

Collectif
Interassociatif
Sur la
Santé



Représenter les usagers à l'hôpital : le guide du RU en CS, CAL, CLIN, CLAN, CLUD, COVIRIS

AVERTISSEMENT : Les nombreuses modifications consécutives à la loi HPST font constamment évoluer les pratiques des professionnels, mais aussi des représentants des usagers. Les sujets traités dans ce guide sont très nouveaux pour certains RU. Nous avons donc besoin de vos retours d'expérience sur les différentes commissions, et de vos avis sur les questions abordées. N'hésitez pas à nous en faire part sur formation@leciss.org.

Ont participé à l'élaboration de ce guide : Claire Bazin, Nicolas Brun, Sylvain Fernandez-Curiel, Stéphane Gobel, Jean-Pierre Lacroix, Magali Leo, Florence Navattoni, Marc Paris, Claude Rambaud et plusieurs RU de l'association Le Lien, Nicole Sabourdy, ainsi que de nombreux RU venus se former et échanger sur leurs pratiques au CISS. Qu'ils soient ici remerciés.

Les illustrations de ce guide sont de Alain Hure.

Édito

Manger correctement, ne pas avoir mal, ne pas sortir de l'hôpital avec une nouvelle maladie, être pris en charge dans de bonnes conditions d'hygiène et de sécurité, accéder à des soins de qualité sans distinction par l'argent, voilà les principales préoccupations des usagers.

Si la représentation des usagers en Commission des relations avec les usagers et de la qualité de la prise en charge (CRUQPC) est la plus névralgique parmi les mandats en établissement, un certain nombre de problématiques liées aux droits des usagers et à leur prise en charge sont aussi abordées dans d'autres commissions :

- conseil de surveillance,
- comité de lutte contre les infections nosocomiales (CLIN),
- comité de liaison alimentation/ nutrition (CLAN),
- comité de lutte contre la douleur (CLUD),
- comité des vigilances et des risques (COVIRIS).

Certains établissements mettent également en place un comité d'éthique, en invitant les RU à participer à ses travaux pour apporter un point de vue complémentaire à celui des professionnels.

Enfin, d'autres instances spécifiques peuvent exister dans de nombreux établissements. Si la loi HPST les a rendues facultatives, il n'en reste pas moins qu'il est très important pour les usagers d'être associés à leurs travaux. C'est possible de deux manières : en y étant directement présent quand elles existent, ou en suivant leurs travaux *via* la CRUQPC.

Ce guide a pour but de vous aider, en tant que représentant des usagers, à vous saisir de ces problématiques que ce soit à travers votre participation à des commissions formalisées, ou à des groupes de travail, ou encore par l'intermédiaire de votre action en CRUQPC pour celles et ceux qui y siègent.

Ce guide pointe les moments, les lieux où il est possible pour le RU d'intervenir. Certaines propositions d'intervention peuvent être redondantes les unes avec les autres : il ne s'agit pas de vous demander d'y répondre à toutes de façon systématique et exhaustive, mais de vous donner les pistes les plus diversifiées pour vous permettre d'exercer votre mission. Nous espérons qu'elles vous seront utiles.

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

Sommaire

1. Le RU dans l'établissement

A/ L'HÔPITAL APRÈS LA LOI HPST	6
B/ QU'ATTEND-ON DE MOI ?	8

2. Les problématiques traitées par les RU

A/ LES GRANDES ORIENTATIONS DE L'ÉTABLISSEMENT :

LE CONSEIL DE SURVEILLANCE	11
A-1/ L'objet du conseil de surveillance	11
A-2/ Le fonctionnement du conseil de surveillance	16
A-3/ Le RU au sein du conseil de surveillance	16

B/ PRÉSERVER L'ÉGALITÉ D'ACCÈS AUX SOINS :

LA COMMISSION DE L'ACTIVITÉ LIBÉRALE	17
B-1/ À quoi faire attention en commission de l'activité libérale ?	17
B-2/ Les réunions de la commission de l'activité libérale	20
B-3/ Le rôle du RU	21

C/ LUTTER CONTRE LES INFECTIONS NOSOCOMIALES :

L'ACTION DU RU EN CLIN ET/OU EN CRUQPC	21
C-1/ Le RU et la lutte contre les infections nosocomiales	22
C-2/ Les instances de lutte contre les infections nosocomiales	25
C-3/ Le rôle du RU en CLIN	26

D/ SE NOURRIR À L'HÔPITAL : LE CLAN

D-1/ L'alimentation fait partie du soin	26
D-2/ Le fonctionnement du CLAN	29

E/ LUTTER CONTRE LA DOULEUR : LE CLUD

E-1/ Le RU et la lutte contre la douleur	30
E-2/ La douleur dans la certification	33
E-3/ Le CLUD	33

F/ LE RU, LA GESTION DES RISQUES ET LA SÉCURITÉ DU PATIENT : LE COVIRIS

F-1/ Les thématiques abordées, les problématiques traitées par le RU	34
F-2/ Le COVIRIS	38
F-3/ Le rôle du RU au sein du COVIRIS	39

G/ LE RU DOIT-IL SIÉGER EN COMITÉ D'ÉTHIQUE ?

