la politique d'amélioration continue de la qualité des soins et de la sécurité des patients, une autre partie se concentre sur le contrôle de gestion de l'établissement, via la présentation du rapport annuel d'activité, le budget prévisionnel et les comptes.



Le RU pousse l'établissement à clarifier ses choix, à approfondir les paramètres de ses décisions et à en étudier l'impact sur la prise en charge des usagers. Il amène à une discussion et à la prise en compte des aspects de la situation sans s'arrêter à leur dimension comptable et financière.

→ Je prends connaissance du rapport annuel d'activité et je l'évalue.

Chaque année, le directeur présente au Conseil de surveillance un rapport qui rend compte de l'activité de l'établissement. Ce document rassemble les événements marquants de l'année écoulée, les chiffres clés, et dresse les principales perspectives pour l'année en cours. Il présente les dossiers menés à bien.

Le Conseil de surveillance délibère sur ce rapport annuel. Vous êtes donc amené à vous forger une appréciation éclairée du document afin de voter « pour » ou « contre ».

Pour vous faire une opinion sur sa qualité, lisez-le attentivement à la lumière des orientations énoncées dans le projet d'établissement. Vous pouvez vérifier la manière dont ces orientations ont été mises en œuvre, et dont les écarts entre les actions prévues *versus* réalisées sont expliqués. N'hésitez pas à poser des questions sur les éléments qui vous semblent incohérents ou à demander des explications supplémentaires sur les points qui ne vous semblent pas clairs.



EXEMPLE

Je contrôle les points du rapport annuel d'activité importants pour les usagers

Je questionne au sujet des points suivants.

► **Sur les modes d'hospitalisation :**

- Quels sont les durées moyennes de séjour et les taux de ré-hospitalisation ? Quelle appréciation peut-on porter sur la qualité des soins et son amélioration ?
- Quelles sont les mesures concrètes ?
- Concernant les résultats des contrôles de sécurité : à quoi sont-ils liés ? S'améliorent-ils ces dernières années ? Pour quelles raisons ?

► **Sur les consultations :**

- Quels sont les temps d'attente pour obtenir un rendez-vous ?
- Quelle est la répartition des temps d'activité publique/privée ?

► **Sur les restructurations :**

- Quels services disparaissent ? sont transférés ? Pourquoi ?
- Y a-t-il un passage de relais avec une autre structure ?
- Comment a-t-on accompagné les patients touchés par ces restructurations ?

► **Sur les investissements :**

- Dans quel domaine les investissements ont-ils été effectués ? Quels sont leurs impacts sur les usagers ?

→ Je consulte le budget prévisionnel et les comptes.

De quoi parlons-nous ?

Le budget de l'établissement fait l'objet d'une prévision pour l'exercice comptable à venir : activité, recettes, dépenses, investissement, financement. C'est l'état prévisionnel des recettes et des dépenses (EPRD).

Le budget prévisionnel de l'année écoulée est exécuté : on enregistre dans la comptabilité de l'établissement toutes ses recettes (produits) et dépenses (charges). Cet enregistrement vous est régulièrement présenté en Conseil de surveillance.

À la fin de l'année, on constate les résultats de l'établissement : c'est la clôture des comptes.

Le compte de résultat présente les dépenses et les recettes. Le bilan présente une photographie de la situation de l'établissement au jour de la clôture des comptes. Il traduit, d'une

année sur l'autre, les incidences chiffrées de son activité. Vous connaissez ainsi le montant de sa trésorerie et de ses placements financiers, la valeur de son terrain, de ses immeubles et de ses équipements, etc. Ces éléments sont à prendre en compte pour mesurer sa capacité à investir à l'avenir dans des locaux, du matériel ou encore des projets, autrement dit, sa « capacité d'autofinancement ».

Le rapport financier présente ces chiffres et explique comment ils ont été obtenus. La situation de l'établissement est décrite dans un tableau de financement.

Comment faire parler les chiffres ?

Avant de voter « pour » ou « contre » les chiffres qui vous sont présentés, vous avez à comprendre ce qu'ils signifient, non pas au regard de la comptabilité, mais du point de vue du patient accueilli dans votre établissement. Pour remplir cette mission, qui consiste bien en celle du représentant des usagers, n'hésitez pas à interroger le directeur financier de l'établissement ou le directeur.



EXEMPLE

J'ai besoin d'éclaircir certains points pour mieux comprendre.

Je demande des précisions sur les points suivants.

► **Sur une baisse du budget prévisionnel :**

- Quels postes, quel pôle, sont affectés par la diminution ?
- Quels éléments seront supprimés ? des personnels ? des lits ? des achats ? des investissements ? lesquels ?
- Pourquoi l'établissement a-t-il fait ce choix ? Comment compte-t-il s'organiser pour recevoir tout de même des usagers, et soigner les malades ?

► **Sur une réduction des moyens alloués par l'ARS dans le contrat pluriannuel d'objectifs et de moyens (CPOM) :**

- Pourquoi cette réduction a-t-elle été décidée ? S'agit-il seulement d'une question de moyens ?
- Des modifications de l'organisation du travail et des manières de faire pourraient-elles améliorer la situation ?

► **Sur un discours catastrophiste de mon établissement :**

- Après avoir vérifié que les difficultés sont bien cernées, je propose d'alerter le représentant de l'ARS qui siège en Conseil de surveillance.



Des propos trop négatifs ou alarmants peuvent stériliser l'imagination. Loin de nous l'idée de penser que le manque de moyens n'est pas réel (!), mais ce discours doit impérativement être dépassé pour que, malgré tout, l'établissement continue à exercer ses missions.



Guide France Assos Santé du représentant des usagers du système de santé : informations sur les modes de financement des établissements en pages 40 et 41.



<https://www.france-assos-sante.org/publication-document/guide-du-representant-des-usagers-du-systeme-de-sante-5e-edition/>

3.2 LE DIRECTOIRE : LA DÉCISION POLITIQUE DE L'ÉTABLISSEMENT DU SECTEUR PUBLIC

Le Directoire est une instance présente dans les établissements publics de santé. Il se réunit au moins huit fois par an.

Le Directoire est en principe une instance collégiale de décision ; il est exclusivement composé de membres du personnel de l'établissement. Dans les faits, y siège le cercle rapproché du directeur qui a la responsabilité de gérer l'établissement. Finalement, c'est plutôt le directeur qui décide.

3.2.1 Que fait le Directoire ?

Comme le CS, le Directoire donne une vision très politique de la santé.

Le Directoire appuie et conseille le directeur dans la gestion et la conduite de la politique générale de l'établissement. Le directeur présente les orientations et la stratégie de l'établissement. C'est au Directoire que sont, par exemple, abordés : les fermetures de lits, l'organisation des urgences, les modalités de recrutement des personnels, les collaborations avec des tiers tels que les facultés, les entreprises et les laboratoires privés, ou encore les projets de construction et les dons d'immeubles.

Le Directoire est un lieu d'échange des points de vue gestionnaires, médicaux et soignants. Ses membres agissent en fonction de l'intérêt général de l'établissement et dans l'objectif d'assurer une plus grande cohérence entre stratégies de pôles et d'établissement. Le Directoire approuve le projet médical et le projet de soins infirmiers, de rééducation et médico-techniques. Sur cette base, il prépare le projet d'établissement.

3.2.2 Quel est mon rôle au Directoire ?

La place du représentant des usagers au Directoire prolonge celle du représentant des usagers en CS, dans le cadre de sa participation à l'exercice de la gouvernance de l'établissement.

Vous êtes présent au Directoire pour donner votre avis sur des points de gestion. Cette situation peut générer de la frustration dans la mesure où vous ne votez pas. En effet, la voix des personnalités qualifiées n'a qu'une portée consultative. Cependant, faute d'être associé aux décisions, vous n'en êtes pas responsable. Par exemple, vous n'êtes pas responsable d'une décision de fermeture de service.



Quand le directeur vous invite à siéger au Directoire, n'hésitez pas à l'interroger sur le travail commun qu'il attend de vous. Avez-vous un rôle de figuration, pour produire un bon effet, notamment dans la procédure de certification, ou d'adoption du regard de l'utilisateur pour éclairer les décisions à prendre ?

Votre présence vous permet de prendre des informations sur la vie de l'établissement et d'ouvrir un espace de dialogue sur l'adaptabilité de l'action envisagée à l'utilisateur.

En siégeant au Directoire, vous serez un observateur, ce qui suppose un savoir-être particulier. Vous devez savoir attirer l'attention sur l'utilisateur et les besoins du territoire lors des prises de décision, y compris sur les liens avec la médecine de ville, l'activité libérale des infirmiers, etc.

Vous n'aurez à vous exprimer que si la décision discutée peut avoir une incidence sur la vie des usagers et de leur famille, alors veillez à énoncer clairement ses conséquences pour l'utilisateur. Votre rôle est en effet de revenir toujours à la question fondamentale qui explique votre présence : quel est l'intérêt de l'utilisateur par rapport à la question posée ? Comment la décision abordée modifie-t-elle les conditions de prise en charge ? Vous ouvrez ainsi les portes de la discussion.



EXEMPLE

Convention proposée pour consentir l'occupation d'un immeuble vide à une association s'occupant de migrants

Le représentant des usagers ne discute pas du bien-fondé de cette décision en elle-même. En revanche, il s'intéresse à la façon dont sont assurés les premiers soins et la prévention en matière de santé. À la suite de cette question, une permanence d'accès aux premiers soins est mise en œuvre au sein de cet immeuble.



Reportez-vous aux parties 3.1.4 et suivantes du présent guide pour préparer vos interventions lors des réunions dont l'ordre du jour porte sur : l'approbation du projet médical ; la préparation du projet d'établissement ; la politique d'amélioration continue de la qualité et de la sécurité des soins, des conditions d'accueil et de prise en charge des usagers ; le programme d'investissement ; les comptes ; l'organisation interne de l'établissement ; ou les coopérations territoriales.

3.2.3 Avec qui vais-je travailler ?

Le Directoire est composé de membres du personnel de l'établissement, dont une majorité de membres du personnel médical, pharmaceutique, maïeutique et odontologique. Selon la taille de l'établissement, il comporte :

- neuf membres (six nommés et révoqués par le directeur),
- ou onze membres (sept nommés et révoqués par le directeur).

Le directeur de l'établissement est le président du Directoire. Le président de la Commission médicale en est vice-président. Le président de la Commission des soins infirmiers, de rééducation et médico-techniques en est membre d'office (art. L6143-7-5, CSP).

Comme les autres membres du Directoire, vous êtes nommé pour quatre ans. Votre mandat prend notamment fin lors de la nomination d'un nouveau directeur.



Rapprochez-vous des RU qui siègent au Conseil de surveillance et en CDU. Cela vous permettra de partir de leurs observations, de prendre position et d'intervenir au Directoire en lien avec eux.

3.3 LE CONSEIL D'ADMINISTRATION : LA POLITIQUE ET L'ACTION DE L'ÉTABLISSEMENT DU SECTEUR PRIVÉ

Dans le secteur privé commercial, les établissements de santé sont constitués sous forme :

- soit de sociétés anonymes à Conseil d'administration ayant opté ou non pour la dissociation des fonctions de président du Conseil d'administration et de directeur général,
- soit de sociétés anonymes à Conseil de surveillance et Directoire, tous deux dotés d'un président.

Dans le secteur privé non lucratif, la gouvernance des établissements de santé repose sur des conseils d'administration avec, en règle générale, une fonction de président du Conseil d'administration et une fonction de directeur général ou délégué.

Les règles générales de composition et de fonctionnement des organes de gouvernance figurent dans les statuts de ces sociétés, associations ou centres. Des règles détaillées peuvent avoir été mises en place dans un règlement intérieur. Vous avez accès à ces documents et informations. N'hésitez pas à les réclamer lors de votre arrivée dans l'établissement.

Le Conseil d'administration, ou l'instance habilitée, 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 usagers.

Si vous êtes nommé dans un établissement de santé privé d'intérêt collectif, vous vous prononcerez, notamment après avis de la Commission des usagers, sur le projet institutionnel établi pour cinq ans (art. D6161-4, CSP). Ce projet définit la politique générale de l'établissement de santé sur la base, entre autres, du projet d'établissement, du projet médical, et des objectifs du schéma régional ou interrégional de santé défini pour chacun de ces projets. Il comporte également un projet relatif à l'évolution des prises en charge des patients – le cas échéant, en cohérence avec les activités sociales et médico-sociales gérées par la personne morale.

En amont, rapprochez-vous des représentants des usagers en CDU pour connaître la position de la Commission et ses arguments ; vous défendrez ainsi mieux l'intérêt des usagers.

Quel que soit l'organe de gouvernance au sein duquel vous représentez les usagers, l'ensemble des développements détaillés ci-dessus s'applique. Vous trouverez ainsi tout ce que vous devez savoir pour exercer au mieux votre mandat aux pages 10 à 17.



Si vous avez des points spécifiques à éclaircir, n'hésitez pas à joindre votre association agréée ou la délégation régionale de France Assos Santé, ou à contacter Santé Info Droits (cf. p. 9).

3.3.1 Je sié debate au sein d'une instance de gouvernance

Un mandat dans une instance de gouvernance est stratégique, au sens où il est le plus éloigné du quotidien de l'hôpital et des aspects concrets de la prise en charge. Pourtant, en aucun cas votre rôle ne se résume à une dimension symbolique. Voici les informations pratiques qui vous aideront à exercer votre mandat.

→ Je reçois l'ordre du jour.

Je suis convoqué avant la date de la réunion (au moins sept jours avant dans le cas d'un conseil d'administration) et je reçois l'ordre du jour arrêté par le président, souvent très dense. Je demande que les sujets relatifs aux usagers – par exemple, la présentation du rapport annuel de la CDU – soient positionnés parmi les premiers points à l'ordre du jour.

→ Je prépare mon intervention.

Je demande les documents et informations dont j'ai besoin pour préparer la séance. Je contacte régulièrement les autres représentants des usagers au sein de l'établissement, notamment en CDU, ou de mon territoire ; je me tiens informé des projets et de l'activité de l'établissement ; j'entretiens des relations régulières avec le directeur de l'établissement ou avec les directeurs concernés par les points inscrits à l'ordre du jour.

→ J'interviens.

Je veille à ce que :

- l'organe de gouvernance suive régulièrement et efficacement les orientations et les indicateurs du programme d'amélioration de la qualité et de la sécurité,
- les moyens de l'établissement soient prioritairement consacrés à l'usager, à travers la qualité de sa prise en charge et de ses besoins sur un territoire donné,
- l'établissement respecte les règles de bonne gestion à court et à long terme ; son budget soit équilibré et prévoit des investissements en faveur de la qualité des soins et de la sécurité des patients.

Je vérifie que les investissements sont cohérents avec le projet d'établissement.

J'organise un véritable débat à partir de la présentation du rapport annuel de la Commission des usagers. Je demande que les RU de cette commission soient associés à la présentation et au débat, et qu'ils puissent présenter eux-mêmes le rapport.

→ Je vote.

Le vote se fait à bulletin secret si l'un des membres présents en fait la demande. Au Conseil de surveillance, en cas de partage égal des voix, un second tour de scrutin est organisé ; en cas de nouvelle égalité, la voix du président est prépondérante.



Si vous pensez que certains membres n'osent pas vous suivre ouvertement dans le vote que vous proposez, n'hésitez pas à demander le vote à bulletin secret.

→ Je reçois le compte rendu.

Je suis destinataire du compte rendu de séance, et ce, dans les quinze jours suivant chaque réunion du Conseil de surveillance.

3.4 LA COMMISSION LOCALE DE L'ACTIVITÉ LIBÉRALE : LA PRÉSERVATION DE L'ÉGALITÉ D'ACCÈS AUX SOINS

Dans un contexte d'importantes inégalités sociales et territoriales d'accès aux soins, et de tensions concernant le financement de l'hôpital, la pratique de l'activité libérale, c'est-à-dire privée, au sein des établissements publics, est source de débat. Cette pratique libérale entre les murs de l'établissement public de santé ne répond pas à un objectif de santé publique et peut remettre en cause le principe fondamental d'égalité d'accès aux soins pour tous.

Pour autant, l'exercice libéral peut également permettre à l'hôpital public de garder ses médecins, surtout spécialistes, en son sein. Les praticiens statutaires exerçant à temps plein ou durant huit demi-journées par semaine au minimum peuvent ainsi être autorisés à exercer une activité libérale dans l'établissement public de santé où ils sont nommés, dès lors que l'intérêt du service public hospitalier n'y fait pas obstacle.



Le bon déroulement de cette activité libérale et, par là même, la préservation de l'égalité d'accès aux soins pour tous, est soumis au contrôle d'une Commission d'activité libérale (CAL), créée en 1987. La présence d'un représentant des usagers au sein de cette Commission est obligatoire depuis 2009.

L'activité libérale peut comprendre des consultations, des actes et des soins en hospitalisation. À cet effet, les praticiens doivent conclure un contrat d'activité libérale d'une durée de cinq ans. L'activité libérale donne lieu à l'établissement d'une redevance dans des conditions déterminées par décret et à son versement par le praticien.

À l'inverse, les praticiens qui s'engagent à exercer à temps plein au sein d'un établissement public sans activité libérale pendant trois ans perçoivent une « indemnité de service public exclusif » de 1 010 euros brut euros par mois (décret n° 2021-1643 du 13 décembre 2021).



DES CHIFFRES POUR VOUS SITUER

En 2021, environ **4 500** praticiens hospitaliers exercent une activité libérale à l'hôpital, soit environ **11 %** des praticiens hospitaliers. En secteur 2, **1 933** praticiens (soit **43 %** des praticiens ayant une activité libérale) ont réalisé des dépassements d'honoraires pour un montant total de **64,1 millions** d'euros, soit **38 000 euros** par praticien. La majorité des contrats d'activité libérale concerne les activités chirurgicales et la gynécologie obstétrique (plus de **60 %**).

Source : fiche *Santé Infos Droits* B.8, « L'exercice libéral de la médecine à l'hôpital ».

3.4.1 Que fait la CAL ?

La Commission locale de l'activité libérale, obligatoire, se réunit au moins une fois par an et chaque fois qu'elle est saisie, sur convocation de son président.

Elle vérifie que l'activité libérale ne nuit pas au fonctionnement et à l'organisation du service public. Les modalités de l'activité libérale doivent respecter les exigences légales en matière de contrat avec les praticiens, d'information des usagers et de transmission des données aux tutelles. Le temps opératoire réservé à l'activité libérale doit prendre une place raisonnable par rapport au temps opératoire total.



Article L6154-5, CSP

« Dans chaque établissement public de santé où s'exerce une activité libérale, une Commission de l'activité libérale est chargée de veiller au bon déroulement de cette activité. Une Commission nationale de l'activité libérale siège auprès du ministre chargé de la santé. Les attributions, les conditions de fonctionnement et la composition de ces Commissions, au sein desquelles doit notamment siéger un représentant des usagers de santé au sens de l'article L.1114-1 sont fixées par voie réglementaire. Ces Commissions peuvent, sous réserve du respect du secret médical, demander toutes informations utiles sur l'activité libérale d'un praticien, et notamment communication des statistiques de son activité qui sont détenues par les organismes de sécurité sociale compétents. »

La Commission établit chaque année un rapport sur les conditions dans lesquelles s'exerce cette activité au sein de l'établissement et sur les informations financières qui lui ont été communiquées, en application du dernier alinéa de l'article L6154-5 du Code de la santé publique.

Le rapport annuel est en outre communiqué, pour information, à la Commission médicale d'établissement, au Conseil de surveillance, à la Commission des usagers, au directeur de l'établissement et au directeur général de l'Agence régionale de santé.



Présenter le rapport annuel de la CAL en Conseil de surveillance est un bon moyen de renforcer la légitimité du RU qui siège à la CAL.

3.4.2 Quel est mon rôle particulier à la CAL ?

Votre présence au sein de la Commission de l'activité libérale n'est pas symbolique : votre rôle est d'agir contre les irrégularités et de veiller à l'égalité d'accès aux soins quel que soit le mode d'exercice des praticiens travaillant dans l'établissement. Les membres de la CAL ont une mission de contrôle et de vigilance sur :

- la quotité de l'activité libérale par rapport au service public,
- les dépassements d'honoraires,
- les délais de rendez-vous,
- l'incidence que peut avoir l'activité privée d'un médecin sur le fonctionnement du service public hospitalier,
- l'information du patient à l'occasion de sa prise de rendez-vous.

3. QUELLE INSTANCE CHOISIR ET COMMENT LA FAIRE VIVRE ?

Le rapport annuel de la CAL vous est communiqué comme à ses autres membres ; si ce n'est pas le cas, demandez qu'il vous soit envoyé avant d'être discuté en CAL afin d'en prendre connaissance et de comprendre les données y figurant. Si vous avez des demandes d'explication, n'hésitez pas à les communiquer à la direction avant la réunion afin que cette dernière prépare sa réponse, ou à les exposer en séance. Prenez note des explications apportées, et si après analyse, celles-ci se révèlent incomplètes ou non satisfaisantes, demandez un complément d'information. En l'absence de réponse, refusez de valider le rapport annuel en l'état.



Vérifiez que le rapport contient bien les deux parties suivantes.

- L'une portant sur les conditions générales d'exercice : la Commission peut émettre un avis et des recommandations, même si la réglementation est respectée. L'intérêt du service public hospitalier doit primer sur l'exercice de l'activité libérale.
- L'autre ayant trait aux informations financières, reçues et transmises.

Les établissements publics de santé autorisant leurs praticiens à exercer une activité libérale en leur sein ont, en outre, l'obligation d'élaborer une charte de l'activité libérale intra-hospitalière. Les clauses de cette charte sont adaptées à la nature de l'activité de l'établissement public de santé concerné, et reprennent, *a minima*, celles de la charte-type fixée par arrêté du ministre chargé de la santé (art. R6154-3-1, CSP).

N'hésitez pas à demander la transmission de cette charte. Vous pourrez ainsi vérifier sa conformité à l'arrêté ministériel. Vous pourrez en outre prendre connaissance des clauses visant à garantir l'information des patients quant au caractère libéral de l'activité, aux tarifs pratiqués dans ce cadre, à leur droit à être pris en charge dans le cadre de l'activité publique des praticiens, et à la transparence de l'exercice d'une activité libérale par les praticiens concernés au sein des organisations médicales.



Contactez le représentant des usagers à la Commission des usagers afin de savoir si la Commission a été consultée et a pu émettre un avis sur cette charte.

3.4.3 Avec qui vais-je travailler à la CAL ?

Les membres de la Commission de l'activité libérale sont nommés par le directeur général de l'Agence régionale de santé. Ils n'ont pas de suppléants.