G-1/ L'éthique : de quoi parle-t-on ?	40
G-2/ Quelques repères, quelques questions à se poser et à poser avant de décider de participer à un comité d'éthique	42
G-3/ Comment suis-je nommé ? Au nom de qui m'exprimer ?	42

Annexe

MIEUX CONNAÎTRE MON ÉTABLISSEMENT : LES DONNÉES-CLÉ

L'essentiel des documents indiqués dans ce guide dans les encarts "Pour aller plus loin" sont disponibles sur le site extranet du CISS <http://extranet.leciss.org> (site à accès réservé aux personnes rattachées à une association faisant partie du CISS).

Coordonnées des CISS régionaux

Le RU dans l'établissement

De quel hôpital parle-t-on dans ce guide ?

Établissements publics, établissements privés, établissements de soins de suite, maternité, certains EHPAD ont des statuts et des modes de fonctionnement très différents. Leur taille, leur organisation, la présence ou non de professionnels « dédiés » aux problématiques spécifiques abordées dans ce guide (chargé des relations avec les usagers, médecin ou infirmier hygiéniste, diététicien ou nutritionniste...), autant de paramètres qui changeront les conditions d'exercice de vos mandats.

Par-delà ces disparités de fonctionnement, nous faisons ici le pari que, du point de vue de l'utilisateur, les établissements ont plus de points communs que de différences. C'est pourquoi nous mettons davantage l'accent sur les sujets abordés par les commissions que sur leur organisation, qui peut différer dans chaque établissement.

RU EN CRUQPC, COMMENT UTILISER CE GUIDE ?

Si vous n'êtes pas intégré à des instances ou à des groupes de travail portant spécifiquement sur la douleur, l'alimentation, la gestion des risques, les infections nosocomiales, votre mandat de RU en CRUQPC vous permet cependant d'intervenir sur les champs d'action de ces instances et groupes de travail (hors des prérogatives du conseil de surveillance et de la commission de l'activité libérale).

- 1/ Reportez-vous, pour chaque commission ou instance traitée dans ce guide, à la présentation des problèmes et des questions abordés par chacune d'elles. Vous pourrez faire valoir le point de vue des usagers à travers votre action en CRUQPC.
- 2/ Rapprochez-vous des professionnels de l'hôpital qui se consacrent aux problématiques soulevées.

A/ L'HÔPITAL APRÈS LA LOI HPST

1. Les pouvoirs publics et les professionnels de santé ont tendance à parler de « qualité et de sécurité des soins », nous opterons, dans ce guide, pour « qualité des soins et sécurité des patients » car il nous semble important de rappeler que derrière un soin il y a un patient et que c'est sa sécurité qui compte et qui doit faire l'objet de toutes les attentions.

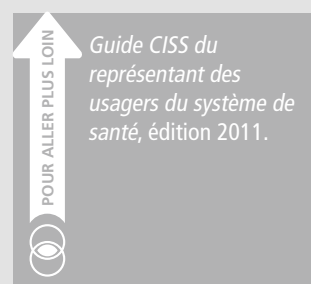
Certaines instances sont obligatoires : conseil de surveillance, CRUQPC, CME... D'autres sont facultatives, notamment depuis l'instauration de la loi HPST qui a tenté de simplifier l'organisation des établissements de santé.

C'est ainsi que différentes instances ou fonctions changent d'intitulé, et voient leurs compétences élargies.

La loi HPST a cherché à réformer la gouvernance des établissements mais également à clarifier les compétences en matière de qualité des soins et

de sécurité des patients¹. Cette réorganisation des instances a modifié aussi le fonctionnement des commissions où siègent les usagers.

Avant la loi HPST	Après la loi HPST	LES COMPÉTENCES ET LEURS ÉVOLUTIONS
Conseil d'administration (CA)	Conseil de surveillance (CS)	Définit les orientations stratégiques de l'établissement : le projet d'établissement Contrôle permanent de la gestion de l'établissement N'intervient plus sur l'organisation interne du fonctionnement de l'établissement (par exemple la création d'un pôle, d'un service ou d'une unité fonctionnelle) Est consulté sur la politique d'amélioration continue de la qualité, de la sécurité des soins et de la gestion des risques ainsi que les conditions d'accueil et de prise en charge des usagers
Directeur, président du conseil exécutif	Directeur, président du directoire	Assure le pilotage de l'établissement par la mise en œuvre de la stratégie définie par le CS Hérite de certaines compétences de gestion du CA Décide, conjointement avec le président de la Commission médicale d'établissement (CME), de la politique d'amélioration continue de la qualité et de la sécurité des soins ainsi que des conditions d'accueil et de prise en charge des usagers
Conseil exécutif	Directoire	Nouvelle instance qui appuie et conseille le directeur dans la gestion et la conduite de l'établissement Approuve le projet médical et prépare le projet d'établissement Constitue un lieu d'échange des points de vue gestionnaires, médicaux et soignants. Veille à la cohérence des projets de pôles entre eux, et à la mise en place des contrats de pôle NB : le vice-président du directoire est le président de la CME
Responsable de pôle	Chef de pôle	Responsable du pôle qu'il supervise : il organise l'activité avec ses équipes et affecte les ressources humaines dont il dispose en conséquence Délégations de signature nouvelles
Chef de service	Responsable de structure interne	



En matière de gouvernance :

Le conseil de surveillance a été instauré par la loi HPST. Il compte 9 ou 15 membres (en fonction de la taille de l'établissement), dont deux au minimum sont des représentants des usagers quelle que soit sa configuration. Il vient remplacer dans les établissements publics de santé le conseil d'administration (22 membres dont 3 RU). La proportion de repré-

sentants des usagers dans cette instance est donc restée stable dans les établissements dont le conseil de surveillance comporte 15 membres (13,6 % avant contre 13,3 % désormais). La voix des usagers pèse plus dans les petits établissements, dont le conseil de surveillance est composé de 9 membres (13,6 % avant contre 22,2 % désormais).

1. Ils sont apparus dans les hôpitaux suite à une circulaire de 1973 ont été rendus obligatoires par le décret n° 88-657 du 6 mai 1988. Ce caractère obligatoire a été supprimé le 12 novembre 2010 par le décret n° 2010-1408. Il faut cependant noter que, même lorsqu'ils étaient obligatoires, la composition des CLIN n'a jamais prévu la présence de représentants des usagers à toutes les réunions de la commission.

2. Circulaire DHOS/E 1 n° 2002-186 du 29 mars 2002 relative à l'alimentation et à la nutrition dans les établissements de santé. Il existe des circulaires sur la douleur mais aucune à notre connaissance sur les comités de lutte contre la douleur.



Cette collaboration s'appuie sur l'article R 6144-2-2 du code de santé publique. Elle passe par des contacts, des travaux communs, la participation des membres de la CME à la CRUQPC, des groupes de travail spécifiques...

En matière de transparence :

La commission de l'activité libérale à l'hôpital est obligatoire dans les établissements publics de santé depuis le décret n° 87-944 du 25 novembre 1987.

Jusqu'à l'adoption de la loi HPST, elle ne comptait pas de représentant des usagers sauf exceptions, depuis elle en compte obligatoirement un.

En matière de qualité des soins et de sécurité des patients :

La loi HPST a pour ambition de clarifier les compétences tout en laissant aux établissements une liberté d'organisation interne qui s'appuie en grande partie sur la conférence médicale d'établissement (CME) en ce qui concerne la qualité et la sécurité. La CME définit donc librement l'organisation interne en la matière. En dehors de la **CRUQPC, qui reste obligatoire et n'est pas en ce sens impactée par la loi HPST**, aucune commission n'est désormais obligatoire.

Avant HPST, la loi prévoyait obligatoirement au moins une sous-commission de la CME en vue de participer par ses avis à la politique qualité et sécurité traitant notamment de thèmes tels que la lutte contre les infections nosocomiales, la prise en charge de la douleur, la lutte contre les infections iatrogènes etc. Depuis la loi HPST, ces thèmes doivent être pris en compte par la CME dans la définition de son programme d'actions en matière de qualité et de sécurité des soins ainsi que d'accueil des usagers. Pour établir ce programme d'actions, notons que la CME doit tenir compte notamment du

rapport annuel de la CRUQPC. Il s'agit donc, pour les représentants en CRUQPC, d'une occasion à saisir pour créer des liens avec les CME... sans exclure d'autres passerelles à établir avec cette instance, toutes les possibilités étant opportunes !

Ainsi, sans disparaître systématiquement, les commissions suivantes ne sont plus prévues par aucun texte législatif ou réglementaire :

- **les comités de lutte contre les infections nosocomiales (CLIN)**¹,
- **les comités de lutte contre la douleur (CLUD)**,
- **les comités de coordination des vigilances et des risques sanitaires (COVIR ou COVIRIS)**,
- **et les comités de liaison alimentation nutrition (CLAN)**. Ces derniers n'ont jamais eu de caractère obligatoire et n'ont donc jamais prévu réglementairement une présence de représentants des usagers en leur sein, même si des circulaires émanant de la direction de l'hospitalisation et de l'organisation des soins (DHOS, depuis devenue la direction générale de l'organisation des soins –DGOS–) le prévoyait².