La Commission comprend neuf membres incluant le représentant des usagers, le directeur de l'établissement public de santé, un représentant de la Caisse primaire d'assurance maladie et deux représentants désignés par le Conseil de surveillance parmi ses membres non-médecins. Ses quatre autres membres proviennent du corps médical. Parmi eux figurent un membre du Conseil départemental de l'Ordre des médecins, et deux personnes exerçant une activité libérale désignées par la Commission médicale d'établissement.

En vue de préparer les séances et d'assurer le suivi des décisions, la Commission désigne en son sein un bureau permanent composé de trois membres, dont son président, dès que 6 % des praticiens ayant le droit statutaire d'exercer une activité libérale exercent ce type d'activité dans l'établissement.



Le président de la Commission ne doit lui-même exercer aucune activité libérale au sein de l'établissement. Il y aurait là, à notre sens, un conflit d'intérêts majeur. Lorsque les débats en Commission portent sur l'activité libérale de l'un de ses membres, celui-ci doit impérativement s'abstenir ou quitter la réunion au nom du principe selon lequel on ne peut être à la fois juge et partie (art. D6154-15, CSP).



Puis-je être élu président de la CAL ?

Vous pouvez parfaitement demander à être élu président de la CAL. Les textes prévoient que la Commission élit son président parmi ses membres, par vote à bulletin secret, à la majorité absolue au premier tour de scrutin, à la majorité relative au second tour. En outre, le président de la Commission médicale d'établissement, qu'il exerce ou non une activité libérale, et les praticiens exerçant une activité libérale au sein de l'établissement ne peuvent être élus président de la Commission. En cas d'égalité de voix au second tour, les intéressés sont départagés au bénéfice du plus âgé (art. R6154-12, CSP).

Si vous souhaitez présenter votre candidature, vous pouvez souligner que la place du RU en CAL est à la présidence ; il n'est pas convenable qu'un médecin, président, juge ses pairs. Parallèlement, rassurez les membres de l'instance sur le but que vous poursuivez : vous n'êtes pas à la CAL pour casser le système, mais pour faire avancer le service public de la santé et respecter les textes.



3.4.4 Comment faire vivre votre présence à la CAL ?

Outre vos observations et votre vote sur le rapport annuel (lire *supra*), vous devez apporter votre vigilance à l'égard du respect des droits des usagers et des obligations réglementaires liées à l'activité libérale par le praticien.

→ Je contrôle le respect des droits des usagers.

Le droit à l'information

L'information fournie au patient doit être claire et compréhensible, afin que les usagers disposent d'une information précise, notamment sur les tarifs, avant de s'orienter vers l'activité libérale. Cette obligation d'information s'applique à un niveau collectif, au sein de l'établissement, ainsi qu'à un niveau individuel, par la communication d'une information personnalisée au patient.

Au moment de la prise de rendez-vous, le secrétaire a l'obligation d'informer l'utilisateur sur le régime de l'activité du professionnel concerné, libéral ou salarié.

Les tarifs, y compris les éventuels dépassements, et les conditions de réception du patient doivent être affichés de façon visible et lisible :

- dans la salle d'attente ou, à défaut, dans le lieu d'exercice ou à la caisse,
- sur les plateformes de prise de rendez-vous en ligne.

Une information préalablement écrite sous forme de devis doit être fournie au patient quand le montant d'un acte, qu'il s'agisse de prévention, de diagnostic et/ou de soins, est égal ou supérieur à 70 euros l'unité, et dans le cas d'une hospitalisation.

L'information doit détailler le montant du dépassement éventuel et les conditions de remboursement par l'Assurance maladie. Cette information doit également être fournie en cas de réalisation d'actes hors nomenclature.

Une information particulière doit être délivrée à l'utilisateur lorsque l'acte comprend la fourniture d'un dispositif médical sur mesure. Le devis lié à cette prestation doit mentionner, de manière dissociée, le prix de vente de l'appareil proposé, le montant des prestations assurées par le praticien ainsi que le tarif de responsabilité correspondant et, le cas échéant, le montant du dépassement facturé.



EXEMPLE

Je veux connaître l'activité libérale au sein de mon établissement

Je questionne sur les points suivants.

► Sur l'exercice libéral en général :

- L'établissement informe-t-il de manière explicite sur ce qui se passe en matière d'activité libérale dans ses murs ? Existe-t-il une charte de l'activité libérale ?
- Tous les patients ont-ils réellement le droit de choisir entre l'activité libérale et le secteur public, et sous quelles conditions ?

► Sur la prise en compte des cas difficiles :

- L'établissement propose-t-il un tarif opposable aux patients en difficulté financière ? Si non, sont-ils informés des voies de recours ou des aides qu'ils peuvent obtenir en lien avec le service social de l'hôpital ?
- Le service social de l'hôpital est-il associé aux travaux de la CAL ?

► Sur l'impact de l'activité libérale sur le service public :

- Quelle est l'incidence de la pratique libérale sur le fonctionnement et la qualité du service public hospitalier ? L'occupation de locaux et l'utilisation d'équipements d'examen lourds – tels que les scanners, pour lesquels les délais d'attente peuvent être longs – gênent-elles le fonctionnement normal du service public ?
- Si oui, vous devez en débattre au sein de la Commission comme au sein du Conseil de surveillance.
- En Commission des usagers, des plaintes et des réclamations existent-elles concernant le coût des soins, des dépassements abusifs, des ruptures de parcours, des délais d'attente pour une consultation ou un acte en secteur public ou une prise en charge de moindre qualité qu'en secteur libéral ?



Fiche Santé Info Droits A.4 :
« Le droit à l'information des usagers sur les coûts et la prise en charge des frais de santé ».



<https://www.france-assos-sante.org/publication-document/a-4-le-droit-a-l-information-des-usagers-sur-les-coûts-et-la-prise-en-charge-des-frais-de-santé/>

Les honoraires

Le premier écueil rencontré par le patient consultant son praticien en « activité libérale » réside dans l'absence de prise en charge du tiers payant, dont il doit faire l'avance.

3. QUELLE INSTANCE CHOISIR ET COMMENT LA FAIRE VIVRE ?

En outre, les dépassements d'honoraires sont autorisés uniquement si les praticiens sont conventionnés en secteur 2. Afin d'assurer l'accès aux soins pour tous, les honoraires doivent être fixés avec « *tact et mesure* » (art. R4127-53, CSP). La notion, non définie, reste floue. Son appréciation est subjective et votre rôle consiste à relever les éventuels abus.

À vous d'évaluer le niveau des honoraires fixés à partir des critères suivants, les plus souvent retenus par la jurisprudence : le caractère systématique du dépassement, la situation financière du patient, la notoriété du praticien, la complexité de l'acte et le temps nécessaire à son exécution.

Si vous avez connaissance d'une facturation excessive, informez le Conseil de l'ordre des médecins territorialement compétent ainsi que la Caisse primaire d'assurance maladie (CPAM), qui pourra décider, le cas échéant, d'une pénalité financière à l'encontre du praticien.



À SAVOIR

Interdiction de facturer des dépassements d'honoraires

Il est interdit à tout médecin de facturer un dépassement d'honoraires à un patient :

- qui le consulte en urgence, y compris dans un établissement de santé privé – cette interdiction s'étend aux chirurgiens qui opèrent en urgence ;
- bénéficiaire de la CMU-C et aux assurés disposant de l'attestation de droits à la complémentaire santé (ancienne ACS), sauf en cas d'exigence particulière du patient ou de consultation en dehors du parcours de soins coordonnés.

Les praticiens qui méconnaissent cette interdiction s'exposent à des sanctions pour refus de soins. Ces situations doivent impérativement être portées à la connaissance de la CPAM, compétente pour trouver une réponse aux termes d'une procédure de conciliation, mais également pour sanctionner les refus de soins.

Source : Fiche *Santé Info Droits*, C.9.1 : « L'exercice libéral de la médecine »

https://www.france-assos-sante.org/publication_document/c-9-1-exercice-liberal-de-la-medecine-honoraires-medicaux-et-taux-de-prise-en-charge/



Le droit de choisir entre public et privé

En cas d'hospitalisation, si le patient souhaite être traité en secteur libéral, lui-même ou son représentant légal doit formuler cette option par écrit dès l'entrée, après avoir pris connaissance des conditions particulières impliquées par son choix (art. R6154-7, CSP). À défaut, la responsabilité de

l'établissement pourra être mise en cause. Le dossier d'admission est constitué dans les mêmes conditions que celles applicables aux admissions dans le secteur public. Les frais d'hospitalisation sont calculés et valorisés selon les mêmes modalités, le praticien encaissant ses honoraires en sus.



Aucun patient ne peut être transféré au secteur libéral d'un praticien hospitalier s'il a été admis au titre du secteur public et inversement, sauf demande motivée du patient (ou de ses représentants légaux) et après avis du chef de service.

La continuité des soins

Le principe de la continuité des soins assure à tous un parcours de prise en charge de qualité. Le contrat d'activité libérale type prévoit que « *M. ___ s'entend avec ses confrères hospitaliers pour que, en cas d'absence, la continuité des soins soit assurée.* »

Vous pouvez vous renseigner sur l'effectivité de cette clause et sur : les moyens effectivement prévus pour la mettre en œuvre, l'organisation des éventuels remplacements, ce qui se passe en cas d'accumulation de retards en secteur public, le suivi des patients en cas d'absence du médecin exerçant en activité libérale.

L'égalité de traitement

Les temps d'attente du patient pour accéder aux soins ne doivent pas être disproportionnés selon que le rendez-vous est pris dans le cadre de l'activité libérale ou de l'activité hospitalière.

Informez-vous sur les délais de prise de rendez-vous en consultation et en hospitalisation à la suite d'un premier rendez-vous, selon que les patients passent par le service public ou par l'activité libérale. Si l'écart est trop important, demandez des explications et contactez votre délégation régionale de France Assos Santé.

L'activité libérale ne doit pas être une filière privilégiée entraînant une inégalité de traitement, notamment en cas de planning de blocs opératoires désorganisés. Vous pouvez découvrir qu'une telle inégalité existe à partir d'une réclamation adressée à la Commission des usagers au sujet d'un changement de date d'opération, par exemple. En cas de doute, vous pouvez tenter de constater la situation par vous-même en sollicitant un rendez-vous auprès d'un médecin dans le cadre de son activité publique, puis privée (et en prenant soin d'annuler les rendez-vous par la suite !).



→ Je vérifie le respect des obligations contractuelles.

Un contrat d'activité libérale doit être signé entre le praticien et l'établissement. Il décrit les modalités d'exercice de l'activité libérale à l'hôpital public. Le directeur de l'établissement d'affectation, le chef de pôle et le président de la CME émettent un avis sur ce contrat, ensuite approuvé par le directeur général de l'ARS. L'approbation du contrat vaut autorisation d'exercice de l'activité libérale.

La loi prévoit un contrat-type dont les conditions et clauses minimales figurent à l'annexe 61-2 du Code de santé publique.

Rien n'empêche l'établissement de mentionner des conditions supplémentaires ou de préciser certains points, en particulier concernant la mise à disposition par l'hôpital des moyens d'exercice de l'activité (secrétariat, locaux, moyens matériels, etc.).



EXEMPLE

Vous avez connaissance d'un signalement ou d'une plainte concernant l'activité libérale d'un praticien

Référez-en à la CAL et vérifiez le contrat d'activité libérale signé. Les obligations prévues au contrat doivent être effectivement remplies. Dans le cas contraire, la Commission peut demander que le praticien soit rappelé à l'ordre et sanctionné le cas échéant.

→ Je contrôle la mise en œuvre conforme de l'activité libérale.

L'activité libérale est soumise à conditions. Vérifiez que la loi est respectée ! Pour mener à bien votre mission, n'hésitez pas à réclamer la transmission des documents avant la tenue de la CAL ; vous aurez ainsi le temps de préparer vos interventions.

Pour mener à bien votre mission de contrôle, demandez à l'établissement s'il a bien mis en place le recueil et le suivi informatisés des données concernant l'activité publique de chaque praticien. Celui-ci doit en effet fournir à l'établissement un état récapitulatif de son activité libérale – de sa durée, des consultations et actes réalisés et du montant de ses recettes. Il perçoit ses honoraires soit directement, soit par l'intermédiaire de l'administration de l'hôpital. Il doit une redevance à l'établissement en dédommagement de l'usage de ses locaux, du prêt de ses équipements et éventuellement de la participation du personnel hospitalier. Son montant est fixé en pourcentage des honoraires perçus. Elle est payée trimestriellement, soit directement à l'établissement par le praticien qui encaisse ses honoraires, soit par prélèvement sur les honoraires perçus par l'établissement pour le compte du praticien (art. R6154-3, CSP).

Tous les six mois, les organismes d'assurance maladie communiquent au directeur de l'établissement et au président de la Commission d'activité libérale les informations sur les honoraires, le nombre et le volume des actes effectués par les praticiens concernés.

Comme les autres membres de la CAL, vous êtes destinataire d'un tableau à double entrée reprenant : les déclarations du médecin adressées à l'établissement, dans une première colonne ; les données fournies par la CPAM, dans une seconde colonne.

Le tableau à double entrée

Ce tableau représente pour vous une source d'informations chiffrées. Il comporte les données relatives au temps d'activité autorisé, au nombre d'actes privés/publics, aux recettes perçues en libéral par le praticien ainsi qu'au montant de la redevance versée à l'établissement. Ne vous en privez pas !

Toutefois, la mission première de ce tableau est de contrôler que les déclarations du médecin adressées à l'administration de l'établissement concordent avec les éléments recueillis par les services de la Caisse primaire d'assurance maladie.

Tous les écarts constatés entre les deux colonnes doivent vous être expliqués. Un écart entre le montant des honoraires perçus déclaré à l'hôpital et celui déclaré à la CPAM doit être justifié. Il peut, par exemple, résulter des délais de facturation ou de la facturation de dépassements d'honoraires. N'hésitez pas à questionner en amont de la réunion le président de la CAL ou les services qui vous transmettent les informations requises ; ou à le faire en cours de réunion si vous n'avez pas obtenu de réponse satisfaisante.

Votre contrôle porte sur les points suivants.

- **Le temps d'activité autorisé** : l'unité de référence de décompte du temps de travail habituel du praticien hospitalier est la demi-journée ou la vacation d'une durée théorique de 3 heures 30. La vacation s'applique aux praticiens attachés. Un praticien hospitalier à temps plein (dix demi-journées hebdomadaires) peut exercer une activité libérale dans la limite de deux demi-journées par semaine ; un praticien hospitalier exerçant à hauteur de huit ou neuf demi-journées par semaine peut pratiquer une activité libérale dans la limite d'une demi-journée hebdomadaire.



Ne pas confondre journée et demi-journée : l'unité de mesure doit figurer sur le tableau.

3. QUELLE INSTANCE CHOISIR ET COMMENT LA FAIRE VIVRE ?

- **Le nombre d'actes effectués en secteur libéral/public :** l'établissement doit vous fournir le ratio entre ces deux types d'actes pour vérifier la répartition de l'activité du praticien entre ses parts libérale et publique.
- **Les recettes pour les actes effectués en libéral :** l'établissement doit vous fournir les informations sur les montants perçus par le praticien au titre de son activité libérale, ainsi que sur le temps qu'il consacre à cette activité. Le rapport entre le volume d'activité et les montants perçus vous donne une idée des dépassements d'honoraires pratiqués.
- **La redevance de l'année,** dont le taux dépend de l'activité réalisée : vous pouvez comparer cette redevance avec celle versée l'année précédente, sachant que sa variation doit suivre celle de l'activité.



Si besoin, contactez le RU en Conseil de surveillance pour vérifier dans les comptes de l'établissement que la redevance a bien été réglée.

- **La variation de l'activité libérale et de l'activité publique :** suivez la progression de l'activité libérale au cours des deux dernières années et comparez-la avec celle de l'activité publique.

Taux de la redevance due à l'établissement (art. D6154-10-3, CSP)

	CHU	CH
Consultation	16 %	15 %
Acte médical et de chirurgie	25 %	16 %
Acte d'imagerie associé à un acte interventionnel	40 %	20 %
Acte d'imagerie, radiothérapie, médecine nucléaire et biologie	60 %	

Sachez que la Commission peut demander au praticien tout complément d'informations utile à l'exercice de son contrôle. Dans le respect du principe du contradictoire, tout praticien « mis en cause » doit pouvoir être en mesure d'apporter sa réponse ou les explications qu'il juge utiles à l'examen de sa situation.

Le respect des conditions légales

Pour mener à bien votre mission de contrôle, demandez à recevoir régulièrement le recueil et le suivi informatisés des données concernant l'activité publique de chaque praticien, ainsi que le tableau à double entrée.

Les conditions légales (art. L6154-2 du CSP)	Comment vérifiez-vous ?
Les praticiens exercent personnellement, et à titre principal, une activité de même nature que dans le secteur hospitalier.	Le praticien est salarié de l'établissement à plein temps et exerce effectivement son activité. Le praticien est rattaché à un secteur d'activité. Dans le tableau à double entrée, vous vérifiez si le médecin est conventionné secteur 1, ou inscrit en secteur 2 avec des honoraires libres.
La durée de l'activité libérale hebdomadaire (D^{ALH}) n'excède pas 20 % de la durée de service hospitalier hebdomadaire (D^{SPH}) à laquelle sont astreints les praticiens.	Vous disposez du recueil informatisé du nombre et de la nature des actes et consultations réalisés au titre de l'activité publique. Vous disposez du tableau à double entrée. Vous comparez les plages horaires réservées au public et celle réservées au privé. ➔ Pour effectuer votre contrôle, relevez et additionnez dans chacun des tableaux les durées correspondant, d'une part, à l'activité libérale (D^{AL}) ; d'autre part, à l'activité publique (D^{SP}). Vérifiez que cette formule est juste : $D^{AL} \leq (20 \times D^{SP}) / 100$.
Le nombre de consultations et d'actes effectués au titre de l'activité libérale (N^{AL}) est inférieur au nombre de ceux effectués personnellement au titre de l'activité publique (N^{SP}).	Vous disposez du recueil informatisé du nombre et de la nature des actes et consultations réalisés au titre de l'activité publique. Vous disposez du tableau à double entrée. Vous comparez le nombre de consultations et d'actes au titre du public vs au titre de l'activité libérale. ➔ Pour effectuer votre contrôle, relevez et additionnez dans chacun des tableaux le nombre de consultations et d'actes relevant, d'une part, de l'activité libérale (N^{AL}) et, d'autre part, de l'activité publique (N^{SP}) ; vérifiez que cette formule est juste : $N^{AL} < N^{SP}$.
Aucun lit ni aucune installation médico-technique ne doit être réservé à l'exercice de l'activité libérale.	Vous pouvez poser la question en CAL ; l'information relative au nombre de lits et installations figure dans le rapport annuel de l'établissement.
L'activité libérale donne lieu au versement d'une redevance par le praticien.	Interrogez la réalisation de ce versement, ainsi que son montant annuel ; exploitez le tableau à double entrée. Vérifiez auprès du RU en CS.



Fiche Santé Info Droits B.8 : « L'exercice libéral de la médecine à l'hôpital ».

https://www.france-assos-sante.org/publication_document/b-8-exercice-liberal-de-la-medecine-a-lhopital/



→ Je noue des liens avec les autres représentants des usagers

Le Conseil de surveillance

Le Conseil de surveillance est destinataire du rapport de la Commission d'activité libérale. Si vous estimez que des abus sont pratiqués, vous pouvez librement contacter le représentant des usagers y siégeant afin que ces points soient portés à l'ordre du jour. Le Conseil de surveillance peut également, le cas échéant, s'opposer au renouvellement du contrat d'activité libérale d'un praticien dont les excès sont avérés.

La CPAM

Dans chaque CPAM siègent des représentants des usagers capables d'agir à leur niveau pour signaler les déviations tarifaires avérées de la part de médecins hospitaliers exerçant en libéral. Rapprochez-vous d'eux autant que possible, notamment pour obtenir des informations sur les sanctions de la CPAM, les tarifs des actes et les voies de recours de l'utilisateur.

Les coordonnées des représentants en CPAM sont consultables dans l'annuaire des RU de France Assos Santé. Vous pouvez également contacter votre délégation régionale FAS pour les obtenir.

La Commission des usagers

La Commission des usagers peut également mettre ces questions à l'ordre du jour, appuyer vos demandes et intégrer ces problématiques dans son rapport annuel, voire dans le projet des usagers. Faites une réunion commune entre représentants des usagers à la CAL et à la Commission des usagers pour évaluer les recommandations à faire valoir dans l'établissement, puis portez-les en Conseil de surveillance.

La CRAL

Si besoin, alertez et faites remonter les dysfonctionnements auprès de la Commission régionale d'activité libérale (CRAL).



Article L6154-5-1 du Code de santé publique

« Une Commission régionale de l'activité libérale est placée auprès du directeur général de l'agence régionale de santé. La Commission établit périodiquement le bilan régional de l'activité libérale des praticiens statutaires à temps plein.

À la demande du directeur général de l'agence régionale de santé, la Commission émet un avis sur les autorisations d'exercice délivrées en application de l'article L6154-4. Elle est obligatoirement consultée sur les mesures de suspension ou de retrait d'autorisation proposées en application de l'article L6154-6 ainsi que sur la décision d'appliquer l'indemnité prévue au deuxième alinéa du IV de l'article L6154-2. Elle peut également faire des propositions afin d'améliorer les conditions dans lesquelles il est veillé au respect des dispositions législatives et réglementaires applicables en matière d'activité libérale. »



N'hésitez pas à aller au contact de chacun des membres de la CAL pour connaître leurs points de vue et préciser vos objectifs. Les entretiens informels permettent souvent de tisser des relations qui peuvent déboucher sur des positionnements communs, utiles à la défense d'intérêts convergents.

3.5 LE COVIRIS OU LA COMMISSION TRAITANT LES « ÉVÉNEMENTS INDÉSIRABLES ASSOCIÉS AUX SOINS » : LA GESTION DES RISQUES ET LA SÉCURITÉ DU PATIENT

Le Comité de coordination des vigilances et des risques sanitaires (COVIRIS) ne porte pas toujours ce nom. Vous l'identifieriez par son objet : s'occuper des « événements indésirables associés aux soins ». D'une manière générale, il existe plus fréquemment au sein des CHU que dans les petits établissements.

En tout état de cause, tout établissement de santé public ou privé élabore un programme d'actions prenant en compte les bilans d'analyse des événements indésirables. Une coordination de la lutte contre les événements indésirables associés aux soins est organisée dans l'établissement de santé. La diffusion publique des résultats d'une liste d'indicateurs de qualité et de sécurité des soins annuellement définie est garantie, par affichage au sein de l'établissement.



En l'absence de COVIRIS (ou de commission assimilée), il appartient au RU siégeant au Conseil de surveillance de veiller à ce que le sujet soit abordé et traité en Commission ou en Conférence médicale d'établissement !



Fiche Boîte à outils du RU n° 17 :
« Prendre en compte les événements indésirables »

<https://extranet.france-assos-sante.org/wp-content/uploads/sites/2/2022/12/Fiche-Boite-a-Outils-du-RU-n%C2%B017-Evenements-indesirables.pdf>



3.5.1 Que fait le COVIRIS ?

Cette Commission très technique se situe au cœur de l'établissement. Avec la CDU, elle est l'une des commissions les plus importantes : c'est en son sein que le pouls de l'établissement se mesure. Parmi les comités opérationnels, elle est un espace central, à privilégier.



Article L6111-2 du Code de santé publique

« Les établissements de santé élaborent et mettent en œuvre une politique d'amélioration continue de la qualité et de la sécurité des soins, et une gestion des risques visant à prévenir et traiter les événements indésirables liés à leurs activités.

Dans ce cadre, ils organisent la lutte contre les événements indésirables, les infections associées aux soins et l'iatrogénie ; définissent une politique du médicament et des dispositifs médicaux stériles ; et mettent en place un système permettant d'assurer la qualité de la stérilisation des dispositifs médicaux. »

→ L'événement indésirable

Le COVIRIS permet de traiter en continu les événements indésirables associés aux soins⁴ – lesquels ne sont pas nécessairement « graves », mais sans doute les plus nombreux⁵

4. La lutte contre les infections nosocomiales fait l'objet d'une section à part (voir p. 43).

5. Un patient hospitalisé sur dix est encore victime d'un événement indésirable grave.

et problématiques du fait de leur récurrence. Pour rappel, selon les textes, c'est la CDU qui s'intéresse aux événements les plus graves.

L'événement indésirable est un événement imprévu, survenant au sein de l'établissement de santé, dont les conséquences sur le patient, les professionnels de santé, les visiteurs ou les biens, peuvent être néfastes.

Il s'agit d'un événement non désiré pour le patient et associé aux soins. L'événement indésirable est qualifié de « grave » s'il s'associe à un décès ou une menace vitale, nécessite une hospitalisation ou la prolongation d'une hospitalisation, ou encore, provoque un handicap ou une incapacité.

Il est considéré comme « évitable » si, en présence de soins conformes à la prise en charge considérée comme satisfaisante au moment de sa survenue, il ne serait pas arrivé.

Une erreur de dosage de médicament, un soin prodigué au mauvais patient, une méconnaissance des procédures ou protocoles par un personnel remplaçant, un oubli de la part d'un personnel, un travail exécuté comme une routine et sans réflexion, et le dysfonctionnement d'une perfusion, sont autant d'exemples d'un événement indésirable.

→ Les risques

Chaque établissement doit se doter d'une politique de prévention et de maîtrise des risques, formalisée dans un document spécifique. Le COVIRIS s'occupe de cette politique de prévention et de maîtrise des risques au sein de l'établissement. Son objectif est de rechercher la sécurité maximale pour les patients.⁶

Le risque est inévitable. Il consiste en une « situation non souhaitée, ayant des conséquences négatives, résultant de la survenue d'un ou plusieurs événements, dont l'occurrence – ou survenue – est incertaine ». Il peut s'agir d'effets secondaires graves suivant la prise d'un médicament, une contamination, ou encore la chute d'un patient dans le couloir du service récemment nettoyé.

En général, les établissements conduisent deux types de démarches pour maîtriser les risques :

- une démarche de prévention du risque, en amont ;
- une démarche de traitement du risque et de prévention des risques futurs, en aval, une fois le risque advenu.

6. Seuls les risques pour les usagers sont abordés dans le présent guide. Évidemment, les risques pour le personnel doivent également être pris en compte par ailleurs.



La gestion des risques dans la certification

Considérée comme une pratique exigible prioritaire (PEP) dans la version 2010 du *Référentiel de certification*, la gestion des risques fait l'objet d'une attention particulière. La HAS (Haute autorité de santé) l'a dotée d'une dimension importante et fondamentale.

Dans ses versions 2020 et 2023, le *Référentiel de certification* rappelle les enjeux nationaux de l'évaluation de la prévention des infections associées aux soins (surveillance, prévention et réduction). La certification vise à apprécier la capacité des professionnels à rechercher la pertinence, l'efficacité et la sécurité des soins, à se concerter et se coordonner tout au long du parcours du patient. Les analyses des événements indésirables associés aux soins, notamment des événements indésirables graves, ainsi que des rapports de certification (version 2014), conduisent à mettre un accent particulier sur le risque infectieux et le risque lié aux médicaments. L'hygiène des mains est un élément phare de la version 2020, repris en 2023 (critère 2.3-10).

3.5.2 Quel est mon rôle particulier au COVIRIS ?

Depuis le COVIRIS, vous jouez un rôle de vigie « à 360° ». Vous adoptez aussi un rôle de questionneur, afin de replacer les vigilances pour la sécurité du patient et la gestion des risques dans une logique d'information du patient et de formation des professionnels. Votre présence favorise la prise de conscience collective de l'importance de la qualité ainsi que la prise en compte de la parole de la personne malade.

Sans être expert de la gestion des risques, vous avez pour mission de stimuler l'établissement dans sa réflexion et de l'inciter à aborder la notion de « risques » sous l'angle : de la prévention des risques, en amont ; du traitement des risques et de la prévention des risques futurs, en aval. Il ne doit pas relâcher son attention. Vous l'encouragez à se doter d'une véritable culture de gestion du risque et à améliorer la prise en charge de la personne malade. Vous promouvez la culture de l'analyse de l'erreur, plutôt que celle de la faute.

Vous exercez donc un rôle de veille, y compris à l'égard des usagers, lesquels doivent jouer un rôle essentiel dans le développement de la sécurité du patient en tant qu'ils sont :

- acteurs de leur propre sécurité,
- partenaires constructifs des professionnels,
- interlocuteurs des pouvoirs publics et des agences à qui l'établissement doit déclarer un certain nombre d'événements indésirables.

Vous pouvez suggérer des améliorations dans la prise en charge du patient. Vous vous impliquez pour relever des événements dysfonctionnels survenus au sein de l'établissement. Par exemple, pendant la crise du Covid-19, vous avez pu faire remonter l'incompréhension des familles quant à la fermeture de l'établissement et à leur exclusion. Vous êtes concerné par les questions relatives à l'hygiène des pièces et du matériel ; à l'hygiène corporelle des patients ou des personnels – à l'utilisation du gel hydroalcoolique, par exemple ; ou encore, au bruit en provenance des couloirs – roulettes de chariot, par exemple.

Vous participez à la remédiation mise en place pour le patient victime afin d'empêcher que les dysfonctionnements signalés ne se reproduisent et, ainsi, de limiter le risque pour les patients et empêcher la répétition d'un événement indésirable.



Ne vous focalisez pas sur l'unique critère de la gravité des événements. Une prise en charge non conforme aux règles de l'art, même si ses conséquences sont légères, doit être traitée comme un événement indésirable. Si tout événement indésirable n'est pas grave en tant que tel, il doit malgré tout faire l'objet d'une déclaration en vue d'une analyse. Insistez pour que tout événement indésirable soit déclaré auprès du gestionnaire de risques afin de savoir s'il se répète et de mieux le comprendre pour éviter qu'il ne se reproduise.

3.5.3 Avec qui vais-je travailler ?

Depuis 2009, la sécurité et la qualité des soins est une mission qui s'impose à tous les établissements de santé. Elle est pilotée par la Commission médicale d'établissement dans les établissements publics ; par la Conférence médicale d'établissement dans les établissements privés. La politique de prévention et de maîtrise des risques fait partie de cette mission. La gestion des risques et les vigilances ne doivent pas être déconnectées de la qualité des soins.

→ Le personnel de mon établissement

Vous avez un accès aux différents responsables des directions fonctionnelles et aux équipes d'hygiène hospitalière. Quand le COVIRIS (ou une commission assimilée) existe, tous les responsables des secteurs dits « à risques » – médecins, pharmaciens, directeur des soins, cadres de santé, ingénieur biomédical, responsable qualité, président de la Commission médicale – doivent se réunir sous la responsabilité effective du directeur.

3. QUELLE INSTANCE CHOISIR ET COMMENT LA FAIRE VIVRE ?

En outre, chaque établissement dispose d'un coordonnateur de la gestion des risques associés aux soins, désigné par le directeur en concertation avec soit le président de la Commission médicale d'établissement (dans les établissements de santé publics), soit la Conférence médicale d'établissement (dans les établissements de santé privés). Il participe à l'organisation de la lutte contre les événements indésirables associés aux soins (art. R6111-2, R6111-4, CSP).



Pensez « démarche et résultats » avant de penser « instance »

Ce n'est pas parce qu'un établissement possède une instance telle que le COVIRIS qu'il suit une politique effective de gestion des risques. Ce n'est pas parce que le COVIRIS existe qu'un travail de qualité est fourni. Souvent, le fonctionnement de l'hôpital est cloisonné, et les professionnels travaillent en parallèle sans toujours échanger sur des sujets communs. Chaque spécialiste s'attache aux risques de sa spécialité : le Comité social et économique intervient sur les conditions de travail, d'hygiène et de sécurité du personnel ; le chargé de la sécurité, sur les risques techniques et logistiques ; le chargé de l'hémovigilance, sur la sécurité en matière de transfusion sanguine ; etc. Pourtant, faute d'échanges entre ces personnes, les risques ne seront jamais pris en charge correctement. C'est souvent à l'interface de deux activités que les risques sont les plus forts.

→ Mes collègues représentants des usagers.

Vous êtes en lien avec les autres représentants des usagers qui siègent dans les comités opérationnels, en particulier au sein de la CDU et du CLIN.⁷

Le COVIRIS (ou la commission assimilée) travaille avec les autres commissions de l'établissement. Vous serez donc en contact régulier avec le représentant des usagers de la CDU, où les plaintes déposées révèlent un certain nombre d'événements indésirables non enregistrés comme tels. Ces plaintes permettent aux professionnels de connaître comment les événements indésirables sont vécus par les usagers et d'en mesurer l'impact sur le patient. Les thématiques de la culture de l'erreur, du transport du patient à l'intérieur de l'hôpital, de la prise en charge des urgences vitales des hospitalisés, des chutes, des suicides et des agressions, sont communes à la CDU et au COVIRIS. N'hésitez pas à les travailler de concert.



Appuyez-vous sur le représentant des usagers en CDU pour recommander ensemble :

- une politique de déclaration des événements indésirables graves plus systématique de la part du Conseil de surveillance (contactez le RU en CS),
- une politique de formation et de sensibilisation des équipes à la déclaration des événements indésirables graves.

3.5.3 Comment faire vivre votre présence au COVIRIS ?

Vous pouvez sensibiliser l'établissement à la possible réduction des risques en santé par des actions de correction faciles à mener. De petits écarts quotidiens, bien qu'à première vue mineurs, sont susceptibles d'entraîner de lourdes conséquences : une organisation des toilettes de patients bien pensée mais que l'on abrège en oubliant de remettre correctement un pansement, une étiquette mal collée sur un prélèvement, ou encore un dossier mal tenu.

Le RU peut aussi faire valoir la question de l'information du patient, dernier rempart à l'obligation de vigilance. Un patient informé peut également assurer un rôle de vigie. Si la solution passe par un affichage à destination des familles et des patients pour mieux informer, le représentant des usagers peut se proposer pour relire l'affiche.

→ Je travaille sur le repérage de l'événement indésirable.

Idéalement, tout le monde est impliqué et doit pouvoir signaler un événement indésirable au gestionnaire de risques. Dans les faits, ce sont les professionnels qui sont habilités. Notez qu'une procédure de déclaration en ligne d'un événement indésirable grave (EIG) est accessible via un portail officiel : <https://signalement.social-sante.gouv.fr>.

Vous êtes à même de vérifier que les professionnels savent ce qu'est un EIG et d'en faire rappeler, le cas échéant, la définition par le président de la CME ou son représentant. Le plan de formation de votre établissement peut prévoir une sensibilisation régulière sur le sujet.

Les patients hospitalisés peuvent, depuis 2013, signaler une anomalie. Les modalités du recueil de ces signalements sont du ressort de chaque établissement. Au sein du vôtre, vous pouvez vous assurer que les patients sont correctement informés de cette possibilité. Les anomalies en seront ainsi mieux répertoriées, analysées et traitées.

7. Lire p. 43.



Le cahier de réclamations de l'établissement est un moyen pour l'utilisateur de déclarer un événement indésirable. Proposez au gestionnaire de risques de consulter ce cahier, ensemble, pour dépister les événements indésirables. De même, le gestionnaire de risques doit avoir, en lien avec la CDU, connaissance des plaintes et réclamations.



EXEMPLE

Je suis alerté sur la question des tâches interrompues, source d'une erreur de posologie.

Je questionne :

- D'où provient l'erreur ? d'une erreur de manipulation ? de conditions de travail trop bruyantes pour la concentration ? d'une mauvaise application de la règle de trois ?

Ce questionnement permet de comprendre la raison de l'événement et de trouver une solution pour éviter qu'il ne se reproduise.

→ Je vérifie la qualité de la communication effectuée auprès du patient.

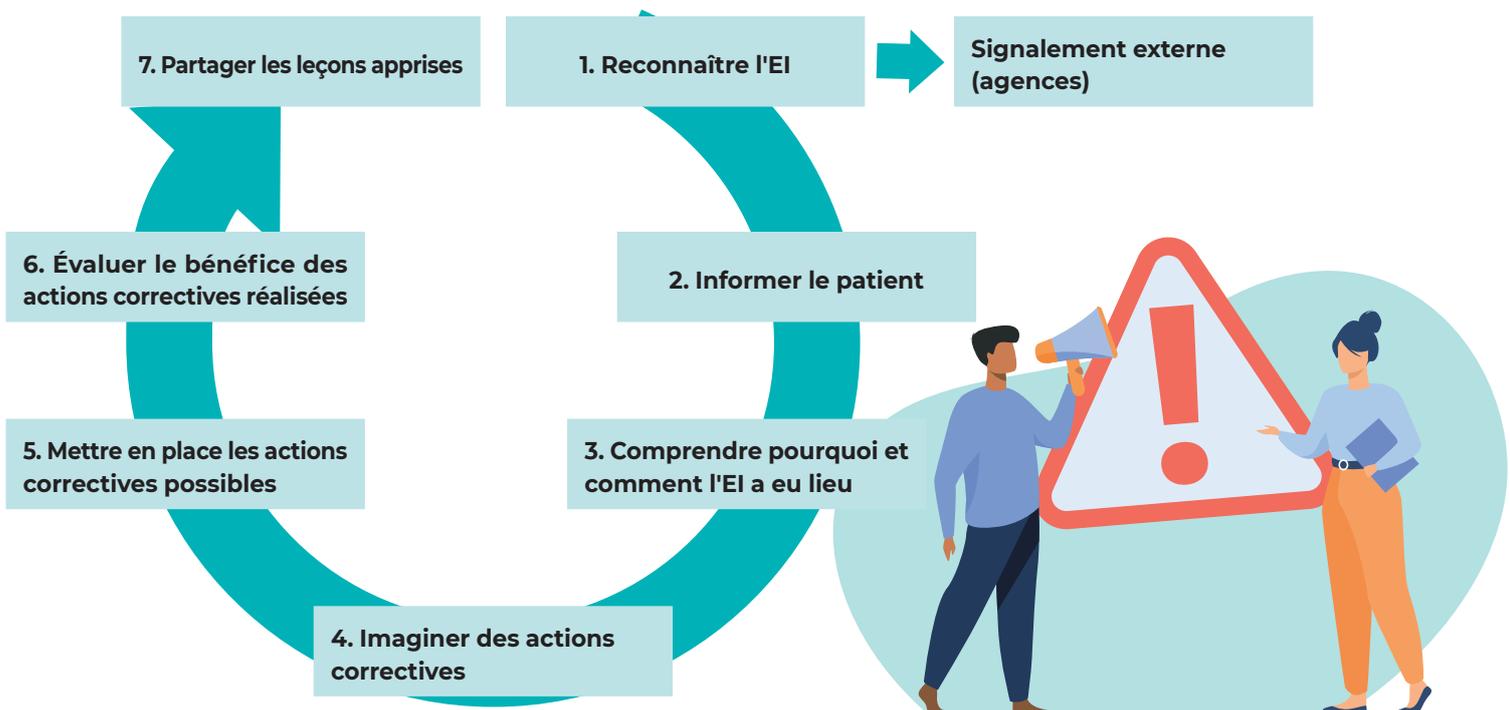
Tout événement indésirable doit être porté à la connaissance du patient : la loi lui reconnaît le droit d'être informé. De plus en plus d'établissements intègrent la communication avec le patient à la procédure de traitement des événements indésirables. Cette démarche doit se généraliser, mais les équipes ne doivent pas communiquer n'importe comment !

Vérifiez que l'utilisateur est contacté rapidement, et que l'information est claire et compréhensible pour lui. Vérifiez que les soignants reconnaissent leur erreur et expriment leur regret, et qu'ils répondent aux questions de l'utilisateur. Enfin, vérifiez que l'utilisateur est bien informé de la manière dont il peut éventuellement exercer ses droits (plainte en CDU, demande d'indemnisation, etc.).

→ J'agis en faveur d'une analyse correcte des événements indésirables.

Les gestionnaires de risques présents dans l'établissement doivent utiliser des méthodes pour analyser les causes du risque dans toutes ses dimensions. Partir du fait qui pose problème, distinguer les éléments relevant de l'erreur

Face à un événement indésirable : les bénéfices du signalement



3. QUELLE INSTANCE CHOISIR ET COMMENT LA FAIRE VIVRE ?

humaine de ceux relevant de la procédure mal adaptée, éviter d'identifier *a priori* une cause susceptible d'en masquer d'autres, constituent une démarche logique, rigoureuse et adossée à des outils et des méthodes scientifiques. La grande difficulté pour le représentant des usagers, souvent partagée par le gestionnaire de risques, est de lutter contre la tendance traditionnelle qui consiste à rechercher un bouc émissaire.

Malheureusement, la culture de l'erreur est peu présente dans les établissements, au profit de la culture de la faute, dont la désastreuse conséquence est l'engagement dans un cercle vicieux lié à la recherche d'un coupable.

Culture de la faute versus culture de l'erreur :

Le cercle vicieux de la recherche du coupable	Le cercle vertueux de la gestion des risques
Erreur individuelle	Dysfonctionnement du système global
Recherche d'une responsabilité	Recherche des facteurs et des causes
Sanction	Mesures correctives
Manque de prise de responsabilité	Amélioration du système
Erreur	Baisse du risque d'erreurs individuelles

Le RU ne doit pas favoriser la culture de la faute et son cercle vicieux de la recherche de coupable. Pour cela, vous pouvez agir de manière logique, progressive et stratégique ! Inutile d'aller directement vous plaindre en haut lieu à l'extérieur de l'établissement si vous prenez connaissance de la survenue d'un risque : vous mettriez en danger la collaboration entre usagers et professionnels au sein de votre établissement. Face à cette situation, tournez-vous plutôt vers vos interlocuteurs habituels du COVIRIS ou vers les responsables opérationnels de l'établissement.



Les rapports d'analyse des événements indésirables sont précieux et leur traitement par la CDU permet de les sortir du silence. Certains événements indésirables graves peuvent être analysés au sein de la CDU, qui invitera le gestionnaire des risques et les professionnels concernés à en débattre. Poussez cette Commission à adopter des recommandations qui seront autant de propositions de mesures correctives.



EXEMPLES

► J'ai connaissance de la réalisation d'un risque.

Je questionne :

- Comment l'établissement analyse-t-il la situation ? Quelles sont les différentes causes possibles ?
- À la suite de cet accident/incident, qu'a mis en place l'établissement ? Pourquoi a-t-il choisi cette action plutôt qu'une autre ? Qu'en attend-il ?

Ce sont les questions que vous devez poser et sur lesquelles vous devez obtenir des réponses.

► Je souhaite connaître les leviers d'action de l'établissement.

- Les exigences réglementaires émanant de l'ARS sont-elles connues du gestionnaire de risques et respectées ?
- Comment l'établissement s'organise-t-il en matière de prévention des risques ? en termes de management, de procédures, de protocoles, d'évaluations régulières et de retours sur expérience ?
- Comment sont développées les compétences du personnel et des intervenants ? en termes de compétences, de formation, de qualifications, de règles de bonnes pratiques ?



Les indicateurs de qualité et de sécurité des soins en établissements de santé

La HAS développe et valide des indicateurs de qualité et de sécurité des soins (IQSS) en lien avec les professionnels de santé, les patients et les usagers. Ces indicateurs sont mis à disposition des professionnels de santé pour l'amélioration de la qualité et de la sécurité des soins en établissements de santé. Certains concernent le tableau de bord des infections nosocomiales. Ils doivent être affichés par les établissements dans un délai de deux mois à compter de la date de leur publication nationale. Les données par établissement doivent être accompagnées de données de comparaison figurant dans les publications nationales. Les IQSS sont intégrés à la procédure de certification de l'établissement de santé.



→ Je vérifie le bon fonctionnement des vigilances

L'État a mis en place des systèmes pour réglementer et organiser officiellement certaines activités liées aux soins reconnues comme comportant des risques spécifiques : les vigilances.

La pharmacovigilance concerne les médicaments à usage humain et les matières premières à usage pharmaceutique ; l'addictovigilance, les substances psychoactives dont les stupéfiants et les psychotropes ; l'hémovigilance, l'ensemble de la chaîne transfusionnelle du prélèvement du donneur au suivi post-transfusionnel du receveur de produits sanguins labiles ; la matériovigilance, les dispositifs médicaux et les produits thérapeutiques annexes ; la réactovigilance, les dispositifs de diagnostic in vitro ; la biovigilance, l'ensemble de la chaîne de greffe, du prélèvement du donneur au suivi post-greffe du receveur d'organes, de tissus, de cellules d'origine humaine excepté le sang et les gamètes, et les produits thérapeutiques annexes ; la cosmétovigilance, les produits cosmétiques ; la tatouvigilance, les produits de tatouage. L'identitovigilance concerne le suivi de l'identité du malade, c'est-à-dire le fait que la personne soit bien la bonne personne, que son dossier médical ne soit pas celui de son voisin de lit. Les homonymies peuvent être fréquentes et sources de graves erreurs, en cas d'opération comme de banale prise de sang. Au bloc opératoire, le nom du patient doit être vérifié plusieurs fois.