ZOOM SUR LA COMMISSION MÉDICALE D'ÉTABLISSEMENT

Depuis l'adoption de la loi HPST, la CME est censée être l'acteur incontournable de la qualité et de la sécurité au sein des établissements de santé. Que vous soyez représentant des usagers en conseil de surveillance ou en CRUQPC, il est indispensable de prendre contact avec un ou plusieurs membres de la CME afin de travailler en collaboration si ce n'est déjà le cas. La CRUQPC dispose d'outils législatifs et réglementaires pour faciliter ces contacts puisqu'il est prévu que la CME s'appuie sur le rapport annuel de la CRUQPC et fasse participer les membres de cette dernière à la rédaction de son programme d'actions relatif à la qualité et à la sécurité.

B/ QU'ATTEND-ON DE MOI ?

PARTICIPEZ

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 acteurs. De même, il est fréquent que le premier

étage ne soit pas informé de l'initiative heureuse 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 avez donc, dans les commissions mais aussi dans des groupes de travail ou lors de rencontres avec les professionnels, à porter le point de vue concret des patients. Comment se traduisent pour eux, dans

leur expérience d'utilisateur, les protocoles ? Comment voient-ils l'organisation de l'établissement ? Que veut dire le vécu de la douleur au quotidien ?

La participation des usagers se fonde essentiellement sur cette dimension de témoignage, et non sur des connaissances techniques, concurrentes de celles des professionnels.

En cas d'impossibilité de votre part de vous rendre à une réunion, demandez à votre suppléant de participer.

A minima, faites parvenir à l'établissement vos avis et remarques, à partir de l'ordre du jour que vous aurez reçu.

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

OBSERVEZ

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** : c'est le prisme à travers lequel analyser les situations qui vous sont exposées.

- **Le vécu et l'avis des usagers** : votre approche ne doit être ni technique comme celle d'un spécialiste,

ni exclusivement personnelle comme celle 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 » puisque 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.

DITES, PROPOSEZ

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, la question naïve, profane, permet aux professionnels de clarifier leur discours, et, on espère, leurs décisions et leurs actes. Le patient est une personne quand il est présent, mais il a très vite tendance à n'être qu'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 négatifs apportera beaucoup à votre légitimité, à votre reconnaissance par l'ensemble des acteurs. Interpellez les soignants sur le vécu concret des patients. Stimulez la réflexion et

proposez des choses simples pour améliorer les pratiques. Au mieux des solutions, au moins des pistes de réflexion pour réveiller l'intérêt des professionnels sur des questions qui leur sont peut-être moins évidentes en raison 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... qui doit rester au centre de toutes les priorités.

Souvent le changement prend 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 maintenir une certaine attention sur les acteurs pour qu'ils modifient leurs pratiques et les améliorent.

TRAVAILLEZ AVEC LES SPÉCIALISTES

La présence de professionnels dédiés aux problématiques abordées (infections nosocomiales, douleur, alimentation/nutrition...) peut vous aider à travailler.

D'une part, ils peuvent vous informer sur les questions que vous avez à traiter.

On connaît peu de gens qui n'aiment pas expliquer en quoi consiste leur métier : n'hésitez pas à aller voir le gestionnaire de risques, à rencontrer l'équipe douleur ou le responsable de la cuisine, dans un premier temps pour faire connaissance et mieux appréhender leur métier.

Vous pourrez sans doute mettre en place une coopération fructueuse : le RU est souvent un appui et un relais précieux pour inciter à l'intérêt autour d'une question. Montrez-leur que vous pouvez être un allié utile. Ils cherchent, comme vous, à ce que l'hôpital se saisisse de ces questions et en débatten collectivement.

EN PRATIQUE

POUR ALLER PLUS LOIN



Des associations mènent parfois des actions spécifiques dans les services (visites aux malades, tenue de permanences, participation aux programmes d'éducation thérapeutique du patient, animations...). N'hésitez pas à vous rapprocher d'elles et à les associer à vos réflexions.

EN PRATIQUE

EN PRATIQUE

POUR ALLER PLUS LOIN



Quand une question vous semble délicate, prenez l'habitude de vous rapprocher d'associations de patients plus spécialisées (le LIEN sur la sécurité des soins, les associations défendant une pathologie particulière quand un service est concerné, des RU d'autres établissements, votre CISS régional...).

POUR ALLER PLUS LOIN



- *Guide du représentant des usagers en CRUQPC, CISS, édition 2011.*
- *Guide ANAP, ministère de la Santé, La loi HPST à l'hôpital, les clés pour comprendre.*
- *Guide FHF édition 2011, L'hôpital expliqué son organisation, son fonctionnement.*

Certaines décisions se joueront en dehors de votre commission : l'essentiel est qu'un dialogue ait lieu entre usagers et professionnels. Votre mission est aussi de garantir que des moments d'échanges existent et soient favorisés. Échanges entre le professionnel et le soigné au quotidien, échanges entre les associations et les soignants, échanges entre les responsables de l'établissement et vous-même.

Et si je n'ai rien à dire ?

Pour des points aussi techniques que la validation des protocoles d'utilisation d'un dispositif médical, vous n'avez pas toujours quelque chose à apporter ! Vous avez le droit de dire que vous n'avez pas de compétence particulière dans le domaine.