Un responsable est nommé pour chaque vigilance. En cas d'existence d'un COVIRIS, il en est membre.

Vous pouvez vérifier que les plaintes et les réclamations concernant les vigilances sont bien diffusées aux responsables désignés. Le critère de certification portant sur la bonne tenue du dossier patient est à croiser avec les questions liées à l'identitovigilance.

Les risques liés aux activités des vigilances ne représentent que 5 % de la totalité des risques. Tenez donc compte de ces risques sans focaliser votre attention dessus !



EXEMPLES

▮ **Certains médicaments disparaissent de la pharmacie ; un malade reçoit le médicament prescrit à son voisin de lit.**

Je consulte le responsable de la pharmacovigilance.

▮ **Une déclaration liée aux vigilances a été effectuée.**

Je m'assure qu'elle a donné lieu à un retour sur l'expérience, à une analyse et à des mesures correctives.

C'est grave ? Que faire et auprès de qui en 3 points clés

L'intervention du RU est parfois délicate quand il a connaissance d'un événement indésirable grave non déclaré ou non reconnu comme tel. Montrez fermement votre volonté de voir le problème traité et choisissez l'approche la plus adaptée pour ne pas aller au conflit de manière violente, ce qui risquerait de nuire aux usagers.

→ J'agis auprès de l'utilisateur, du demandeur ou de la personne qui s'estime victime.

- Je lui demande comment il va.
- J'entends ses difficultés.
- Je comprends sa demande.
- Je l'informe sur les modalités de déclaration en ligne d'un EIG via le portail officiel, et l'accompagne éventuellement dans cette démarche : <https://signalement.social-sante.gouv.fr>.

→ J'agis au niveau de l'instance concernée (avec l'accord préalable impératif de la personne s'estimant victime).

- La Commission médicale d'établissement (CME).
- Le Comité de lutte contre les infections nosocomiales (CLIN) / Comité de Lutte contre les infections associées aux soins (CLIAS).
- Le Comité de lutte contre la douleur (CLUD).
- Le Comité de liaison alimentation nutrition (CLAN).
- La Commission des usagers (CDU).

→ J'informe*

- Le directeur de l'établissement.
- Mon association.
- La délégation régionale de France Assos Santé.



IMPORTANT

JE NE SAIS PLUS ou PAS quoi faire : j'appelle Santé Info Droits⁸ pour connaître mes possibilités d'action d'un point de vue juridique.

* avec l'accord préalable impératif de la personne s'estimant victime.

8. Santé Info Droits est une ligne d'informations juridiques et sociales constituée de juristes et avocats qui ont vocation à répondre à toutes questions en lien avec le droit de la santé. <https://www.france-assos-sante.org/sante-info-droits/> ou 01 53 62 40 30 les lundi, mercredi et vendredi, de 14 à 18 heures ; les mardi et jeudi, de 14 à 20 heures.

3.6 LE CLIN OU COMITÉ ASSIMILÉ : LA LUTTE CONTRE LES INFECTIONS NOSOCOMIALES

L'organisation de la lutte contre les infections nosocomiales n'est pas seulement un volet de la politique de gestion des risques de l'établissement abordée dans le cadre du COVIRIS (lire *supra*). Le sujet est suffisamment important – 750 000 victimes et 4 000 décès par an – pour que, le plus souvent, il soit traité comme un sujet à part entière.⁹



Infection nosocomiale : kézako ?

L'infection nosocomiale est une infection associée aux soins⁹ contractée dans un établissement de santé public ou privé (art. R6111-6, CSP). Elle se déclare 48 heures après le début de l'hospitalisation ou après la sortie de l'hôpital.

A priori, toute infection qui se révèle dans les 30 jours suivant une intervention chirurgicale, et qui est localisée à l'endroit opéré, est une infection nosocomiale. Ce délai est porté à un an pour les infections survenant en cas de pose de prothèse. Les malades peuvent être contaminés lors des soins reçus par : le matériel utilisé, des germes provenant d'eux-mêmes ou d'autres malades, ou encore des personnels porteurs d'un germe sans développer de maladie. Les personnes hospitalisées – surtout les plus jeunes et celles qui sont âgées de plus de 65 ans ou immunodéprimées – sont plus fragiles, plus vulnérables et susceptibles d'être infectées par des germes non dangereux dans des conditions normales.

Selon les résultats de l'enquête menée en 2017 et publiés en juin 2018 par Santé Publique France, chaque jour en France, un patient hospitalisé sur 20 présente au moins une infection nosocomiale. La prévalence des patients infectés s'élève à 4,98 %.

Les infections les plus courantes sont les infections urinaires, les pneumonies et les infections du site opératoire après une intervention chirurgicale. Les contaminations causées par des bactéries résistantes à un ou plusieurs antibiotiques augmentent ; en 2017, elles représentaient 46 % des infections nosocomiales, contre 2,5 % en 2001.

La lutte contre les infections nosocomiales est d'autant plus primordiale que, contrairement aux autres risques, de telles

9. Une infection est dite associée aux soins si elle survient au début ou à la fin de la prise en charge d'un patient (diagnostique, thérapeutique, palliative, préventive, éducative ou opératoire) par un professionnel de santé.

infections sont transmissibles, y compris entre patients et soignants. Les services les plus exposés aux infections nosocomiales sont les centres de lutte contre le cancer, les services d'urgences, d'orthopédie et de réanimation. Les patients hospitalisés en long séjour (entre 30 et 89 jours) sont 15 fois plus touchés que ceux en court séjour (2 à 7 jours).



Si vous avez peu de temps à consacrer à cette dimension de votre mandat, concentrez votre attention sur ces services en priorité.

Depuis 2015, la lutte contre les infections nosocomiales fait l'objet d'un programme spécifique : le programme national d'actions de prévention des infections associées aux soins (PROPIAS)¹⁰, piloté conjointement par les trois directions générales concernées au sein du ministère chargé de la santé (offre de soins, cohésion sociale et santé).

3.6.1 Que fait le CLIN ?

Chaque établissement organise une instance de consultation et de suivi chargée de la lutte contre ces infections, qui peut être un Comité de lutte contre les infections nosocomiales (CLIN), un Comité de lutte contre les infections associées aux soins (CLIAS) ou une sous-commission de la CME. Le CLIN, en tant que tel, n'est plus une instance obligatoire. S'il continue à se réunir, c'est à la discrétion du directeur et du président de la CME. (N.B. La suite du texte évoque le CLIN par souci de simplification, mais concerne l'une ou l'autre des instances présentes dans votre établissement.)

Les missions d'un CLIN restent toutefois en vigueur. Elles sont attribuées à l'équipe opérationnelle d'hygiène (EOH), en collaboration avec la CME. Cette équipe est chargée de mettre en œuvre le programme annuel d'actions prioritaires des professionnels pour accompagner et décliner les grandes orientations définies dans le programme national.

Il s'agit de prévenir, surveiller et signaler les infections nosocomiales et le risque infectieux lié aux soins, et de définir et évaluer les actions d'information et de formation des professionnels de l'établissement en matière d'hygiène hospitalière et de lutte contre les infections nosocomiales, notamment par l'élaboration et la mise en œuvre de recommandations de bonnes pratiques d'hygiène

10. Le PROPIAS fait partie du programme national de sécurité du patient 2013-2017, évalué par le HCSP en août 2018 et non renouvelé à ce jour. Il visait à renforcer la prévention des infections associées aux soins, la maîtrise de l'antibiorésistance et à réduire les risques infectieux associés aux actes invasifs réalisés en établissements de santé, dans le secteur médico-social et dans le cadre de soins de ville.



Si votre établissement ne dispose ni de CLIN ni d'instance assimilée, c'est en Commission des usagers que vous pouvez agir sur la lutte contre les infections nosocomiales. N'hésitez pas à interroger la CME sur les éléments mis en œuvre dans le programme d'actions relatif à la politique qualité et sécurité de l'établissement pour lutter contre ces infections.

3.6.2 Quel est mon rôle spécifique au sein du CLIN ?

En tant que représentant des usagers, vous n'avez pas de mandat spécifique au sein de ce Comité. Si vous y siégez, c'est pour un rôle consultatif et incitatif. Vous n'avez pas de droit de vote. Pour autant, ne lâchez pas l'affaire ! Vous devez rester vigilant en la matière, et ce, d'autant plus que les bactéries résistantes aux antibiotiques se multiplient.

Votre rôle consiste davantage à stimuler l'établissement, à l'empêcher de baisser la garde dans la lutte contre les infections nosocomiales, qu'à apporter le point de vue d'un technicien.

En CLIN ou instance assimilée, ou en Commission des usagers, vous avez un rôle à jouer. Vous êtes partenaire dans la prévention, l'information et la communication autour des infections nosocomiales, grâce à votre regard transversal sur la lutte contre le risque infectieux au sein de l'établissement et sur le développement d'actions de prévention. Même si le CLIN ne se réunit plus, vous faites en sorte que les professionnels fassent le point sur les moyens mis en œuvre dans la lutte contre les infections nosocomiales en posant des questions, notamment en CDU – où la politique qualité et sécurité est traitée, et où les plaintes et les signalements d'événements indésirables graves sont reçus.

Rappeler l'incitation financière à l'amélioration de la qualité (IFAQ) peut être un argument à faire valoir.



Le programme national d'actions de prévention des infections associées aux soins (PROPIAS) recommande la présence d'un RU dans l'équipe opérationnelle d'hygiène (EOH). N'hésitez à vous appuyer sur cette recommandation pour demander à l'intégrer !



Les infections nosocomiales et la certification

Dans un établissement de santé, public ou privé, la certification (lire p. 38) constitue un levier formidable pour améliorer les pratiques de l'établissement dans la lutte contre les infections nosocomiales. Cette lutte a fait l'objet d'une attention particulière puisque, dans la version 2010 du *Référentiel de la certification*, elle est considérée comme une pratique exigible prioritaire (PEP). Le deuxième chapitre du référentiel 2023¹¹ met l'accent sur la maîtrise des risques liés aux soins¹² délivrés par les équipes de soins, à tous les niveaux. Reportez-vous au site de la HAS pour mesurer les évolutions et la volonté d'associer davantage les représentants de patients dans ces démarches. Reportez vous au Guide du RU en Commission des usagers qui consacre un chapitre au rôle du RU pendant la certification.

3.6.3 Avec qui vais-je travailler ?

→ Le personnel hospitalier

Vous interviendrez en lien avec les membres du CLIN, composé, selon la taille de l'établissement, de représentants des professions médicales (médecin, pharmacien, infirmier), de représentants des professions paramédicales (du soin ou médico-techniques) et de membres de la direction de l'hôpital impliqués dans la prévention des infections (administrative, logistique et technique). Le président du CLIN est élu par ses membres.

Qu'un CLIN existe ou non dans votre établissement, vos interlocuteurs privilégiés sont l'équipe opérationnelle d'hygiène (EOH), le coordonnateur de la gestion des risques associés aux soins et le président de la CME. Selon la taille de l'établissement, un ou plusieurs professionnels – infirmière hygiéniste, technicien bio-hygiéniste, médecin hygiéniste ou pharmacien – peuvent présider la séance.

L'équipe opérationnelle d'hygiène, en collaboration avec le coordonnateur de la gestion des risques, réalise et coordonne le programme d'actions du CLIN, de la sous-commission de la CME ou, à défaut, des acteurs qui travaillent sur le sujet. Sa présence sur site permet de fournir un accompagnement quotidien aux équipes, et de réaliser des observations et des évaluations régulières des pratiques.

11. Voir le *Référentiel de la certification* dans sa version 2023, applicable au 1^{er} janvier 2023 : https://www.has-sante.fr/upload/docs/application/pdf/2022-10/manuel_certification_es_qualite_des_soins.pdf.

12. Notamment, l'objectif 2.3 (« Les équipes maîtrisent les risques liés à leurs pratiques ») et les critères associés.

3. QUELLE INSTANCE CHOISIR ET COMMENT LA FAIRE VIVRE ?

Les professionnels sont invités, en cas d'infections nosocomiales, à mettre en place des revues de morbidité et de mortalité. Cette méthode d'amélioration de la qualité consiste à analyser en équipe toutes les causes possibles de la maladie (morbidité) ou du décès. Les revues permettent à chacun d'apprendre et entraînent l'amélioration des pratiques et des organisations sans pour autant stigmatiser les personnes. Demandez qu'elles soient mises en place dans votre établissement.

La mission de l'équipe opérationnelle d'hygiène et du coordonnateur de la gestion des risques est transversale. Ces professionnels ne détiennent aucun pouvoir hiérarchique défini sur leurs collègues. Leur expertise et leurs compétences ne sont donc pas renforcées par un pouvoir hiérarchique. En conséquence, votre appui est précieux pour eux, et inversement. Il permet de donner du poids à leurs actions et recommandations, de renforcer leur influence au sein de l'établissement et de créer une synergie.

→ Les autres RU

En CDU

Le représentant des usagers vous confirmera que l'équipe opérationnelle d'hygiène et le coordonnateur de gestion des risques reçoivent effectivement et systématiquement les plaintes et réclamations faisant état soit d'une infection nosocomiale, soit d'une préoccupation concernant l'hygiène au sein de l'établissement. Pensez à vérifier que l'utilisateur est informé des voies de recours possibles après une plainte ou une réclamation.

Si un projet des usagers est en voie d'élaboration, profitez-en pour aborder le sujet avec les associations qui interviennent dans l'établissement et envisager les possibles actions communes.



L'utilisateur n'emploiera pas forcément le terme d'« infection nosocomiale » ; il pourra simplement se plaindre de sortir de l'hôpital avec une pathologie supplémentaire, ou protester contre le manque d'entretien des locaux.

Mettez le thème des IAS (infections associées aux soins) à l'ordre du jour de la Commission des usagers au moins une fois par an, pour travailler sur l'actualisation des supports et vous assurer de la formation des personnels.

En Conseil de surveillance

Il est obligatoire d'aborder la politique de sécurité des soins et de gestion des risques en Conseil de surveillance, pour avis. Contactez le RU en CS pour vous assurer que la politique de lutte contre les infections nosocomiales est mise à l'ordre du jour et que les moyens nécessaires y sont alloués. Le cas échéant, insistez pour qu'ils le soient.



N'hésitez pas à faire en sorte que les réussites des équipes en matière de lutte contre les infections nosocomiales soient valorisées dans le rapport annuel de la Commission des usagers, et à faire remonter ces informations en Conseil de surveillance.

En Comité technique national des infections nosocomiales et des infections liées aux soins

Au niveau national, le ministère de la Santé s'appuie, pour élaborer ses recommandations de bonnes pratiques de prévention, sur l'expertise d'un Comité d'experts, le Comité technique national des infections nosocomiales et des infections liées aux soins (CTINILS), rattaché au Haut conseil de la santé publique. Vous pouvez vous rapprocher du représentant des usagers qui siège à ce Comité.

3.6.4 Comment faire vivre votre présence au CLIN ?

La lutte contre les infections nosocomiales est souvent vécue par les équipes comme une lourde tâche, qui s'apparente à un puits sans fond, ou à un combat perdu d'avance. Elle crée un ensemble de contraintes et n'est pas perçue comme une action valorisante. Son résultat n'est pas visible, au contraire, puisqu'il consiste en l'absence de maladies. Votre présence au CLIN (ou votre préoccupation pour le sujet en Commission des usagers) en est d'autant plus importante !

→ Je rencontre et je lis.

La première de vos actions concrètes est de rencontrer l'équipe opérationnelle d'hygiène, ainsi que son représentant au sein de la CME. Cette équipe pourra vous présenter le bilan des activités de lutte contre les infections nosocomiales. Proposez à ses membres de vous rencontrer régulièrement afin de faire avancer votre cause commune de la qualité de la prise en charge.



Faites-vous transmettre le rapport d'activité de la lutte contre les infections nosocomiales, qui porte sur la surveillance, les recommandations du CLIN ou de l'EOH, les formations et les informations mises en place.

→ J'informe les usagers.

Quel que soit votre mandat, votre apport est indéniable en ce qui concerne l'information des usagers.

Veillez à l'information préalable du patient sur les risques d'infections nosocomiales, via l'affichage, le livret d'accueil, la communication des indicateurs ou encore l'information aux visiteurs. Cette information est délivrée à l'occasion d'actes de prévention, de diagnostic et de soin, ou de visites, dans le public comme dans le privé. Elle peut, par exemple, porter sur l'importance de l'hygiène des mains. Une procédure précisant les différentes informations à délivrer et le circuit de ces informations doit exister et être utilisée par les professionnels. Demandez à être destinataire de ces informations et assurez-vous qu'elles sont bien remises à la personne hospitalisée le jour de son admission, ou que les affichages dans l'établissement sont à jour.

En cas d'infection nosocomiale, le patient ou sa famille doivent en outre recevoir une information particulière sur les causes et les circonstances de l'infection. Un entretien a lieu dans les 15 jours suivant la découverte du dommage ou la demande du patient, qui peut se faire assister d'un médecin ou d'une personne de son choix. L'information est délivrée aux ayants droit en cas de décès. Vérifiez que cette procédure d'information existe bien dans l'établissement. Si oui, n'hésitez pas à faire un point régulier sur cette procédure, sa connaissance par les personnels et son application effective.

Informez le patient qu'il peut, lui aussi, être acteur dans la démarche et déclarer une infection nosocomiale sur le portail national de signalement.¹³ Précisez bien que cette déclaration ne veut pas dire réparation, mais qu'elle permet de faire remonter les dysfonctionnements du système de santé.

Le patient ou sa famille sont informés des voies de recours possibles. L'Office national d'indemnisation des accidents médicaux, des affections iatrogènes et des infections nosocomiales (ONIAM) se trouve au cœur du dispositif d'indemnisation des patients victimes d'une infection nosocomiale. Il assure la prise en charge financière des infections les plus lourdes (IPP – incapacité permanente partielle – supérieure à 25 % ou décès).

¹³ <https://solidarites-sante.gouv.fr/soins-et-maladies/signalement-sante-gouv-fr/article/signaler-un-evenement-indesirable-lors-d-un-acte-de-soins>.

Assurez-vous que ces éléments sont transmis et que l'information est claire, précise et compréhensible. N'hésitez pas à faire des propositions de reformulation en cas de doute ou de manque de clarté !



ATTENTION !

Que l'établissement ait un devoir d'information ne signifie pas que la contamination est une faute.



EXEMPLE

Un chirurgien opère des patients. Quelques jours plus tard, on s'aperçoit qu'il est porteur de la tuberculose. Que fait l'établissement de santé ?

► L'établissement doit adresser un courrier aux patients pour les prévenir et leur demander de se rendre à l'hôpital pour vérifier qu'ils ne sont pas contaminés. Aidez l'établissement à opérer un choix stratégique : doit-il effectuer un rappel général des patients du service, même s'ils n'ont pas été opérés par le chirurgien ? Le risque en vaut-il la peine ? Doit-il au contraire rappeler exclusivement les patients ayant été en contact avec le soignant concerné ? Rendez-vous disponible pour aider l'établissement à soigner sa communication : la lettre est-elle claire ? ni trop alarmiste ni trop imprécise ?

► Informez le patient qu'en cas de recours de sa part, il est utile qu'il prenne contact avec son assurance de protection juridique. Bien souvent, sans même qu'il le sache, cette garantie est comprise dans l'un de ses contrats d'assurance (habitation ou responsabilité civile, par exemple).



Fiche Santé Info Droits A.8 :

« Victimes d'accident médical, d'infection nosocomiale ou d'affection iatrogène : quelles démarches ? »

https://www.france-assos-sante.org/publication_document/a-8-victimes-daccident-medical-dinfection-nosocomiale-ou-daffection-iatroge-ne-queelles-demarches/



Fiche Santé Info Droits A.8.1 : « Les Commissions de conciliation et d'indemnisation des accidents médicaux, affections iatrogènes et infections nosocomiales »

https://www.france-assos-sante.org/publication_document/a-8-1-les-commissions-de-conciliation-et-dindemnisation-des-accidents-medicaux-affections-iatrogenes-et-infections-nosocomiales/



3. QUELLE INSTANCE CHOISIR ET COMMENT LA FAIRE VIVRE ?

→ Je pousse au signalement des infections nosocomiales.

Vous avez un rôle majeur à jouer en incitant l'établissement à signaler les infections nosocomiales. Leur repérage, leur recueil et leur signalement contribuent à une gestion efficace des risques. Depuis de nombreuses années, les infections hospitalières font l'objet d'un repérage, structuré et amélioré au fil des ans, mais leur signalement reste loin d'être exhaustif, selon le rapport annuel 2019 de la Cour des comptes¹⁴. Certains établissements ne déclarent pas les infections nosocomiales et certains professionnels de santé ont une appréciation personnelle des critères réglementaires de déclaration. Santé publique France constate que, sur près de 2 700 établissements de santé, seuls environ 700 d'entre eux émettent au moins un signalement dans l'année – ce qui interroge sur la gestion de ce risque par les 2 000 autres. En Île-de-France, le nombre de déclarations varie fortement selon les départements (par exemple, en 2017, 153 signalements ont été effectués dans les Hauts-de-Seine, contre 53 en Seine-Saint-Denis), sans que cette variation ne puisse être expliquée.

Le directeur de l'établissement de santé public ou privé nomme obligatoirement un responsable de signalement parmi les professionnels de santé, toutes fonctions confondues, ainsi que son suppléant (article R6111-15, CSP).

Lorsque l'infection répond à certains critères définis par l'article R1413-79 du Code de la santé publique (infection inattendue ou inhabituelle, cas groupés, décès), elle fait l'objet d'un signalement externe auprès des autorités publiques, via l'outil national de télé-signalement e-SIN¹⁵. Ce signalement favorise une détection et une gestion précoces de certaines épidémies ou infections graves à l'hôpital, à l'aide de fiches spécifiques. Il est réalisé par les professionnels auprès du réseau régional des centres d'appui pour la prévention des infections associées aux soins (CPIAS) – ex-réseau CCLIN-ARLIN – et de l'ARS. Cette dernière les transmet dans un délai compatible avec l'alerte adressée à Santé publique France¹⁶. 200 000 personnes victimes d'une infection nosocomiale sont touchées par des germes à déclaration obligatoire.

14. Daté de février 2019 et accessible à l'adresse suivante : <https://www.ccomptes.fr/system/files/2019-02/04-politique-prevention-infections-associees-soins-Tome-1.pdf>

15. <https://esin.santepubliquefrance.fr>.

16. Voir le décret n° 2017-129 du 3 février 2017 relatif à la prévention des infections associées aux soins.



Portail de signalement d'EIG

La situation actuelle d'augmentation des cas d'infections nosocomiales graves et du phénomène d'antibiorésistance est préoccupante. Santé publique France a mis en place un portail de signalement des événements sanitaires indésirables. Ce dernier répertorie, outre les établissements de santé, les établissements médico-sociaux et les cabinets médicaux de ville. Par le moyen de ce portail, professionnels et patients peuvent déclarer en ligne la survenue d'une infection nosocomiale. Cela devrait permettre d'orienter les politiques de prévention de ces infections à mettre en place, ainsi que d'élargir et de mieux prendre en compte les secteurs autres que l'hôpital, en considérant l'approche par le parcours de santé.

→ Je vérifie la publication des indicateurs obligatoires.

Tous les établissements de santé privés ou publics doivent mettre à disposition du public, chaque année, une série d'indicateurs nationaux de qualité et de sécurité des soins (IQSS), dont un certain nombre concerne les infections nosocomiales. Ce sont des outils d'amélioration de la qualité des soins et de la sécurité des patients, de comparaison inter-établissements et d'aide à la décision. Leur liste est fixée annuellement par arrêté. Ils sont développés par la Haute Autorité de Santé (HAS). Les données sont recueillies sur la plateforme QualHAS¹⁷. Les résultats sont mis à disposition du public chaque année sur le site de la HAS¹⁸ et dans les lieux de passage au sein de l'établissement.

En 2022, la HAS mesurait la qualité des pratiques dans la prévention des infections associées aux soins sur le critère ICSAH.3 de la consommation des produits hydroalcooliques (multi-secteurs), sur les pratiques de précautions complémentaires « contact » et sur les mesures de désinfection du site opératoire après la pose de prothèse totale de hanche et de genou (secteur MCO – médecine chirurgie obstétrique).

Les établissements de santé produisent un bilan annuel des activités de lutte contre les infections nosocomiales selon un modèle annexé à l'arrêté du 25 mars 2019 modifiant l'arrêté du 7 avril 2011.

17. https://connect-pasrel.atih.sante.fr/cas/login?service=https%3A%2F%2Fqualhas.atih.sante.fr%2Fqualhas%2Fcas%2Flogin_cas.do

18. https://www.has-sante.fr/upload/docs/application/pdf/2021-12/iqss_2021_rapport_resultats_campagnes_2021_volontaire_ias.pdf



Analysez les indicateurs. Dans les établissements importants, demandez qu'ils soient présentés par service ou par pôle, selon l'organisation de l'établissement, afin d'identifier les services les plus touchés, sur lesquels agir en priorité. 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. La comparaison donnera du poids à votre argumentaire.

Si l'établissement ne respecte pas ses obligations en publiant partiellement, ou pas du tout, ces indicateurs, n'hésitez pas à le signaler : d'abord en interne, au sein de l'établissement ; au besoin par lettre recommandée au directeur général de l'Agence régionale de santé.

L'indicateur est un signe, une traduction quantitative d'une réalité plus complexe. À vous de vérifier si les situations concrètes y correspondent en examinant les éléments de preuve tangibles : pour cela, observez la réalité ! De nombreuses données échappent aux statistiques...

→ Je travaille sur les mesures d'hygiène élémentaire.

La prévention est aujourd'hui reconnue comme étant primordiale dans la lutte contre les infections nosocomiales. En effet, les mains sont un vecteur important de contamination. Le lavage des mains dans les règles de l'art est la base !

Depuis quelques années, les établissements peuvent sensibiliser soignants et usagers à l'hygiène des mains à l'occasion de la journée mondiale annuelle sur le sujet. Ce thème peut être mis à l'ordre du jour d'une réunion du CLIN ou de la Commission des usagers.

Mon vade-mecum « infections nosocomiales »

Ne vous focalisez pas sur le nombre d'infections nosocomiales, mais plutôt sur ce qui est fait en matière de prévention dans le but d'en limiter le nombre. Prenez garde de ne pas vous laisser enfermer dans la relecture de procédures et de protocoles au détriment des actions concrètes à porter.

→ J'identifie les thèmes à traiter.

Mon attention se porte sur :

- l'hygiène des mains et la prévention de la transmission des agents infectieux,

- les actes à haut risque infectieux tels que la pose de cathéters ou les interventions chirurgicales,
- les risques infectieux liés à l'environnement (déchets, hygiène des locaux, réseaux d'eau, traitement de l'air).

Je propose le cas échéant :

- une évaluation des pratiques telle qu'un audit sur l'hygiène des mains ou la pose des cathéters veineux périphériques,
- une surveillance des infections nosocomiales, coordonnée par les réseaux nationaux et interrégionaux, relative aux infections du site opératoire (ISO), aux bactériémies, aux bactéries multi-résistantes (BMR), ou encore aux accidents d'exposition au sang (AES),
- l'inscription au plan de formation de l'établissement des formations en hygiène et en IAS à destination des professionnels médicaux et paramédicaux, des nouveaux arrivants et des services techniques.

→ Je me renseigne sur les règles élémentaires d'hygiène.

« Côté professionnels »

- Ces règles font-elles l'objet de procédures ? Sont-elles affichées ?
- Existe-t-il des formations ? des rappels ? des supports pour les soignants ?
- Les personnels de l'hôpital sont-ils informés et formés sur les mesures de précaution ? Les intérimaires le sont-ils aussi ? De quelle manière ?

« Côté visiteurs »

Des malades immunodéprimés reçoivent des visites ou séjournent dans des services où des visiteurs circulent. Autant d'occasions d'attraper une infection nosocomiale ! Je note mes observations et je propose une information sur les mesures d'hygiène élémentaires, ou une actualisation du livret d'accueil.

- Que dit le livret d'accueil au sujet de la prévention du risque d'infection nosocomiale ?
- Y-a-t-il des affiches dans l'établissement sur les mesures de précaution ?
- Les visiteurs sont-ils invités à se laver les mains ? à s'abstenir de rendre visite à leurs proches s'ils sont eux-mêmes malades ?

→ Je me renseigne sur l'organisation de la lutte contre les infections nosocomiales et les indicateurs des IAS en vigueur.

3. QUELLE INSTANCE CHOISIR ET COMMENT LA FAIRE VIVRE ?

Je demande si l'établissement a mis en place une organisation pertinente de lutte contre les infections nosocomiales. En cas d'insuffisance, j'alerte sur la nécessité de modifier l'organisation de l'établissement en associant l'ensemble de la direction de l'établissement.

Je demande aux équipes opérationnelles d'hygiène (EOH) si elles surveillent particulièrement le taux d'infections nosocomiales dans les services les plus exposés.

- Les équipes contrôlent-elles les points sensibles (lavage de mains, port de bijoux) dans les différents services, et ce, prioritairement dans les services les plus exposés ? Des gants sont-ils utilisés ? des solutions hydroalcooliques ?
- Les professionnels serrent-ils la main des usagers lors des consultations, avant ou après s'être lavé les mains ?

Je sollicite l'EOH au sein de l'établissement (voire au sein du GHT) pour connaître les indicateurs des IAS.

- Ces indicateurs sont-ils affichés de manière visible pour les usagers, dans les locaux et sur internet ? Leur présentation est-elle lisible et compréhensible par le grand public ?

Si les indicateurs des IAS sont dans le rouge, j'en demande les raisons.

- L'EOH est-elle présente ?
- Dispose-t-elle de moyens suffisants ? Travaille-t-elle réellement avec les équipes des différents services ?
- L'organisation mise en place est-elle opérationnelle ?

Je saisis la CME pour qu'elle en fasse une priorité du programme d'actions.

→ Je me renseigne sur l'indicateur obligatoire ICSHA.3 (consommation de produits hydroalcooliques).

Les mains – important vecteur de contamination – constituent un indicateur très important pour la prévention des IAS.

- Des solutions hydroalcooliques sont-elles bien mises à disposition des soignants comme des visiteurs ? L'avertissement quant à une utilisation par tous est-il systématique ?
- Quelle est la note de l'établissement ?

Si l'établissement est bien noté, c'est parfait ! Sinon, je mène l'enquête pour comprendre ce qui dysfonctionne : j'observe les professionnels à l'occasion d'une visite au sein d'un service ; je consigne mes observations pour en faire part en CLIN sans désigner nommément les personnels concernés ; je propose une information de rappel sur les mesures d'hygiène élémentaires.

La semaine de la sécurité du patient et la journée mondiale de l'hygiène des mains sont des opportunités pour mettre en place des actions de sensibilisation à la prévention.

- Que fait l'établissement en matière de prévention ?

→ Je me renseigne sur l'indicateur de consommation antibiotique.

Les bonnes pratiques en matière d'antibiothérapie représentent une priorité au niveau national. Soit je travaille avec le pharmacien de l'hôpital pour déterminer les services qui sur-prescrivent des antibiotiques et les raisons de cette sur-prescription, soit je propose au responsable qualité/gestion des risques de le faire.

- La *Charte sur le bon usage des antibiotiques* est-elle affichée dans l'établissement ?

Je vérifie les bonnes pratiques en matière d'antibiothérapie face à une hausse importante des contaminations causées par des bactéries résistantes à un ou plusieurs antibiotiques.

- Où en est l'établissement concernant l'indicateur de maîtrise des bactéries multi-résistantes (ICA-BMR) ?
- L'établissement met-il tout en œuvre pour lutter contre la diffusion des bactéries multi-résistantes ?

En cas de malade porteur d'une infection multi-résistante aux antibiotiques, je vérifie que l'établissement sait comment procéder, et qu'il ne s'apprête pas à transférer le malade de peur de devoir lui affecter une équipe dédiée ou fermer une aile de l'établissement.

- Le référent antibiotique a-t-il été contacté ?
- Y-a-t-il une procédure précisant les précautions à prendre ?
- Le porteur peut-il être isolé dans une chambre stérile dédiée ?

Si le malade est sorti.

- Comment est-il informé ? et ses proches ?

→ Je m'assure que la procédure de signalement est correcte.

Je vérifie que le signalement, en interne comme en externe, est bien effectué dans le respect des textes réglementaires. Je vérifie que le circuit de déclaration est connu et utilisé par les professionnels.

- Comment sont-ils informés ?
- Existe-t-il un support pour les sensibiliser à la démarche ?
- Connaissent-ils e-SIN ?



Je mets l'accent, dans mes interventions, sur une « culture positive du signalement », en insistant sur l'intérêt de déclarer les infections nosocomiales dans une optique d'amélioration de la qualité et de prévention, et non pour cibler les coupables.

J'explique aux soignants et aux usagers qu'une progression du nombre d'infections nosocomiales déclarées ne signifie pas forcément une baisse de la qualité des soins : elle peut indiquer une amélioration du processus de signalement.

→ Si je ne sais pas quoi faire, j'appelle Santé Info Droits¹⁹ pour connaître mes possibilités d'action d'un point de vue juridique.

3.7 LE CLAN : « SE NOURRIR, C'EST SE SOIGNER »

S'il est un point qui fait consensus chez les usagers d'un établissement de santé public ou privé, c'est bien le repas ! Effectivement, selon les questionnaires de satisfaction e-Satis, recueillis à un niveau national, le repas constitue le volet le moins satisfaisant des séjours à l'hôpital ; et ce, que ce soit en termes de qualité, de quantité ou de mode d'organisation de l'établissement, selon le Conseil national de l'alimentation. Dans son avis publié en 2017²⁰, ce dernier relève que « penser le repas comme un temps important pour le patient ainsi que pour son équilibre psychologique ne fait pas partie de la culture hospitalière ».

Effectivement, la présence grandissante du pouvoir médical dans l'organisation de l'hôpital a progressivement médicalisé l'alimentation : les critères de fonctionnalité et de quantité priment sur les dimensions de l'hédonisme et du plaisir.

Selon la circulaire parue en 2002 sur la mise en œuvre du Programme national nutrition santé²¹, la mise en place et le fonctionnement du Comité de liaison en alimentation et nutrition (CLAN) dépendent d'une décision facultative prise par le Conseil de surveillance. Le plus souvent, c'est

19. Santé Info Droits est une ligne d'informations juridiques et sociales constituée de juristes et d'avocats qui ont vocation à répondre à tout type de questions en lien avec le droit de la santé. <https://www.france-assos-sante.org/sante-info-droits/> ou 01 53 62 40 30 les lundi, mercredi et vendredi, de 14 à 18 heures ; les mardi et jeudi, de 14 à 20 heures.

20. https://draaf.auvergne-rhone-alpes.agriculture.gouv.fr/IMG/pdf/CNA_Avis78_alim_milieu_hopital_cle09495e.pdf.

21. Circulaire DGS/SD 5 A n° 2002-13 du 9 janvier 2002 relative à la mise en œuvre du Programme national nutrition santé.

une sous-commission de la Commission médicale d'établissement ou de la Conférence médicale qui se charge d'organiser l'alimentation des patients et des personnels des établissements de santé. Plusieurs petits établissements peuvent se regrouper pour traiter la thématique au sein d'un Inter-CLAN.

À défaut de CLAN, la Commission des usagers et le Conseil de surveillance peuvent s'emparer du sujet dans le cadre de leur travail sur la qualité et la sécurité de la prise en charge intégrée à la politique de l'établissement.



Si vous vous trouvez dans une structure de soins modeste, sans diététicien, ni spécialiste de la nutrition, ni CLAN, faites mettre le sujet de l'alimentation à l'ordre du jour de la Commission des usagers.



Voir fiche BORU n°11 : « CLAN ».

<https://extranet.france-assos-sante.org/formation/boite-a-outils-du-ru/>



3.7.1 Que fait le CLAN ?

Le CLAN résulte d'une démarche incitative qui doit s'inscrire dans le projet d'établissement. Son rôle est de poser un regard d'ensemble sur la question de l'alimentation – si cruciale pour le patient hospitalisé que certains parlent de « risque nutritionnel » à l'hôpital ou en clinique –, et de se préoccuper de la santé globale des personnes et de la qualité du séjour à l'hôpital en prenant en compte l'ensemble des facteurs de l'acte alimentaire. Il s'agit en effet de comprendre à la fois : le besoin physique primaire en jeu – aspects liés à la maladie, à la capacité de l'organisme à lutter pour recouvrer la santé et à la qualité de la nourriture servie ; et les dimensions psychoaffective, sociale et culturelle, de l'acte alimentaire.

Ainsi, le CLAN est créé avec les missions suivantes :

- faire le point et réfléchir sur les structures, les moyens matériels, humains et organisationnels de l'hôpital concernant l'alimentation et la nutrition,
- définir la politique nutritionnelle de l'établissement et les actions prioritaires à mener.

Par exemple, le CLAN peut :

- veiller au dépistage des troubles nutritionnels de la personne malade lors de son admission,
- créer un outil pour relever les goûts et les aversions des patients,
- prescrire une nutrition artificielle selon le bon usage,
- s'assurer de la formation des professionnels de santé.

La mise en place du CLAN répond à la double nécessité de considérer l'alimentation et la nutrition comme une composante du soin, et de faire travailler ensemble les différents acteurs de l'alimentation et du soin. Le terme « nutrition » fait surtout référence à la qualité « nutritionnelle » de l'alimentation pour préserver ou restaurer la santé physique. Le terme « alimentation », plus global, élargit la réflexion aux autres dimensions de l'acte alimentaire.

3.7.2 Quel est mon rôle spécifique au CLAN ?

Votre présence n'est pas obligatoire au sein du CLAN. Que vous soyez RU en Commission des usagers, participant à un groupe de travail sur le sujet, ou membre d'un CLAN dotée d'une existence officielle dans l'établissement, votre principale préoccupation est de dire et de rappeler que l'alimentation fait partie du soin et de la prévention, dans une approche globale de la personne.

Vous devrez faire prendre conscience aux professionnels de l'importance de l'alimentation dans le soin et la qualité du séjour, de sa place dans la vie du patient et de la source de réconfort importante qu'elle représente.



Renseignez-vous sur la sensibilisation du personnel à l'importance du repas pour le malade.

On considère souvent, à tort, que la question qui se pose pour les malades est la suivante : « est-ce que c'est bon ? ». Or, si la qualité gustative de la nourriture est effectivement essentielle à prendre en compte dans la mesure où le goût et le plaisir de manger sont des facteurs prédominants de lutte contre la dénutrition, de nombreux autres aspects doivent être considérés, dont la qualité nutritionnelle et le contexte de prise des repas.



EXEMPLE

J'incite les soignants à discuter de l'alimentation avec le malade et à se poser les bonnes questions.

Je questionne :

- La quantité de nourriture proposée au malade est-elle adaptée ? La qualité nutritionnelle de la nourriture est-elle correcte ? Sa qualité gustative est-elle correcte ?
- Les repas sont-ils effectivement pris par les usagers ? Si non, pourquoi ?
- Y a-t-il beaucoup de gaspillage ? Si oui, s'est-on renseigné sur les raisons de ce gaspillage ? Quelles sont les actions menées pour le diminuer ?
- L'état de santé de la personne et son évolution au cours du séjour sont-ils pris en compte dans les repas qui lui sont proposés ?

3.7.3 Avec qui vais-je travailler ?

Que ce soit au sein du CLAN, dans un groupe *ad hoc* ou à la CDU, les problématiques liées à l'alimentation vous conduiront à travailler :

- avec les interlocuteurs classiques des représentants des usagers – médecins, éventuel diététicien ou nutritionniste de l'hôpital, autres soignants,
- mais aussi avec des personnels techniques non-membres de la Commission des usagers, qui interviennent autour de l'alimentation et de la nutrition – logisticiens (organisation), personnels du service des achats (approvisionnement), cuisiniers et personnels de service, etc.

Vous serez l'interface entre toutes ces personnes. L'hôpital souffre d'un cloisonnement de ses divers services et fonctions ; votre rôle est de pousser les différents acteurs de l'alimentation et de la nutrition à travailler ensemble.

N'omettez pas de rencontrer les personnes responsables de l'alimentation dans les services. L'aide-soignant représente souvent l'interlocuteur privilégié. Pensez à vous rapprocher des associations qui participent à des programmes/actions d'éducation thérapeutique sur la nutrition et l'alimentation au sein de l'établissement. Discutez avec les usagers, leurs familles et leurs proches, pour qu'ils vous fassent part de leur ressenti sur la nourriture.



À NOTER !

L'organisation des établissements en Groupement hospitalier de territoire (GHT) peut être intéressante ! Notamment pour mutualiser un poste de diététicienne ou l'achat des contenants. En revanche, la mutualisation de l'achat des denrées alimentaires n'est pas souhaitable : le volume commandé fait souvent obstacle à l'achat des produits auprès des petits fournisseurs locaux. Une telle mutualisation entraîne généralement une perte de qualité des repas servis. Certains établissements possèdent leur propre potager ou poulailler, mais cela reste exceptionnel !

> Vous pouvez avoir un rôle sur ce sujet, sans être décisionnaire.



N'hésitez pas à vous rapprocher des autres établissements du territoire pour découvrir comment ils travaillent sur le sujet, ou d'un réseau de santé qui emploie des diététiciens nutritionnistes.

3.7.4 Comment faire vivre votre présence au CLAN ?

Quel que soit le cadre au sein duquel vous intervenez sur les questions d'alimentation et de nutrition, vous pourrez exploiter le projet d'établissement et les indicateurs qualité et sécurité, ainsi que les résultats des questionnaires de satisfaction, les enquêtes ou les audits spécifiques. Le registre des plaintes et réclamations de la CDU vous fournira des indications utiles sur la fréquence des critiques émises sur les repas et leur contenu (organisation des repas, service, nourriture, etc.).

L'alimentation constitue un point de tensions dans les établissements de santé. Il peut y avoir un gouffre entre les prescriptions diététiques, qui visent la guérison, l'évitement de complications ou la lutte contre une perte de poids, d'une part ; et l'approche hôtelière, qui vise le confort, le plaisir des sens et la satisfaction du convive, d'autre part ! À cet éventuel gouffre s'ajoutent : des contraintes économiques et liées à la recherche de minimisation des coûts, au détriment de la personne alimentée et du contexte de la consommation ; des contraintes drastiques en matière d'hygiène (voir la méthode HACCP²², évoquée *infra*) ; et des nécessités organisationnelles.

22. HACCP signifie « Hazard Analysis Critical Control Point », qui se traduit en français par « système d'analyse des dangers et points critiques pour leur maîtrise ».



EXEMPLE

Je débute ma représentation des usagers sur le thème « alimentation et nutrition »

- ▶ Si je suis dans un établissement de grande taille ou doté d'une structure AN (alimentation nutrition) : une unité transversale de diététique et de nutrition clinique (UTDNC) existe-t-elle ou peut-elle être mise en place ?
- ▶ Dans tous les cas :
 - Qui pilote la politique nutritionnelle de l'établissement ?
 - Comment les repas sont-ils préparés ? En liaison chaude (plats cuisinés sur place et distribués dans la foulée sans réchauffage) ? En liaison froide (plats préparés à l'avance et réchauffés dans les services sur des chariots) ?
 - Existe-t-il une commission des menus ? Si oui, comment fonctionne-t-elle ? Ses propositions sont-elles prises en compte ? Des patients sont-ils invités à y participer ?



Si les repas sont livrés en liaison froide, vérifiez leur qualité générale et l'impact pour l'utilisateur mangeur. Assurez-vous, par exemple, que les repas sont toujours servis chauds et qu'ils le restent en fin de service.

Vous pouvez proposer l'achat d'un chariot adapté à la conservation de la chaleur ou un changement régulier dans l'ordre des services, afin d'éviter que les repas tièdes, voire froids, ne soient toujours servis aux mêmes patients.

Vous pouvez, en outre, agir dans de nombreux domaines et mener des actions pour améliorer la restauration des patients.

→ Je lutte contre la dénutrition.

La dénutrition est un état pathologique lié à un déficit d'apport en protéines et en énergie au vu des besoins de la personne. Les causes de dénutrition sont multiples : infection, cicatrisation, dépression, dégoût alimentaire (certains traitements ont des effets indésirables). Dans un contexte hospitalier, la première des exigences est la suivante : en cas d'importante dénutrition à l'admission (sachant que l'on a rarement bon appétit en arrivant à l'hôpital), celle-ci ne doit pas s'aggraver durant le séjour. Une dénutrition avérée entraîne une augmentation des infections et une baisse du système immunitaire, de la fatigue et une perte d'appétit – autant de causes d'aggravation de l'état de santé et de la durée du séjour à l'hôpital.