EXPLOITEZ LES PLAINTES ET RÉCLAMATIONS QUI PARVIENNENT À LA CRUQPC

En vous référant à l'analyse des plaintes et réclamations faite en CRUQPC, 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'usager... afin de passer de l'analyse théorique, à l'examen pratique.

Faites connaître ces sujets de plainte aux professionnels, dans le respect du secret bien entendu. Bien souvent, elles contiennent des suggestions de bon sens, oubliées car trop évidentes. Combien de plaintes mentionnent, même si ce n'est pas leur objet principal, la mauvaise qualité des repas ou la mauvaise prise en charge de la douleur ? 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.

12 POINTS-CLÉ POUR CONSTRUIRE VOTRE PARTICIPATION

- **Participez** aux réunions, aux décisions.
- **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.
- **Prenez 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, au CISS.
- **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 de ce qui est discuté dans les 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.



Les problématiques traitées par les RU

A/ LES GRANDES ORIENTATIONS DE L'ÉTABLISSEMENT : LE CONSEIL DE SURVEILLANCE

Le conseil de surveillance a une compétence générale sur la stratégie **de l'établissement public de santé**, et le contrôle de sa gestion ; il décide du projet d'établissement, approuve son compte financier et l'affectation de ses ressources. Il est consulté sur la politique qualité – gestion des risques, et les conditions d'accueil et de prise en charge des usagers.

Le rôle du RU en conseil de surveillance de l'établissement est de le pousser à se recentrer autour de sa mission centrale : l'accueil de l'utilisateur, sa prise en charge et la dispensation de soins de qualité,

dans le souci de la sécurité et le respect des droits et besoins des usagers. Sa présence doit favoriser la prise en compte du point de vue de l'utilisateur dans la politique générale de l'établissement. Vaste défi !

Ce conseil est hélas encore souvent très protocolaire. Le RU peut pourtant y obtenir des informations précieuses, créer des débats et des échanges autour de la prise en charge. Il doit rester vigilant à ce que le conseil de surveillance ne soit pas une simple chambre d'enregistrement. Il compte deux RU désignés par le préfet de département.

A-1/ L'objet du conseil de surveillance

A1-a/ STRATÉGIE DE L'HÔPITAL

Le projet d'établissement

La stratégie de l'établissement est formalisée dans le projet d'établissement, sur lequel le conseil de surveillance donne son avis. Son élaboration est prévue dans les établissements publics de santé par l'article L6143-2 du CSP, et dans les établissements de santé privés d'intérêt collectif par l'article D6161-4 du CSP.

Il planifie, à moyen terme (5 ans), les objectifs que poursuit l'établissement et les moyens d'hospitalisation, de personnel et d'équipement qu'il met en œuvre. C'est donc un texte de référence, sur lequel vous pourrez vous appuyer pour exercer la mission de contrôle qui vous est confiée.

- **Veillez à ce qu'il soit élaboré de manière transversale, en lien avec tous les acteurs de l'hôpital. On ne peut pas imaginer que ses différents volets soient juxtaposés les uns aux autres, sans liens. On a vu trop de projets d'établissement dont le volet « usagers » est rédigé par le chargé des relations avec les usagers, le projet médical par la CME, le projet de soins infirmiers par la Commission des Soins Infirmiers, Rééducation et Médico-Technique (CSIRMT) sans qu'ils communiquent entre eux lors de son élaboration, et les mettent en perspective.**
- **L'idéal est de pouvoir participer pleinement à son élaboration via les différents groupes de travail qui peuvent être mis en place dans l'établissement, selon la méthode choisie.**
- **Demandez à être, a minima, consulté lors des différentes phases de son élaboration ; lors de cette consultation, proposez quelques points précis qui vous semblent prioritaires. Pour les déterminer, coordonnez-vous avec les RU des autres instances, en particulier les RU en CRUQPC. Ils devraient être eux aussi consultés par la Commission médicale d'établissement, en particulier sur les aspects qualité et sécurité du patient.**



EN PRATIQUE

QU'EST-CE QU'UN BON PROJET D'ÉTABLISSEMENT ?

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 et de soins

les plus adaptés à ses usagers, au plus juste coût.

On peut tout de même remarquer que si le parcours de soins du patient en est le fil conducteur, s'il est centré sur le soin plus que sur les structures, il a plus de chance d'être efficace.

Quelques critères pour évaluer un projet d'établissement :

- Il est conçu dans une logique de coopération
- Il n'est ni trop général, ni trop particulier
- Il est ambitieux mais faisable
- Il s'appuie sur l'existant
- Il affiche des objectifs précis, chiffrés, échelonnés dans le temps
- Il attribue aux objectifs des moyens cohérents
- Il prend en compte les réseaux de santé et les actions de coopération.