Des chiffres pour vous situer

30 à 40 % des personnes adultes et **15 %** des enfants hospitalisés souffrent de dénutrition.

Pour **35 %** des personnes âgées, la dénutrition naît au cours de l'hospitalisation.

(Source : Collectif de Lutte contre la Dénutrition, année ?).

Dans un premier temps, vous pouvez vérifier qu'une politique en matière de lutte contre la dénutrition est mise en place. Des budgets sont alloués à cet effet ; le représentant des usagers en Conseil de surveillance peut vous confirmer ce point et, le cas échéant, la somme attribuée.



N'hésitez pas à mettre en avant l'argument économique pour valoriser le dépistage de la dénutrition, pour lequel l'établissement perçoit de l'argent de la part du ministère dans le cadre de la T2A, sans coût supplémentaire pour l'utilisateur.



EXEMPLE

La lutte contre la dénutrition passe par des repérages, des mesures et des examens. L'indice de masse corporelle (IMC) doit figurer dans le dossier du patient et être vérifié régulièrement.

Je questionne :

- La dénutrition est-elle mesurée dans l'établissement par des prises de sang et des examens cliniques ?
- Chaque patient est-il pesé et mesuré lors de son admission dans un service (tous les patients sont concernés) ? L'est-il régulièrement durant son séjour et avant sa sortie ?
- Le matériel de pesée et de mesure (toise et balance) est-il bien à disposition et adapté à chaque patient ? Des alternatives sont-elles prévues, notamment pour les patients obèses ou en fauteuil ?
- Les personnels sont-ils formés pour repérer et soigner la dénutrition/malnutrition ? Des outils de dépistage et de suivi existent-ils ? Sont-ils connus des professionnels ?
- Ceux-ci sont-ils formés à les utiliser ? Que fait-on des résultats ?

En outre, pour faire écho à l'un des objectifs fixés par le gouvernement lors du Comité interministériel de la santé du 25 mars 2019, à savoir celui de veiller à l'alimentation de nos aînés, vous pouvez agir pour prévenir la dénutrition :

- en informant les usagers et leurs proches sur la dénutrition, notamment sur les droits du patient en la matière – voire en repensant l'information à ce sujet,
- en sensibilisant le grand public ainsi que les professionnels de santé et du secteur social par la mise en place, chaque année, d'« une semaine nationale de la dénutrition »,
- en développant des liens ville-hôpital pour lutter contre la dénutrition au retour d'hospitalisation, par le moyen d'une information sur la cause « dénutrition ».

→ Je lutte contre les infections alimentaires.

Les règles d'hygiène et de sécurité alimentaires, très importantes pour l'ensemble de la restauration collective, s'applique dans leur totalité au sein des hôpitaux. La méthode HACCP, mise en œuvre dans les hôpitaux depuis des années, permet d'aborder la sécurité alimentaire par l'analyse et le contrôle des dangers biologiques, chimiques et physiques, et ce, depuis la production, l'approvisionnement et la manutention des matières premières jusqu'à la fabrication, la distribution et la consommation du produit fini. Vous pouvez ainsi contrôler que les personnels, incluant les intérimaires, sont régulièrement formés à la démarche HACCP.

Chaque établissement est responsable de la rédaction de son plan de maîtrise sanitaire (PMS). Les responsables de cuisine hospitalière font preuve de vigilance concernant le respect des règles afin de prévenir le risque de toxo-infection alimentaire collective (TIAC). La survenance d'une TIAC en milieu hospitalier est très rare. Les cuisines hospitalières font régulièrement l'objet d'inspections par les agents de la Direction départementale de la protection des populations (DDPP). Ces agents vérifient les actions mises en œuvre afin d'assurer la qualité bactériologique des produits reçus et élaborés par la cuisine, ainsi que les garanties de traçabilité.

Vous pourrez relever les infections alimentaires et être informé des mesures correctrices en consultant le registre des plaintes.



→ J'estime les besoins et la consommation effective.



Article D230-29 du Code rural et de la pêche maritime

« Afin d'atteindre l'objectif d'équilibre nutritionnel des repas servis par les services de restauration des établissements sociaux et médico-sociaux, sont requis, conformément à l'article L. 230-5 :

- quatre ou cinq plats proposés à chaque déjeuner ou dîner ;
- le respect d'exigences en matière de taille des portions et de fréquence des repas ;
- l'adaptation des plats proposés aux goûts et habitudes alimentaires des résidents ;
- le respect d'exigences adaptées à l'âge ou au handicap des résidents ;
- la définition de règles adaptées pour le service de l'eau, du pain, du sel et des sauces ;
- le respect d'exigences minimales de variété des plats servis. [...] »

Pendant le séjour en établissement de santé

Les quantités de nourriture sont souvent standardisées sans que la consommation effective ou les besoins du patient ne soient évalués. De nombreuses contraintes pèsent sur l'organisation des établissements de santé. Par exemple, les repas sont préparés dans une cuisine centrale ou chez un opérateur de restauration avant d'être distribués au sein des différents sites de l'établissement entre 6 heures du matin et 17 heures. Les patients sont réveillés très tôt, et doivent également dîner très tôt. La durée de jeûne nocturne peut durer 13 heures !

Vous pouvez travailler sur les horaires de distribution des repas et l'organisation du service dans l'établissement. Vous pouvez notamment vous intéresser aux adaptations possibles pour réduire la période de jeûne nocturne, ou encore, pour adapter les portions aux situations (portions plus importantes pour un patient en cours de rééducation – qui se dépense plus – que pour un patient opéré la veille).

Il suffit de passer dans le couloir d'un service après le repas pour constater que les restes sont souvent abondants. La qualité du repas (goût, présentation) varie d'un chef à l'autre. Là encore, vous pouvez intervenir en vous renseignant sur la formation du chef, sur les possibilités d'échanger avec d'autres professionnels pour améliorer la saveur et la présentation de ses plats, ou encore sur l'aide apportée aux patients pour se nourrir ou ouvrir les opercules des barquettes de nourriture.



Vous pouvez visiter les services au moment des repas, pour constater si les malades sont aidés en cas de besoin, et s'ils sont satisfaits. En revanche, annoncez-vous : une venue à l'improviste pourrait être mal perçue.

De plus en plus d'établissements proposent un choix varié de menus. Cette possibilité de choisir doit être proposée à l'utilisateur. En effet, l'alimentation reste un domaine où le patient peut avoir le sentiment d'être acteur.



EXEMPLE

En tant que membre du CLAN ou de la Commission des usagers, vous souhaitez travailler avec vos collègues sur les besoins alimentaires et la consommation effective des patients.

Je questionne :

- La diététicienne passe-t-elle régulièrement dans les services pour apprécier le déroulement des repas ?
- Existe-t-il des outils de recueil des besoins et préférences alimentaires spécifiques pour chaque patient ? Qui recueille ces données ? Sont-elles tracées et consignées dans le dossier médical ?
- La prise en compte des préférences alimentaires et prescriptions diététiques est-elle effective ?
- Comment les régimes spéciaux (sans sel, sans gluten, etc.), ou les plats à texture particulière, sont-ils intégrés ? Sont-ils respectés ? Que dit-on au malade à qui on sert un repas mixé par crainte des fausses routes ? Lui présente-t-on le plat non mixé pour le mettre en appétit ?
- Les personnes en difficulté physique ou psychologique pour se nourrir sont-elles accompagnées le temps du repas ? Les familles sont-elles impliquées auprès des patients en situation de dépendance ?
- Que prévoit l'établissement quand un malade arrive dans le service de façon décalée par rapport aux horaires des repas, en raison soit d'un examen médical, soit d'une admission suivant un passage aux urgences ?
- Que prévoit l'établissement pour les visiteurs, en particulier quand ils restent longtemps au chevet d'un malade en soins palliatifs ou de leur enfant ? Peuvent-ils se nourrir ?

3. QUELLE INSTANCE CHOISIR ET COMMENT LA FAIRE VIVRE ?

Certaines religions posent des pratiques alimentaires spécifiques. Sachez que la *Charte du patient hospitalisé* garantit le respect des croyances et convictions des personnes accueillies, notamment en matière de nourriture, dans les établissements de santé publics. Sans entrer dans un débat sur le respect de la laïcité et de la neutralité de l'établissement, vous pouvez interroger les équipes à propos de la possibilité de choisir un menu conforme à ces prescriptions particulières. N'hésitez pas à consulter les aumôniers présents à l'hôpital. Ils peuvent aussi intervenir auprès des malades qui refusent de se nourrir et échanger avec eux.

Certains patients, notamment âgés et immigrés, ont des habitudes alimentaires particulières. Essayez de comprendre leur refus de se nourrir à l'hôpital ou en clinique. Après concertation, et s'il n'est pas possible de préparer des plats adaptés au goût des patients, voyez si vous pouvez proposer et mettre en place une coopération avec une association pour apporter des repas correspondant aux habitudes des malades concernés.

À la sortie d'hospitalisation

Le retour à domicile constitue également une étape difficile en termes d'alimentation pour les patients. En principe, ils sont informés du régime alimentaire qu'ils doivent suivre une fois rentrés chez eux. Vérifiez que c'est bien le cas et que tout est mis en œuvre pour qu'ils comprennent la prescription qui leur est faite.



Demandez si une consultation de diététique et de nutrition est proposée aux malades pour préparer leur retour au domicile.

Un suivi post-hospitalisation peut être organisé soit par le service de l'établissement, soit par le relais d'une diététicienne libérale, soit par des instances extrahospitalières comme le CCAS (Centre communal d'action sociale). Le médecin généraliste en est informé par une lettre de liaison. Vous pouvez vous assurer que les proches vivant au même domicile que le patient sont alertés et conseillés sur les aliments à privilégier pour prévenir la dénutrition, d'une part, et qu'ils savent où se les procurer et comment les préparer, d'autre part.



Pour un patient vivant seul et en situation de précarité, l'alimentation représente souvent le budget le plus élastique, qui « saute » en premier. Voyez si l'assistante sociale de l'établissement est informée de la situation du patient et peut proposer la mise en place d'une aide alimentaire ou financière.

Se préoccuper de la vie des patients après l'hospitalisation fait partie des objectifs de la Commission des usagers, dans le cadre de ses missions de conseil sur les parcours.

→ Je promeus une alimentation de qualité dans l'établissement, pour soigner mais aussi prévenir, dans le cadre des parcours.

L'organisation d'initiatives destinées à sensibiliser les professionnels et les usagers à l'importance du « bien manger » est possible dans l'établissement. Vous pouvez, en lien avec les associations de patients :

- proposer des actions de prévention ou des événements tels que la semaine du goût et la journée nationale de l'alimentation à l'hôpital (JNAES),
- communiquer sur les programmes d'éducation thérapeutique du patient (ETP) qui existent au sein de l'établissement et du territoire de proximité, tels que les ateliers d'éducation nutritionnelle.

3.8 LE CLUD : LA LUTTE CONTRE LA DOULEUR ET LA SOUFFRANCE

Si le patient craint parfois de mourir, il craint toujours d'avoir mal. Historiquement, la douleur a longtemps été considérée comme un signe utile au médecin, un symptôme à côté duquel il ne fallait pas passer afin de poser un diagnostic correct. Une autre croyance répandue consistait à considérer la douleur comme étant inexorable, collatérale de la maladie et de certains soins. Ainsi, pendant longtemps, les établissements de santé ont insuffisamment lutté contre la douleur, dont la prise en compte ne constituait pas une priorité dans l'organisation de la santé et des soins.



La douleur ? Kézako ?

La douleur est un phénomène individuel. Chacun la ressent différemment.

Selon la définition officielle de l'Association internationale pour l'étude de la douleur (IASP), « la douleur est une expérience sensorielle et émotionnelle désagréable associée à une lésion tissulaire réelle ou potentielle ou décrite dans ces termes ».

Elle recouvre des réalités bien différentes. Plusieurs types de douleurs et de manières de les approcher existent.

- Les douleurs provoquées par certains soins ou examens (pansements, poses de sondes/perfusions, etc.) peuvent être prévenues.
- Les douleurs aiguës (post-chirurgie, traumatismes, etc.) ont une cause qui doit être recherchée et doivent être traitées.
- Les douleurs chroniques (migraines, lombalgies, etc.) sont persistantes, ont une cause connue et représentent une pathologie en soi. En 2019, la douleur chronique figure pour la première fois dans la Classification internationale des maladies (CIM 11) de l'Organisation mondiale de la Santé. Cette prise en compte devrait favoriser la reconnaissance de la douleur chronique comme un problème de santé à part entière, indépendamment de ses causes et des facteurs de la maladie à son origine, et améliorer l'accès à des traitements adéquats.

Aujourd'hui, les examens médicaux ont gagné en performance. Ils apportent des précisions utiles et nécessaires sur l'état de santé d'une personne malade. Le système de santé est toujours confronté à la douleur. Depuis la loi du 4 mars 2002 sur les droits du malade et la qualité du système de santé, il a le devoir de la prendre en charge pour la soulager. Le droit, pour toute personne, « de recevoir des soins visant à soulager sa douleur », qui doit être « prévenue, évaluée, prise en compte et traitée » en toute circonstance, a été inscrit dans le Code de la santé publique. La loi Santé du 26 janvier 2016 a créé de nouveaux droits en faveur des malades et des personnes en fin de vie. Le texte a été modifié pour acter la prise en compte de la douleur non seulement physique mais aussi psychique : le mot « souffrance » remplace désormais le terme de « douleur ».



Art. L1110-5, CSP (version en vigueur depuis le 4 février 2016)

« Toute personne a, compte tenu de son état de santé et de l'urgence des interventions que celui-ci requiert, le droit de recevoir, sur l'ensemble du territoire, les traitements et les soins les plus appropriés et de bénéficier des thérapeutiques dont l'efficacité est reconnue et qui garantissent la meilleure sécurité sanitaire et le meilleur apaisement possible de la souffrance au regard des connaissances médicales avérées. [...]

Toute personne a le droit d'avoir une fin de vie digne et accompagnée du meilleur apaisement possible de la souffrance. Les professionnels de santé mettent en œuvre tous les moyens à leur disposition pour que ce droit soit respecté. »

La loi prescrit aux établissements de santé, publics ou privés, de mettre en œuvre « les moyens propres à prendre en charge la douleur des patients qu'ils accueillent et à assurer les soins palliatifs que leur état requiert, quelles que soient l'unité et la structure de soins dans laquelle ils sont accueillis ».

Dans les établissements de santé publics, ces moyens sont définis par le projet d'établissement (lire p. 21). Dans les établissements de santé privés, ils le sont par le contrat d'objectifs et de moyens. Cette obligation est reprise dans la Charte de la personne hospitalisée.



Fiche Santé Info Droits A.11 :

« Prise en charge de la douleur et de la souffrance ».

https://www.france-assos-sante.org/publication_document/a-11-la-prise-en-charge-de-la-douleur/



3.8.1 Que fait le CLUD ?

C'est la Commission ou la Conférence médicale d'établissement qui, dans le cadre de sa mission « qualité et sécurité », organise comme elle le souhaite les moyens de lutte contre la douleur et l'exercice de cette mission. La majorité des établissements dispose d'un Comité de lutte contre la douleur (CLUD), même si celui-ci n'est pas une instance obligatoire²³ en tant que telle. Quand il existe, le CLUD, comité de réflexion et de propositions, assure le pilotage de la politique d'amélioration de la qualité de la

23. Selon la HAS, le CLUD existe dans 70 % des établissements de santé.

3. QUELLE INSTANCE CHOISIR ET COMMENT LA FAIRE VIVRE ?

prise en charge de la douleur à travers trois axes :

- la coordination des actions de lutte contre la douleur menées au sein de l'établissement,
- l'évaluation des pratiques et le suivi des indicateurs,
- la formation des professionnels.

Le CLUD joue également le rôle d'observatoire de la prise en charge de la douleur ; il contribue à la stratégie de lutte contre la douleur et participe à la rédaction des protocoles ainsi qu'à l'évaluation et à l'amélioration du programme d'actions de lutte contre la douleur. En revanche, il ne prend pas en charge directement la douleur qui, elle, relève des structures et des soins spécialisés dans son traitement.

Le CLUD veille à la mise en œuvre des projets d'actions de lutte contre la douleur, et fait en sorte que l'établissement adopte systématiquement une attitude de prise en charge de la douleur. Il s'assure de la qualité de l'évaluation et des mesures de prévention de la douleur, du traitement des enquêtes de satisfaction dans leur composante « douleur » et de la formation des « référents douleur » nommés dans chaque service.

Le CLUD élabore un rapport annuel d'activité. Il peut être saisi à la demande de la CDU.



Si votre établissement ne dispose pas d'un CLUD – et même s'il en dispose, c'est en Commission des usagers que vous pouvez agir pour lutter contre la douleur. Interrogez notamment la Commission médicale d'établissement (dans le secteur public), ou la Conférence médicale d'établissement (dans les établissements de santé privés), sur les éléments mis en œuvre pour lutter contre la douleur figurant dans le programme d'actions relatif à la politique qualité et sécurité de l'établissement, ainsi que sur le volet concernant l'accueil et la prise en charge des usagers.

3.8.2 Quel est mon rôle spécifique au CLUD ?

L'évaluation et la prise en charge de la douleur constituent un enjeu de santé publique, en tant que critère de qualité de la prise en charge d'une personne malade. Si la France a progressé ces dernières années, le droit fondamental de la personne à ne pas souffrir reste encore, pour une large part, à défendre²⁴. Même dans un établissement à la pointe de la prise en compte de la douleur, un représentant

24. Le troisième plan quinquennal pour l'amélioration de la prise en charge de la douleur (2006-2010) n'a pas été renouvelé à ce jour. Le programme douleur 2013-2017, qui prévoyait de mettre l'accent sur l'implication des professionnels de premier recours dans la lutte contre les douleurs, n'a jamais véritablement été lancé.

des usagers a encore de nombreuses zones d'ombre à explorer sur le sujet, et de nombreuses actions à impulser ou à soutenir.

Vous avez ainsi à veiller à ce qu'une véritable culture de la prévention et de lutte contre la douleur existe dans l'établissement, et à la promouvoir. Vous devez également vous assurer que les patients sont correctement informés et écoutés par les professionnels de santé.

Par exemple, certains établissements ont mis en place un contrat d'engagement contre la douleur, associé à des supports spécifiques. La prise en compte de la douleur sera également évaluée lors de la certification (lire p. 38).



La douleur dans la certification

Dès les débuts de la procédure de certification, en 1999, la douleur apparaît comme un critère, un indicateur, à prendre en compte pour qualifier les soins et la prise en charge de la personne malade. Elle est ensuite qualifiée de « *pratique exigible prioritaire* » dans la version 2010 du référentiel. Dans sa version 2023, le document prévoit un critère, impératif et applicable à tout l'établissement : « *le patient bénéficie de soins visant à anticiper ou à soulager rapidement sa douleur* » (n° 1-2.08). Il va aussi plus loin en tenant compte des douleurs chroniques. « *Le patient évalue sa douleur dès lors qu'il la ressent ou est susceptible de la ressentir et ce jusqu'au soulagement de la douleur et une amélioration de sa qualité de vie.* » L'anticipation de la douleur, son soulagement et ses réévaluations régulières, sont retrouvés dans le dossier du patient.

> Vous pouvez, sur la base de ces informations, apprécier le niveau de prise en charge de la douleur dans l'établissement, vérifier si des traitements, médicamenteux et/ou non médicamenteux, sont mis en œuvre et si le patient est associé à la stratégie de prise en charge de sa douleur. Vous pouvez vous appuyer sur ces critères, ainsi que sur les éléments évoqués dans le manuel de certification, pour renforcer la politique de lutte contre la douleur dans votre établissement.

En cas d'insuffisance, demandez que ce point soit mis à l'ordre du jour de la CDU et, le cas échéant, dans son rapport annuel, en rappelant les enjeux de la certification. Ces critères sont contrôlés par les experts-visitieurs de la HAS.

> N'hésitez pas à saisir le RU en Conseil de surveillance afin qu'il évoque le sujet de la prise en charge de la douleur de manière plus stratégique et en présence d'acteurs institutionnels dotés d'une fonction de contrôle.



N'associez pas la douleur uniquement aux patients en fin de vie et/ou en soins palliatifs. La douleur concerne tous les services de l'établissement.



Le CLUD fonctionne souvent en alternant des réunions plénières et des groupes de travail.

Choisissez les groupes dans lesquels vous pourrez réellement être utiles en tant que représentant des usagers, c'est-à-dire ceux dont les travaux portent sur des enjeux d'organisation et de communication plutôt que ceux visant l'élaboration ou la validation de protocoles techniques. Ces thèmes sont évidemment importants, mais votre contribution et votre efficacité de RU seront bien moindres dans ces domaines.

Vous pouvez vous appuyer sur le projet d'établissement ou sur le contrat pluriannuel d'objectifs et de moyens (CPOM). Les indicateurs de qualité et de sécurité des soins peuvent être communiqués au CLUD. Si un ajustement de la politique de prise en charge de la douleur au sein de l'établissement est nécessaire, votre avis devra être recueilli.

Sachez en outre que les professionnels peuvent s'appuyer sur des recommandations de bonnes pratiques et des protocoles de prévention et de prise en charge de la douleur validés par le CLUD de l'établissement (intensité de la douleur, prévention des douleurs induites par les soins).

Avec les autres membres du CLUD, vous pouvez demander à être formés et/ou d'organiser des actions de sensibilisation ou de formation régulières.



> Centre national ressources douleur.

www.cnrdr.fr

> Ministère de la Santé et de Prévention, *La douleur*.
<https://solidarites-sante.gouv.fr/soins-et-maladies/prises-en-charge-specialisees/douleur/article/la-douleur>

3.8.3 Avec qui travaillez-vous ?

Votre présence n'est pas obligatoire dans un Comité en charge de la lutte contre la douleur. Votre participation restant ouverte, n'hésitez pas à faire connaître votre volonté de siéger et d'agir ! Si vous êtes présent, sachez que le CLUD est une instance pluri-professionnelle composée de soignants et de non-soignants. L'implication de ces personnes

s'inscrit dans une démarche de volontariat. Le CLUD est animé par un président et un vice-président. Le directeur de l'établissement est membre de droit.

→ Les membres du CLUD

Les membres du CLUD travaillent en collaboration effective et permanente avec le directeur de l'établissement, la Commission médicale d'établissement (dans le secteur public) ou la Conférence médicale (dans le secteur privé), la Direction de la qualité et de la sécurité des soins, la Direction des soins, le pharmacien et les soins médico-techniques.

→ Vos alliés

Vous trouverez des alliés au sein du CLUD. L'efficacité de votre action dépendra en grande partie de votre collaboration effective et permanente avec la direction de l'établissement et la CME, ainsi qu'avec les services cliniques, la pharmacie et les services administratifs et techniques. Votre collaboration avec ces acteurs ne signifie pas que vous vous « rangerez » systématiquement de leur côté, mais que vous saurez présenter des faits, argumenter et proposer.

Le pharmacien de l'hôpital

Le CLUD et vous-même pourrez être informés par le pharmacien de l'hôpital sur l'usage des antidouleurs dans l'établissement, la gamme proposée et utilisée, ainsi que sur les prescriptions et leurs effets secondaires, entre autres. D'une manière générale, le pharmacien représente une ressource pour les équipes médicales : il alerte sur les contre-indications, les interactions médicamenteuses, etc. Il peut faire connaître de nouvelles molécules et être force de proposition – par exemple, concernant l'association d'antalgiques pour mieux lutter contre la douleur.

L'équipe mobile contre la douleur

Certains établissements sont dotés d'une équipe mobile de lutte contre la douleur. Les équipes de soins palliatifs jouent parfois ce rôle. Si votre établissement compte une telle équipe, consultez ses membres sur leur perception de la « politique antidouleur » de l'établissement. Il existe aussi des réseaux inter-hospitaliers qui peuvent se déplacer dans un ou plusieurs établissements, à la demande des équipes soignantes ou des patients. Cette organisation sera sans doute amenée à se développer avec les GHT (lire p. 14).

Le cadre de santé et/ou le soignant « référent douleur »

N'hésitez pas à vous tourner vers le cadre de santé et/ou le soignant « référent douleur » de l'établissement, ainsi que vers le médecin « expert douleur ». L'un et/ou l'autre de ces professionnels réalise(nt) un bilan de la prise en charge de la douleur au sein de l'établissement et le présente(nt) au

CLUD pour d'éventuelles modifications. Certains établissements disposent de « consultations douleur » ou de centres anti-douleur pour évaluer et suivre les patients douloureux chroniques.

Les associations

Nouez également des liens avec les associations présentes sur le site. Elles jouent le rôle de relais en vous informant des problématiques de douleur rencontrées par des patients n'ayant fait remonter à ce sujet aucune plainte ni réclamation à l'établissement. Les associations de patients sont aussi, plus généralement, des lieux-ressources pour les représentants des usagers.

3.8.4 Comment faire vivre votre présence au CLUD ?

L'aspect individuel de la douleur est très important et vous devez garder en tête que la douleur est subjective par nature ; seule la personne qui souffre peut juger du degré de sa douleur (temps, intensité, localisation, type). Si vous oubliez ce point, le risque est soit de minimiser la douleur, soit de surréagir.



Quand vous recevez une lettre de plainte, rencontrez un usager ou étudiez un cas, évitez de vous mettre à la place de la personne concernée : s'agissant de la douleur, une telle démarche est impossible, voire préjudiciable.

→ J'évalue la culture de lutte contre la douleur de l'établissement

Pour mesurer l'engagement de l'établissement dans la prise en charge et le traitement de la douleur, et l'existence d'une volonté politique en ce sens, vous pouvez vous assurer que le projet d'établissement contient un volet explicite sur la douleur. Constatez ce que révèle l'indicateur « prise en charge de la douleur » et, en cas de mauvaise note, les éventuelles actions correctrices mises en place.

En outre, vous pouvez interroger les points suivants en CLUD – ou en CDU selon le cas.

Les connaissances nécessaires dans l'établissement

• Les professionnels compétents : faites recenser et transmettre la liste des professionnels titulaires d'un DU (diplôme universitaire) ou d'un DIU (diplôme interuniversitaire) sur la douleur, ou d'une « capacité douleur » (professionnels

formés à l'évaluation et à la prise en soins de la douleur). La formation de base des professionnels de santé inclut souvent une sensibilisation sur la douleur.

• Les professionnels régulièrement formés : faites lister les formations continues des professionnels organisées dans l'établissement. Une formation continue et des remises à niveau régulières sont nécessaires.

• Un cadre de santé dédié et/ou un « référent douleur ».

Une organisation adaptée de l'établissement

• La présence du CLUD dans l'établissement constitue un premier indice sérieux de prise en compte de la douleur.

• Existe-t-il un ou plusieurs « référent(s) douleur » dans chaque service ?

• Existe-t-il une « équipe douleur » au sein de l'établissement ? Si oui, intervient-elle dans tous les services ? Si certains services ne font pas appel à elle, demandez-en la raison (absence de besoin ou empêchement d'entrer dans le service par les équipes médicales et paramédicales). Le CLUD pourra alors proposer une action spécifique envers ces services.

Des protocoles d'évaluation de la douleur et du suivi de la prise en charge

• Existents-ils ? Sont-ils mis à disposition des personnels ? Comment communique-t-on sur ces protocoles ? Quelle est leur traçabilité ? Quels moyens existent pour s'assurer de leur réelle mise en œuvre ?

Des thérapeutiques

• L'établissement met-il à disposition des personnels un éventail de thérapeutiques suffisamment large (traitements non médicamenteux et/ou médecines complémentaires telles que l'hypnose, les massages, la méditation de pleine conscience, etc.) pour permettre une intervention ciblée, selon la personne et le type de douleur ?

• Les douleurs des personnes âgées et des personnes atteintes de troubles mentaux ou de troubles de la communication sont-elles prises en compte au même titre que celles des autres patients ?

Une réelle communication sur le thème de la douleur

• Les équipes sont-elles régulièrement informées de la nécessité et des moyens de prendre en soins la douleur ?

• L'« équipe douleur », si elle existe, est-elle clairement identifiée par les autres services et facilement repérable par les usagers (signalétique de l'établissement, mention dans le livret d'accueil, mention dans un annuaire national,



contrat d'engagement) ? Comment l'établissement communique-t-il sur son action ? Les usagers sont-ils informés de l'existence de cette équipe ? Comment la contacter une fois le patient revenu au domicile, le soir ou le week-end ?



Ministère de la Santé – *Annuaire national des structures de lutte contre la douleur.*

<https://solidarites-sante.gouv.fr/soins-et-maladies/prises-en-charge-specialisees/douleur/article/les-structures-specialisees-douleur-chronique-sdc>

→ J'évalue la prévention de la douleur

La prise en charge de la douleur à la sortie de l'établissement restant insuffisante en France, elle fait partie des thèmes évoqués par les plans nationaux successifs en matière de lutte contre la douleur, et une priorité affirmée dans la loi santé de 2016.

Vérifiez que le sujet de la douleur est abordé dans les protocoles de consultation de sortie. Vous pouvez vous renseigner pour savoir si un patient qui continue de souffrir dix jours après sa sortie :

- est informé de ce qu'il peut faire par l'infirmier de l'établissement (qui le recontacte par téléphone),
- dispose d'un contact téléphonique et d'un référent,
- sait qu'il peut contacter son médecin traitant.

→ Je vérifie l'évaluation réelle et régulière de la douleur par l'établissement

Les indicateurs 2010 de la HAS indiquent que moins de 47 % des établissements atteignent leur objectif, qui consiste à évaluer la douleur de 80 % des patients. Seuls 41 % des établissements de soins de suite et de réadaptation atteignent cet objectif. Ce taux est dramatiquement bas. Les indicateurs de 2018 mettent en évidence une prise en charge améliorée de la douleur, même si les associations de patients restent dubitatives quant à ces chiffres.

Vous pouvez vérifier la façon dont la douleur des patients est évaluée sur un plan théorique au sein de votre établissement en prenant connaissance des protocoles existant dans cet établissement.

Une véritable politique de lutte contre la douleur repose, en outre, sur une évaluation régulière de la douleur de chaque patient, de façon adaptée au patient et à son profil (par exemple, toutes les demi-heures pour un patient en situation post-opératoire, contre deux fois par jour pour un patient en moyen ou long séjour).



Il existe de nombreuses échelles et techniques permettant d'évaluer la douleur, notamment pour les personnes atteintes de troubles de la communication : enfants, personnes en situation de handicap, personnes âgées, personnes non communicantes. Veillez, au sein du CLUD, à ce que ces personnes soient connues dans les services.

Exemple d'échelle de la douleur

Nous allons évaluer votre douleur pour pouvoir la traiter

La douleur n'est pas mesurable comme la tension ou la température mais il est possible d'évaluer son intensité à l'aide d'échelles d'évaluation de la douleur. Nous utilisons pour vous l'échelle la mieux adaptée. Plusieurs échelles d'évaluation de la douleur existent, par exemple :

- > l'échelle numérique : le patient donne une note de 0 à 10 pour situer le niveau de sa douleur (0 correspond à pas de douleur, et 10 à la douleur maximale imaginable) ;
- > l'échelle verbale simple avec des mots pour décrire la douleur : absente, faible, modérée, intense, extrêmement intense ;
- > l'échelle visuelle analogique (EVA), décrite ci-dessous.

Des échelles ou des moyens spécifiques d'évaluation de la douleur existent en fonction de l'âge, de la pathologie, de l'état du patient, du type de douleur, aiguë ou chronique.

Sur la face graduée de la règlette, le soignant relève le niveau de douleur indiqué par le patient >

< Le patient place le curseur de la règlette au niveau de douleur qu'il ressent.

L'échelle visuelle analogique (EVA) permet l'évaluation de l'intensité de la douleur. L'EVA est une règlette équipée d'un curseur que le patient glisse entre la butée de gauche (signifiant pas de douleur) et la butée de droite (douleur maximale imaginable) pour indiquer au soignant son niveau d'intensité de douleur.

3. QUELLE INSTANCE CHOISIR ET COMMENT LA FAIRE VIVRE ?



HAS – Fiche descriptive de l'indicateur de qualité et de sécurité des soins - Évaluation et prise en charge de la douleur.

https://www.has-sante.fr/upload/docs/application/pdf/2019-01/secteur_ssr_fiche_desccriptive_pcd_2019.pdf



→ Je contrôle le traçage de l'évaluation de la douleur dans le dossier du patient

L'évaluation de la douleur n'est pas exploitable par comparaison entre différents malades, mais par comparaison sur la durée, s'agissant d'une seule et même personne. Vérifiez que chaque évaluation de la douleur et toute prise d'antalgiques ou d'autres thérapeutiques est bien notée dans le dossier du patient, au même titre que la température, et au moins quotidiennement.

→ J'évalue le protocole de traitement de la douleur

Vous pouvez vérifier que l'information et la communication relatives à la prise en charge de la douleur circulent bien dans l'établissement, et que des supports d'information sont lisibles et mis à disposition dans les différents services et pour les usagers. Pour le savoir, demandez à l'équipe mobile de lutte contre la douleur (ou au référent) combien de fois elle a été appelée, par quels services ou encore sur quels aspects.

Pour vous assurer que la douleur des patients est effectivement traitée dans l'établissement, n'hésitez pas à poser les questions suivantes en CLUD :

- Des protocoles de prise en charge de la douleur sont-ils mis en œuvre dans chaque service selon les types de douleur et les situations ? Existe-t-il un cadre de santé et/ou un soignant référent qui communique et évalue les protocoles ?
- Les personnels savent-ils dans quelles conditions appeler l'équipe mobile en cas de besoin ?
- L'établissement traite-t-il aussi la douleur chronique ?
- Certains services ont-ils pris des initiatives intéressantes dont les autres services pourraient être informés ? Existe-t-il des thérapeutiques non médicamenteuses ? Comment ces thérapeutiques sont-elles promues et proposées ?

Vous pouvez, en lien avec le représentant des usagers de la CDU, consulter le registre des plaintes relatives à la douleur, les actions correctrices proposées (ou non) et les délais de réaction de l'établissement.



Demandez de réaliser une enquête d'observation et de satisfaction sur le point spécifique de la douleur et/ou de participer à des audits sur la prise en soins de la douleur.

Le questionnaire de sortie abordant souvent la question de la douleur, vous pouvez exploiter les items qui, dans ce questionnaire, concernant la douleur.

Voici un exemple de questions pouvant figurer dans un questionnaire de sortie. Veillez à un dépouillement ventilant les réponses par service ou par pôle.

Item du questionnaire	% de réponses positives	Évolution des réponses par rapport à l'année précédente
Patients ayant pu parler de la douleur avec l'équipe	97 %	→
Patients ayant eu un traitement administré rapidement	96 %	→
Patients satisfaits du soulagement de la douleur	90 %	→

3.8.5 Dans quel service vais-je en tant que RU en CLUD ? Partout !

Le patient souffre quel que soit le service dans lequel il est admis. Le représentant des usagers en CLUD doit donc faire en sorte que le Comité porte son attention sur l'ensemble des services de l'établissement.

→ Aux urgences

Le médecin attend souvent un examen complet avant de mettre en place une stratégie de prise en charge de la douleur, alors que les patients souffrent parfois depuis longtemps. La douleur peut très bien faire l'objet d'un traitement avant une prise en charge globale. Par exemple, en cas de très



forte sciatique, il ne faut pas attendre plusieurs heures avant d'évaluer la douleur du patient ou de lui administrer des antalgiques.

→ Lors de certains examens

- Je pense à mettre à l'ordre du jour une réflexion sur la douleur occasionnée par certains examens médicaux (ponction lombaire, biopsie du foie, etc.).
- Je vérifie que des échelles d'évaluation de la douleur existent ; que la douleur est évaluée ; et que cette douleur n'est ni niée, ni sous-estimée, ni considérée comme inévitable.

→ À la maternité

Certains établissements considèrent encore trop souvent que les douleurs de l'accouchement sont normales et qu'en conséquence, elles ne doivent pas être prises en compte. Pourtant, ces douleurs peuvent être réduites grâce à une anesthésie péridurale et/ou un accompagnement et une préparation adaptés.

Je vérifie que les parturientes sont informées des choix possibles concernant la gestion de la douleur au cours de leur accouchement.

Je suis particulièrement vigilant au respect des usagères et aux violences obstétricales !

→ Avant une intervention chirurgicale

Le service ne prend pas la douleur en compte au prétexte que l'anesthésiste n'assure pas de garde le week-end, ou que l'opération va apporter un soulagement au patient – sachant que celle-ci peut avoir lieu plusieurs jours plus tard.

→ Après une intervention chirurgicale

La douleur est facilement sous-estimée : « c'est normal, il vient d'être opéré ». De plus, la douleur peut se manifester plusieurs jours après l'intervention.

→ En service de soins de suite et de réadaptation

Le service considère la douleur comme normale dans la mesure où il l'attribue aux exercices de rééducation et, en conséquence, ne cherche pas à la soulager.

→ En psychiatrie

La douleur est encore plus difficile à repérer dans ce type de service, en particulier quand il s'agit d'une personne en souffrance psychique forte.

→ En établissement pour personnes autistes

La douleur dans le cadre de désordres neurologiques est très difficile à prendre en compte.

→ En établissement d'hébergement pour personnes âgées dépendantes (EHPAD)

La douleur est difficile à repérer dans ce type d'établissement, d'autant plus si les personnels sont peu formés. Les usagers peuvent alors considérer leurs douleurs comme « normales » : « c'est l'âge ». Quand l'EHPAD est rattaché à un établissement de santé, les représentants des usagers peuvent intervenir.

→ Lors de l'hospitalisation à domicile

J'interroge sur l'évaluation de la douleur au domicile du patient, ainsi que sur la connaissance par les aidants ou les intervenants de la personne à joindre en cas de survenue de la douleur le soir ou le week-end.

→ ... mais aussi en neurologie, en oncologie, en rééducation fonctionnelle, etc.

3.9 L'ÉTHIQUE : RÉFLÉCHIR ENSEMBLE À LA MOINS MAUVAISE RÉPONSE

Triage des patients, enfermement des personnes, peur de contaminer et d'être contaminé, recueil du consentement... L'épidémie de Covid-19, véritable situation de crise, a confronté les professionnels des établissements de santé, les patients et leurs famille et proches à des questions fondamentales sur l'accueil et la prise en charge médicale. Ces questions ont rendu l'approche éthique encore plus nécessaire.

« C'est au moment du « je ne sais pas quelle est la bonne règle » que la question éthique se pose. (...) Ce moment où je ne sais pas quoi faire, où je n'ai pas de normes disponibles, où je ne dois pas avoir de normes disponibles, mais où il faut agir, assumer mes responsabilités, prendre parti. »

Jacques Derrida

La crise du Covid-19 a montré l'utilité de la démarche éthique comme pratique d'accompagnement des professionnels pluridisciplinaire, collégiale et de terrain. L'éthique contient aussi un enjeu démocratique dont la prise en compte doit déboucher sur une réflexion intégrant le citoyen.



Fiche Boîte à outils du RU n° 8 : « Clés pour éviter un piège : les "droits et devoirs" des malades ». <https://extranet.france-assos-sante.org/formation/boite-a-outils-du-ru/>



Dès lors, même si aucun texte de loi ne prévoit la présence des représentants des usagers là où sont abordées les questions éthiques des professionnels, votre présence y est légitime. Cette affirmation est d'autant plus vraie que la loi impose aux établissements de santé publics et privés de mener une « réflexion sur l'éthique », et que la HAS a fait de cette réflexion un critère d'évaluation de la certification de l'établissement de santé. Participez donc à cette réflexion sans complexe et avec humilité !



Article L6111-1 du Code de la santé publique

« Les établissements de santé publics, privés d'intérêt collectif et privés [...] mènent, en leur sein, une réflexion sur l'éthique liée à l'accueil et la prise en charge médicale. »

Les soignants ont souvent affaire à des dilemmes éthiques. Malgré la multiplication des normes et des procédures qui cherchent à régir leurs comportements, des situations singulières apparaissent toujours, et les confrontent à des choix ni évidents ni faciles à assumer.

Les questions éthiques se posent en termes de choix à réaliser, de responsabilités à prendre, dans des situations difficiles : arrêt des traitements en fin de vie, décision d'effectuer une opération très risquée chez un nouveau-né, choix d'annoncer un pronostic vital à une famille, respect de la volonté d'un malade de sortir de l'hôpital malgré les risques, utilisation de certaines techniques, etc.

Les soignants doivent s'engager et ne pas laisser les circonstances décider. Mais ils ne peuvent pas non plus, face à des circonstances particulières ou à la singularité d'un malade, s'enfermer dans une ligne de conduite décidée une fois pour toutes. Pour autant, en situation d'urgence, ils ne peuvent se permettre de délibérer sans fin.

3.9.1 Que fait l'instance chargée de l'éthique ?

Les établissements de santé ont mis en place des structures diversement nommées – Comité local d'éthique, Commission éthique, Cellule éthique, etc. –, dont les objectifs peuvent être différents : mener des débats généralistes sur des questions éthiques, déconnectées des situations concrètes qui peuvent les susciter, aider à la décision dans des situations difficiles, ou encore analyser des pratiques et échanger sur certaines expériences vécues par les professionnels. Bien qu'un débat généraliste puisse soutenir le cheminement des équipes, il peut aussi facilement tourner soit en discussion érudite de spécialistes, soit en salon où l'on « cause », voire où l'on échange des propos de café du commerce.



Vous n'avez pas à vous attacher au formalisme avec lequel l'éthique est abordée (commission avec président, réunions et règlement intérieur !). Intéressez-vous plutôt au fait que les questionnements éthiques des professionnels sont traités dans l'établissement. Peu importe la forme : ces questions peuvent être traitées à la pause café !



Ne confondez pas Comité d'éthique et « gardien du temple » veillant à l'état d'esprit qui devrait régner à l'hôpital et à la mise en œuvre du projet d'établissement. Ne confondez pas non plus Comité d'éthique et réunion d'équipe ! Le Comité d'éthique ne doit en aucun cas prendre le pas sur les ordres hiérarchiques ou les règles de bonne pratique. Ne confondez pas, enfin, Comité d'éthique et groupe de parole. Les comités d'éthique doivent permettre l'échange et la discussion autour de situations complexes ; non la régulation des difficultés psychologiques rencontrées par les professionnels ni les règlements de compte entre eux.

Réfléchir à l'éthique, c'est poser les questions que se posent les professionnels pour outiller les équipes. En tout état de cause et quelle que soit son appellation, le Comité d'éthique ne décide pas. Il réfléchit collectivement à des questions relevant de l'intelligence collective. Il permet de questionner ce qui s'est mal passé pour un ou plusieurs professionnels : pourquoi ? que faire ? quels enseignements tirer pour la suite ?

Le Comité d'éthique n'est pas là pour prescrire une réponse ayant valeur de vérité ! Il n'existe pas de spécialiste en éthique capable de détenir, sous prétexte de connaissance, une vérité en la matière.



L'éthique et la certification

La HAS a intégré à son manuel *Certification des établissements de santé pour la qualité des soins* (version 2023) un nouveau critère standard (n° 3.4-04), relatif à la promotion et au soutien, par l'établissement, du recours de l'ensemble des acteurs au questionnement éthique. Le manuel introduit ce critère en évoquant les « *conflits de valeurs* », les dilemmes éthiques posés par certaines situations cliniques complexes qui, dès lors, appellent « *une réflexion collective et interdisciplinaire conduite en temps opportun et fondée sur des modalités structurées et partagées tant au niveau de l'établissement qu'au plus près du terrain.* » Ces modalités sont « *protectrices tant des droits du patient que de la pratique des professionnels* ».

L'un des éléments d'évaluation de ce critère porte sur l'association des représentants des usagers à la réflexion éthique conduite au niveau de l'établissement. Un point supplémentaire pour obtenir votre intégration ! Les visiteurs-experts interrogeront les représentants des usagers sur leur sensibilisation au questionnement éthique, aux problématiques éthiques auxquelles sont confrontés les professionnels et au « *cadre opérationnel dédié à la réduction de ces problématiques* ».

3.9.2 Quel est mon rôle en matière d'éthique ?

L'éthique concerne un regard particulier porté sur un grand nombre de problématiques qui concernent les usagers. Ainsi la question des capacités d'agir des usagers peut être considérée sous des angles multiples : les compétences et les savoirs des acteurs mais aussi leur autonomie. Par exemple, les professionnels peuvent agir au nom d'une bienfaisance qui peut s'opposer à l'autonomie des personnes (par exemple limiter la liberté de la personne au nom de sa sécurité). Ainsi une lecture des situations qui conduisent à une réclamation peut s'enrichir d'un regard éthique.

Dans de nombreux établissements, les commissions éthiques, souvent portées par la Commission médicale d'établissement (CME), peuvent vous solliciter soit en tant que membre d'une association travaillant habituellement des questions éthiques ou en tant que représentant des usagers soucieux de contribuer à la réflexion. Ces commissions ont été créées suite à l'article L 6111-1 donnant mission aux établissements sanitaires de mener " en leur sein, une réflexion sur l'éthique liée à l'accueil et la prise en charge médicale ».