SES PRINCIPAUX VOLETS

- Le volet usagers / prise en charge des patients

Votre rôle est de faire que ce volet ne soit pas seulement une volonté individuelle, liée aux personnes, mais une priorité portée par l'ensemble de l'établissement.

Faites adopter comme principe la participation des usagers et leur consultation régulière sur les sujets qui les touchent, que ce soit via leurs représentants ou directement : sollicitation des RU sur les groupes de travail qualité, sollicitation des bénévoles partenaires de la maison des usagers... Vous pourrez alors opposer ce principe s'il n'est pas mis en œuvre.

Vérifiez qu'il ne se réduit pas à un simple plan de communication de l'hôpital vers le grand public.

Vérifiez qu'il contient une partie consacrée à l'accès aux soins, en particulier à des tarifs opposables (permanences d'accès aux soins, action de la commission d'activité libérale...).

Vérifiez que le volet « usagers » du projet d'établissement est bien articulé avec les autres volets du projet d'établissement que sont le projet médical et de soins et le projet de soins infirmiers, de rééducation et médico-technique : il doit les traverser de part en part et ne pas être juxtaposé à eux.

EN PRATIQUE

COMMENT QUESTIONNER L'ÉTABLISSEMENT

Le RU en conseil de surveillance doit questionner les professionnels pour veiller qu'une affirmation a quelques chances d'être traduite dans la réalité. En voici un exemple, portant sur la participation des usagers.

Si la participation des usagers est une priorité affirmée dans le projet d'établissement :

- Quels dispositifs sont ou seront mis en place d'ici à 5 ans ? (maison des usagers, dispositifs de recueil de la parole des usagers, présence des RU dans des sous-commissions de la CME...)
- Quels projets vont-ils être 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 de le juger ? Sur quels indicateurs pourrions-nous appuyer pour vérifier sa mise en œuvre ?

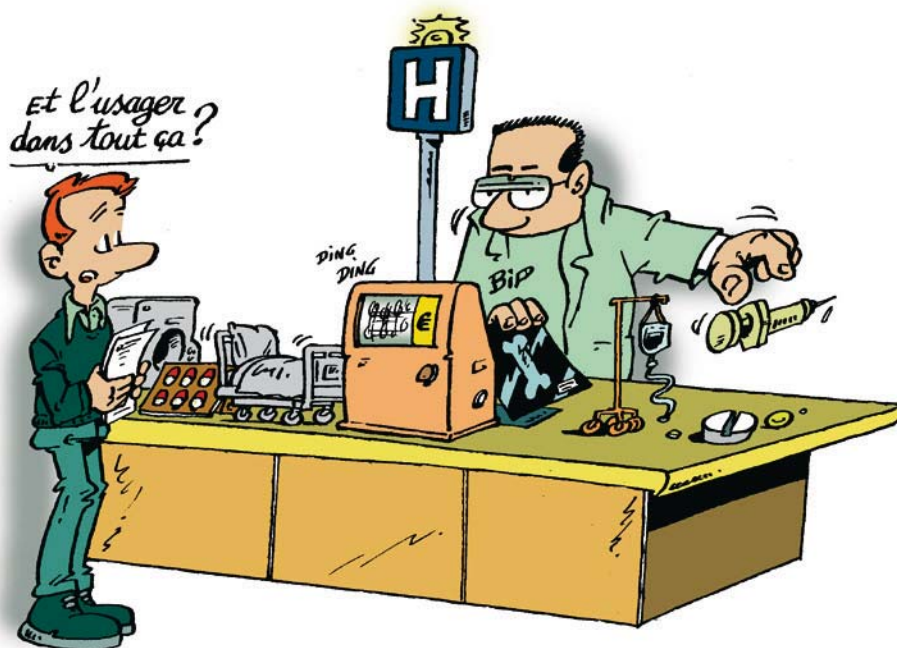
- Le projet médical : les objectifs médicaux, le contenu de l'offre de soins

Il est élaboré par le président de la commission médicale d'établissement et le directeur. Il doit être conforme au contrat pluriannuel d'objectifs et de moyens signé avec l'ARS. La CME émet un avis sur le texte, approuvé ensuite par le directoire, avant de faire l'objet de délibérations en conseil de surveillance.

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

POUR ALLER PLUS LOIN

Guide *Usagers du système de santé : connaissez et faites valoir vos droits !*, CISS, 2010.



- Le volet qualité sécurité du projet

Il est en général intégré au projet médical, puisque la loi dispose qu'il relève de la CME. Vous devez véri-

fier qu'il s'appuie dans son élaboration en particulier sur l'action et les recommandations de la CRUQPC.



Attention, la qualité ne consiste pas seulement en la démarche de certification, mais aussi dans un aspect qualitatif plus difficilement enfermable dans une série d'indicateurs, que le RU doit revendiquer : on ne quantifie pas la disponibilité des soignants uniquement à travers le temps dont ils disposent par malade en moyenne ! Et si le nombre de réunions consacrées à l'éthique servira sans doute aux experts-visiteurs, il ne vous servira pas à établir qu'un questionnement de qualité a bien lieu dans les services.