Si vous êtes sollicité en tant que représentant des usagers, il est important de s'interroger non seulement sur les missions de cette commission (éthique délibérative, pragmatique, clinique...) mais aussi sur la façon dont le point de vue des usagers est considéré tant dans la réflexion que dans les décisions prises en cas de situations interrogeant les principes éthiques. Ces compétences particulières en éthique ont pu être développées par certaines associations ou peuvent être développées par des formations spécifiques dont celle proposée par France Assos Santé.

Vous n'êtes pas là pour juger, mais pour réfléchir à des sujets sensibles. Vous portez une parole (réflexion de base et points concrets) sur ces sujets sans en être spécialiste. Votre participation à la réflexion éthique enrichira votre vision de l'établissement et de ses professionnels : vous découvrirez la façon dont ils se répondent entre eux, la manière dont les questions sont posées et l'ouverture de champ que ces questions entraînent.



EXEMPLE

Vous êtes sollicité pour rejoindre le Comité éthique de votre établissement

Avant de prendre votre décision, clarifiez votre positionnement, les objectifs du Comité d'éthique et ses règles de fonctionnement.

- Qu'attend-on de vous et que pouvez-vous apporter ? Apportez-vous réellement quelque chose ? Avez-vous le temps de vous investir dans une commission supplémentaire ?
- Quel objectif le Comité éthique poursuit-il ? En oublie-t-il ? Accepte-t-il de poser des limites à son champ d'intervention en choisissant de ne pas traiter tel ou tel type de questions ?
- Comment se fait-il connaître et que doit-il produire ? des notes rendant compte de sa réflexion ? des avis ? des recommandations ? des décisions ? Le résultat de ses travaux est-il rendu public ?
- Au nom de quoi les personnes participantes s'expriment-elles au sein du Comité ? En tant que représentantes de leur catégorie professionnelle ? En leur nom propre ?

3.9.3 Avec qui vais-je travailler ?

L'idée est de réunir des personnes d'horizons différents pour aborder un cas particulier et trouver la moins mauvaise réponse à la question ou aux questions qu'il soulève. L'éthique se construit avec les professionnels, les patients, les proches et les citoyens. Leur réflexion doit être permanente et leurs échanges multiples pour construire des relations de confiance.

3. QUELLE INSTANCE CHOISIR ET COMMENT LA FAIRE VIVRE ?

Néanmoins il est bon que la réflexion éthique ne reste pas enfermée dans un groupe figé. Vous pouvez proposer à votre structure de faire appel à des regards extérieurs pour construire un point de vue éthique et nourrir sa recherche. Des économistes, des juristes, des sociologues, des philosophes, ou encore des historiens, peuvent apporter un regard fécond.

Il peut également être intéressant de tisser des liens avec l'Espace de réflexion éthique régional (ERER) relevant de l'ARS, des associations et France Assos Santé.

Les comités de réflexion accueillant un grand nombre de participants peuvent se révéler plus ou moins stériles, surtout s'ils ne sont pas animés par des experts en éthique et en conduite de réunions.



Conseil - L'éthique médicale est souvent pensée à travers de grands principes. Or, poser, déterminer par avance ces principes est difficile. De plus, même s'ils peuvent servir de base à la réflexion, ils ne suffisent pas pour répondre à toutes les questions. Vous devrez vous forger une culture générale en matière d'éthique. Il vous faudra rencontrer divers interlocuteurs, discuter avec eux et avec les membres du Comité pour mener une réflexion qui vous soit propre et éclairée par celle de vos interlocuteurs.

3.9.4 Comment faire vivre votre présence au comité d'éthique ?

→ Formation

Avant toute chose, il est indispensable que chaque établissement puisse offrir une formation de qualité à tous les participants à cette instance. Demandez-la pour vous et pour les autres membres du Comité.

→ Saisine

Ensuite, vous pouvez vous renseigner sur les modes de saisine du Comité par les professionnels. Il est parfois tout aussi courageux de soulever des problèmes éthiques que de signaler un événement indésirable grave ! Le professionnel peut-il saisir le Comité sous couvert d'anonymat ?

Selon les établissements, les demandes peuvent aussi émaner d'un service, d'un malade ou d'une famille. D'une manière générale, la question est préparée par un groupe de travail avant d'être traitée par le Comité d'éthique. Elle peut résulter d'une situation vécue, comme d'une situation prévisible ou redoutée. Le Comité d'éthique va alors élaborer la moins mauvaise réponse. Il s'agit d'une décision prise à un instant t, qui peut être réévaluée quelques temps plus tard.

Lorsque le Comité d'éthique est saisi à propos d'un cas particulier, assurez-vous qu'il le traite comme une situation digne d'intérêt, qui pose problème, et donne des orientations pour une réponse indicative. Le Comité d'éthique ne doit pas répondre à la question en dictant un comportement, faute de quoi il perdrait sa spécificité. En aucun cas il ne doit déresponsabiliser les professionnels et leur fixer des normes.



Si la question abordée soulève des difficultés professionnelles, des négligences, voire des fautes, le Comité d'éthique ne doit pas se prononcer mais renvoyer la situation vers l'instance concernée.

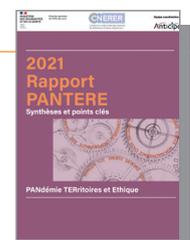
→ Méthodes de travail et procédures

Intéressez-vous aux méthodes de travail et aux procédures qui ont cours au sein du Comité d'éthique. Les questions relatives au contexte dans lequel le Comité se réunit (quand et à quelle fréquence) et à la préparation des séances (ordre du jour, présentation des cas à évoquer) sont importantes pour l'effectivité de la participation de chacun. Les points relatifs à l'organisation des discussions – exposés suivis d'échanges ou tours de table –, à la présidence de séance et à l'animation des débats, doivent avoir été collectivement discutés et, *a minima*, être connus de tous. Pour une participation active et une parole de tous, les ordres du jour ne doivent être ni trop serrés ni trop restrictifs. Chacun doit pouvoir donner son ressenti (RU, aide-soignantes, médecins, etc.).

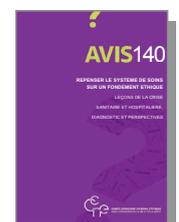
Vous pouvez vérifier que la réflexion éthique menée dans votre établissement prend en compte le sens de l'engagement et de la responsabilité des soignants ; l'orientation vers l'action et l'ancrage dans le quotidien des soignants, plutôt que vers un pur débat théorique ; et enfin, la singularité des situations et des personnes plutôt qu'une ligne de conduite fixée une fois pour toutes.



Ministère des Solidarités et de la Santé, Rapport PANTERE, synthèses et points clés – Pandémie, territoires et éthique, 2021.
https://sante.gouv.fr/IMG/pdf/erer_rapport_pantere_2021.pdf



Comité national consultatif d'éthique, Avis 140 : Repenser le système de soins sur un fondement éthique. Leçons de la crise sanitaire et hospitalière, diagnostic et perspectives, novembre 2022.
https://www.ccne-ethique.fr/sites/default/files/2022-11/Avis140_Final_0.pdf





4. ANNEXES

4.1 CONNAÎTRE MON ÉTABLISSEMENT

Mieux connaître mon établissement : les données clés

Demandez à l'établissement de vous fournir régulièrement les données suivantes ; ainsi que son organigramme, par pôles. Ces informations sont généralement disponibles dans les plaquettes des présentation, les sites internet des hôpitaux, ou dans le rapport d'activité de l'établissement.

Nom de l'ES :

ÉQUIPE DIRIGEANTE ET PRINCIPAUX INTERLOCUTEURS

Fonction	Nom et coordonnées
Président du Conseil de surveillance	
Directeur	
Président de la CME	
Président de la Commission des soins infirmiers, de rééducation et médico-technique	
Les autres représentants des usagers	CS, Directoire, CA CAL CDU CLIN, CLIAS ou commission assimilée CLAN CLUD COVIRIS ou comité assimilé
Responsable qualité	
Gestionnaire de risques	
Responsable de la lutte contre les infections nosocomiales	
Référent alimentation nutrition/Président du CLAN	
Référent douleur/Président du CLUD	
Chargé des relations avec les usagers	
Les différents responsables de pôle	

Nombre de collaborateurs :

Dont :

- Nombre de médecins :
- Nombre de personnels soignants :

Équipements particuliers (par exemple : salles d'opération, scanners, IRM ou autre équipement notable)

-
-

Population du territoire couvert par l'établissement

ACTIVITÉ

- Nombre de lits :
- Nombre de passages aux urgences :
- Nombre de consultations externes par an :
- Nombre d'hospitalisations :
- Nombre de journées d'hospitalisation :

POINTS CLÉS DU PROJET D'ÉTABLISSEMENT

- En matière d'accueil des usagers :
- Sur la qualité des soins :
- Sur la sécurité des patients :
- Sur le respect des droits des usagers :

BUDGET DE L'ÉTABLISSEMENT

Dépenses totales	
Charges de personnel	
Charges à caractère médical et pharmaceutique	
Charges hôtelières, entretien, réparations	
Charges financières (dépenses financières et amortissements)	

RÉSULTATS CLÉS DE LA DERNIÈRE CERTIFICATION EN DATE DU :

Recommandations de la HAS :

-
-
-

Réserves éventuelles :

-
-
-

PRINCIPAUX INDICATEURS OBLIGATOIRES

Indicateur	Score
Score agrégé de lutte contre les infections nosocomiales	
Qualité de la prise en charge : tenue du dossier patient	
Évaluation de la douleur	
Dépistage des troubles nutritionnels	



4.2 CHARTE DE LA PERSONNE HOSPITALISÉE :



Usagers, vos droits

Charte de la personne hospitalisée

Principes généraux*

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



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 :

www.sante.gouv.fr

Il peut être également obtenu gratuitement, sans délai, sur simple demande, auprès du service chargé de l'accueil de l'établissement.

4.3 QUE SIGNIFIENT LES SIGLES ?

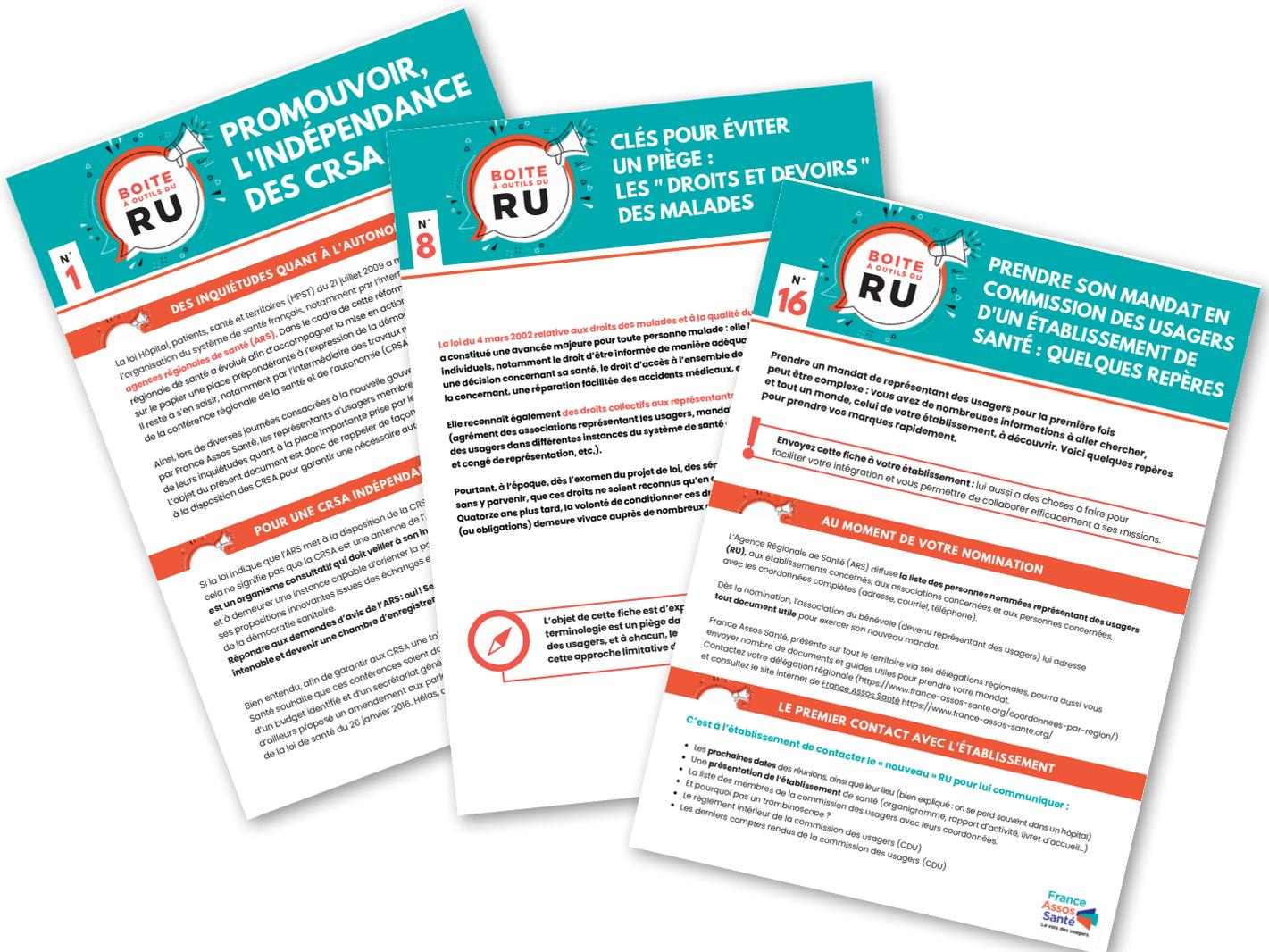
ARS	Agence régionale de santé
CISS	Collectif interassociatif sur la santé
CLAN	Comité de liaison alimentation et nutrition
CLIN	Comité de lutte contre les infections nosocomiales
CLUD	Comité de lutte contre la douleur
CME	Commission médicale d'établissement
CMU	Couverture maladie universelle (de base)
CODAMUPSTS	Comité départemental de l'aide médicale d'urgence et de la permanence des soins et des transports sanitaires
COVIRIS	Comité des vigilances et des risques
CLIAS	Comité de lutte contre les infections associées aux soins
CPAM	Caisse primaire d'assurance maladie
CPOM	Contrat pluriannuel d'objectifs et de moyens
CCI	Commission régionale de conciliation et d'indemnisation
CRSA	Conférence régionale de la santé et de l'autonomie
CDSP	Commission départementale des soins psychiatriques
CDU	Commission des usagers
CRUQPC	Commission des relations avec les usagers et de la qualité de la prise en charge
CS ES	Conseil de surveillance des établissements de santé
CSP	Code de la santé publique
CTS	Conseil territorial de santé
DMP	Dossier médical personnel
EHPAD	Établissement d'hébergement pour personnes âgées dépendantes
EIG	Événement indésirable grave
ES	Établissement de santé
ESPIC	Établissement de santé privé d'intérêt collectif
FAS	France Assos Santé
FEHAP	Fédération des établissements hospitaliers et d'aide à la personne
FHF	Fédération hospitalière de France
FHP	Fédération de l'hospitalisation privée
HAD	Hospitalisation à domicile
GHT	Groupement hospitalier de territoire
HAS	Haute Autorité de Santé
ICALIN	Indicateur composite d'activités de la lutte contre les infections nosocomiales
ICATB	Indice composite de bon usage des antibiotiques
ICSHA	Indicateur de consommation de solutions ou de produits hydro-alcooliques
MIGAC	Mission d'intérêt général et d'aide à la contractualisation
MSP	Maison de santé pluridisciplinaire
PASS	Permanence d'accès aux soins de santé
PRS	Projet régional de santé
PRSP	Plan régional de santé publique
PS	Professionnels de santé
RU	Représentant des usagers
SROS	Schéma régional d'organisation des soins
T2A	Tarifcation à l'activité
UNAASS	Union nationale des associations agréées du système de santé
URAASS	Union régionale des associations agréées du système de santé



4.4 FICHES BOÎTE À OUTILS DU RU

Pour les obtenir :

➔ je télécharge les fiches sur le site extranet de France Assos Santé :
<https://extranet.france-assos-sante.org/formation/boite-a-outils-du-ru/>



4.5 FICHES SANTÉ INFO DROITS PRATIQUE

Pour les obtenir :

- ➔ je télécharge les fiches sur le site Internet de France Assos Santé : <https://www.france-assos-sante.org/publicationsdocumentation/fiches-pratiques/>
- ➔ Ou je les commande auprès du service documentation : documentation@france-assos-sante.org





4.6 FORMATIONS

Je m'inscris.

- ➔ Je consulte l'offre de formation sur le site de France Assos Santé :
<https://www.france-assos-sante.org/presentation/formation/>
- ➔ Je contacte ma délégation régionale France Assos Santé.



4.7 ASSOCIATIONS MEMBRES

Les associations membres de France Assos Santé (au 31 mars 2023)

• **AAAVAM** (Association nationale de défense des intérêts des victimes d'accidents des médicaments) • **ABF** (Association des Brûlés de France) • **Actions Traitements** (Association de patients, agréée pour représenter les usagers du système de santé) • **Addictions Alcool Vie Libre** • **ADEPA** (Association d'études et de défense des personnes amputées) • **ADMD** (Association pour le droit de mourir dans la dignité) • **Advocacy France** (Association d'usagers en santé mentale, médico-sociale et sociale) • **AFA Crohn RCH France** (Association François Aupetit, maladies inflammatoires chroniques intestinales maladie de Crohn et recto-colite hémorragique) • **AFDE** (Association française des dysplasies ectodermiques) • **AFDOC** (Association française des malades et opérés cardio-vasculaires) • **AFGS** (Association française du Gougerot Sjögren et des syndromes secs) • **AFH** (Association française des hémophiles) • **AFM-Téléthon** (Association française contre les myopathies) • **AFPric** (Association française des polyarthritiques et des rhumatismes inflammatoires chroniques) • **AFS** (Association France spondyloarthrites) • **AFSA** (Association française du syndrome d'Angelman) • **AFSEP** (Association française des sclérosés en plaques) • **AFVD** (Association francophone pour vaincre les douleurs) • **AFVS** (Association des familles victimes du saturnisme) • **AIDES** (Association de lutte contre le sida) • **AINP** (Association d'information sur la névralgie pudendale) • **Alcool Écoute Joie & Santé** • **Alliance Maladies Rares** • **AMADYS** (Association des malades atteints de dystonie) • **AMALYSTE** (Association des victimes des syndromes de Lyell et de Stevens-Johnson) • **AMI nationale** (Association nationale de défense des malades, invalides et handicapés) • **ANDAR** (Association nationale de défense contre l'arthrite rhumatoïde) • **APAHO** (Association pour adultes et jeunes handicapés) • **APF France handicap** • **APODEC** (Association de porteurs de dispositifs électriques cardiaques) • **ARGOS 2001** (Aide aux personnes atteintes de troubles bipolaires et à leur entourage) • **ARSLA** (Association pour la recherche sur la sclérose latérale amyotrophique) • **ASBH** (Association nationale spina bifida et handicaps associés) • **ASF** (Association des sclérodermiques de France) • **ASFC** (Association française du syndrome de fatigue chronique) • **Autisme France** • **AVIAM** (Association d'aide aux victimes d'accidents médicaux) • **CADUS** (Conseil, aide et défense des usagers de la santé) • **CLCV** (Consommation, logement, cadre de vie) • **CNAFAL** (Conseil National des Associations Familiales laïques) • **CNAFC** (Confédération nationale des associations familiales catholiques) • **CNAO** (Collectif national des associations d'obèses) • **E3M** (Association d'entraide aux malades de myofasciite à macrophages) • **EFAPPE Épilepsies** (Fédération des associations en faveur des personnes handicapées par des épilepsies sévères) • **EndoFrance** • **ENDOmind** • **Entraid'Addict** (Fédération alcool assistance) • **Épilepsie-France** • **Familles de France** • **Familles Rurales** • **Fédération Française des Diabétiques** • **Sésame Autisme** (Fédération Française Sésame Autisme) • **Fédération nationale des Amis de la santé** (Association de prévention et de lutte contre les addictions et plus spécifiquement l'alcoolisme) • **FFCM** (Fédération française des curistes médicalisés) • **FGCP** (Fédération française des associations de greffés du cœur et des poumons) • **Fibromyalgie France** • **Fibromyalgie SOS** • **FNAPSY** (Fédération nationale des patients en psychiatrie) • **FNAR** (Fédération nationale des associations de retraités et préretraités) • **FNATH** (Association des accidentés de la vie) • **France Alzheimer** • **France Lyme** • **France Parkinson** • **France Rein** • **HyperSupers TDAH France** • **JALMALV** (Jusqu'à la mort accompagner la vie) • **La Croix Bleue** (Association d'aide aux personnes en difficulté avec l'alcool) • **La CSF** (La Confédération syndicale des familles) • **La Ligue contre le cancer** • **Le LIEN** (Association de lutte, d'information et d'étude des infections nosocomiales) • **Le Planning familial** • **Les Petits Frères des Pauvres** • **Marfans** (Association française des syndromes de Marfan et apparentés) • **PRIARTEM** (Pour rassembler informer et agir sur les risques liés aux technologies électromagnétiques) • **Renaloo** (Insuffisance rénale, dialyse, greffe du rein) • **Réseau D.E.S France** • **Réseau Environnement Santé** • **Schizo-Oui** • **SOS Hépatites** (Hépatites et maladies du foie) • **Transhépate** (Fédération des malades et greffés du foie) • **UAFLMV** (Union des associations françaises de laryngectomisés et mutilés de la voix) • **UFAL** (Union des familles laïques) • **UFC-Que Choisir** • **UNAF** (Union nationale des associations familiales) • **UNAFAM** (Union nationale des familles et amis de personnes malades et/ou handicapées psychiques) • **UNAFTC** (Union nationale des associations de familles de traumatisés crâniens et cérébro-lésés) • **UNAPECLE** (Union nationale des associations de parents d'enfants atteints de cancer ou leucémie) • **UNAPEI** (Union nationale des associations de parents de personnes handicapées mentales et de leurs amis) • **Vaincre la Mucoviscidose** • **Vivre comme avant** (Mouvement de soutien et d'aide morale aux personnes atteintes du cancer du sein) • **VMEH** (Visite des malades en établissements hospitaliers).



NOTES

A series of horizontal dotted lines spanning the width of the page, providing a template for writing notes.



10, Villa Bosquet

75007 Paris

www.france-assos-sante.org