Mettez en œuvre, pour chaque thème, le questionnaire abordé ci-dessous. Si la sécurité des soins en réanimation est une priorité, comment cela se traduit-il :

- dans l'organigramme ? Une instance dédiée est-elle prévue ? La participation d'un cadre de la réanimation est-elle prévue ? On voit mal un établissement faisant de la sécurité une de ses priorités ne pas se doter d'un COVIRIS, ou d'un COVIRIS « informel », associant étroitement les personnels des services les plus concernés.
- dans l'organisation de l'établissement (réunions, coordination des acteurs...) ?
- dans le budget : quels sont les moyens alloués ?
- dans l'activité : des plans d'actions sont-ils déjà envisagés ? Des projets particuliers définis ? Des protocoles existent-ils déjà ?
- quels sont les indicateurs de suivi prévus par l'établissement ?

Rencontrez le RU de la CRUQPC et listez avec lui les points principaux d'amélioration possibles de l'action de l'établissement qu'il a pu constater sur 3 ans : alertes formulées, signalements récurrents, recommandations. Puis vérifiez qu'ils sont bien repris dans le document produit par la CME.

POUR ALLER PLUS LOIN

- Annexe III de la CIRCULAIRE N°DGOS/PF2/2011/416 du 18 novembre 2011 en vue de l'application du décret 2010-1408 du 12 novembre 2010 relatif à la lutte contre les événements indésirables associés aux soins dans les établissements de santé. Elle détaille le programme d'actions pour l'amélioration continue de la qualité et de la sécurité des soins.

- Plus d'éléments sur les aspects « sécurité du patient » page 33 de ce guide (référence page COVIRIS).

EN PRATIQUE

POUR ALLER PLUS LOIN

Vérifiez que les orientations en matière de qualité et de sécurité sont évaluables : demandez quels indicateurs l'établissement est prêt à fournir pour montrer que ces orientations sont effectivement mises en œuvre. Attention, ces indicateurs doivent être simples et fiables !

EN PRATIQUE


EN PRATIQUE
UN PROJET INSCRIT DANS L'OFFRE DE SOINS TERRITORIALE

Désormais, l'hôpital s'inscrit dans une offre de soins territoriale et doit prendre sa place dans les filières de soins, en relation avec les autres offreurs de soins et acteurs de santé.

Le projet d'établissement doit être en adéquation avec les besoins de la population du territoire :

selon son âge, les types de pathologie les plus fréquentes, le type de prise en charge le plus adapté à la population.

Son offre de soins, via le projet régional de santé, doit être cohérente et articulée avec l'offre déjà existante : autres établissements, offre ambulatoire, équipements déjà existants...

Interrogez les RU en Conférence de territoire et CRSA pour connaître les positions qu'ils ont pu défendre lors de l'adoption du projet régional de santé et notamment dans son schéma d'organisation des soins, sans vous interdire de sortir des priorités régionales si cela vous semble opportun.

L'OUVERTURE DE L'HÔPITAL SUR SON TERRITOIRE ET LES COOPÉRATIONS

Le code de la santé publique dispose que les établissements 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, dans le cadre défini par l'agence régionale de santé en concertation avec les conseils généraux pour les compétences qui les concernent (art. L 6111-1 CSP).

La loi HPST cherche à favoriser une double intégration de l'hôpital : dans le parcours de vie et de soins de l'utilisateur, mais aussi au sein de l'offre sanitaire et médico-sociale du territoire.

Cette ouverture doit apparaître dans le projet d'établissement. Voici quelques questions que vous pouvez soulever en conseil de surveillance :

- Comment l'hôpital s'intègre parmi l'offre de soins sur le territoire ?

Quelles sont les relations tissées avec les professionnels de santé intervenant en ambulatoire ? Ces relations sont-elles à double sens, ou au contraire partent-elles toutes de l'hôpital ? Comment s'organisent les relations avec les maisons de santé, les centres de soins, les réseaux de santé, les collectivités territoriales ? Comment seront développées l'hospitalisation et la chirurgie ambulatoires ? Comment l'établissement compte-t-il travailler sur le retour au domicile après hospitalisation ?

- Comment l'établissement compte-t-il s'ouvrir sur la ville ?

Comment échanger de manière sûre et dans le respect des droits des usagers les données de santé avec les autres professionnels extérieurs à l'hôpital ?

A1-b/ CONTRÔLE
Le rapport annuel de l'établissement

Il est présenté chaque année par le directeur au conseil de surveillance. Faites-en une lecture attentive, à la lumière des orientations énoncées dans

le projet d'établissement : comment ont-elles été mises en œuvre ? comment explique-t-on les écarts entre ce qui a été prévu et ce qui a été réalisé ?

QUELQUES POINTS IMPORTANTS DU RAPPORT D'ACTIVITÉ POUR LES USAGERS :
→ Sur les modes d'hospitalisation :

- Quels sont les durées moyennes de séjours et les taux de ré-hospitalisation ?
- Quelle appréciation peut-on porter sur la qualité des soins et son amélioration ?
- Les résultats des contrôles de sécurité : à quoi sont-ils liés ? s'améliorent-ils ? pour quelles raisons ?

→ Sur les consultations :

- Les temps d'attente pour obtenir un rendez-vous...
- La répartition des temps d'activité public/privé

→ Sur les restructurations :

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

Les comptes de l'hôpital : quelques brefs repères

Certains RU ont, grâce à leur expérience passée, de solides connaissances en comptabilité et en gestion. D'autres sont perdus dans ces multitudes de chiffres qui constituent le budget de l'hôpital.

Voici quelques grands repères, sachant qu'une formation de plusieurs jours ne suffirait pas à en comprendre toutes les subtilités !

Osez dire que vous n'êtes pas compétents et que ces aspects ne sont pas votre priorité : il y a des spécialistes de l'administratif et du financier (élus locaux ou RU expérimentés en gestion) mieux placés que vous pour aborder le sujet et défendre l'intérêt des usagers en matière de gestion !

TRÈS SCHÉMATIQUEMENT, RETENEZ QUE CHAQUE ANNÉE :

1/ Le budget de l'établissement fait l'objet d'une prévision : activité, recettes, dépenses, investissement, financement. C'est l'état prévisionnel des recettes et des dépenses, l'EPRD.

2/ Le budget est exécuté : on enregistre dans sa comptabilité toutes ses recettes (produits) et toutes ses dépenses (charges). Cet enregistrement vous est régulièrement présenté en conseil de surveillance.

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

4/ Le compte de résultat présente les dépenses et les recettes. Mais cette activité a des incidences sur les finances de l'établissement : sa trésorerie, ses placements financiers, la valeur de son terrain et de ses équipements sont à prendre en compte pour mesurer sa capacité à investir à l'avenir dans des locaux, du matériel, des projets... : c'est sa capacité d'auto-financement. La situation de l'établissement est donc décrite dans un tableau de financement.

FAIRE PARLER LES CHIFFRES

Les contrats pluri-annuels d'objectifs et de moyens, signés par l'établissement et l'ARS sont très serrés en matière de moyens alloués aux établissements. Vous aurez peut-être la tâche délicate de signaler à l'établissement que les questions soulevées ne sont pas forcément qu'une question de moyens, mais aussi d'organisation du travail et de modification des manières de faire.

Attention à certains discours trop larmoyants, qui stérilisent l'imagination. Loin de nous de penser

que ce 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.

Pour cela, questionnez l'établissement : s'il se félicite d'une amélioration de ses comptes, allez plus loin : comment fait-on mieux ? Comment a-t-on gagné en efficacité ?

Et si le discours de l'établissement est catastrophiste, après avoir vérifié que les difficultés sont bien cernées, proposez de faire une alerte à l'ARS.

Il est fréquent que l'on annonce des réductions budgétaires pour l'hôpital. Posez des questions à l'établissement sur la manière dont il impute cette réduction, ce que ça va impacter.

Si la réduction budgétaire concerne un pôle en particulier :

- Que va-t-on supprimer ? Des dépenses de personnel ? Des lits ?

Des consommables ?

- 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 ?

Le RU poussera l'établissement à clarifier ses choix, approfondir les paramètres de sa décision, faire une étude de l'impact de ses choix sur la prise en charge

des usagers. Il amène une discussion et une prise en compte des aspects de la situation sans s'arrêter à une dimension comptable et financière.

EN PRATIQUE

POUR ALLER PLUS LOIN

- Guide CISS du représentant des usagers du système de santé, édition 2011, à partir de la page 171 figurent des informations sur les modes de financement de l'établissement.
- Prenez rendez-vous avec le directeur financier de l'hôpital. Il saura vous éclairer utilement.

EN PRATIQUE

A-2/ Le fonctionnement du conseil de surveillance

LES POINTS LES PLUS UTILES À CONNAÎTRE.

Les RU sont nommés pour cinq ans par arrêté pris par le directeur de l'agence régionale de santé sur désignation du préfet de département.

Attention : vous êtes tenu à une obligation de discrétion à l'égard des informations présentant un caractère confidentiel.

La loi dispose que « tout membre qui, sans motif légitime, s'abstient pendant un an d'assister aux séances du conseil de surveillance est réputé démissionnaire. »

RU, OU PERSONNALITÉ QUALIFIÉE ?

Les RU sont membres du collège « personnalités qualifiées » du conseil de surveillance. Ils sont au nombre de deux. Mais certains d'entre eux ont perdu ce mandat de représentant des usagers, et siègent au conseil de surveillance en tant que personnalité qualifiée. En effet, la loi HPST, en transformant les conseils d'administration des établissements publics de santé en conseils de surveillance a fait passer de 3 à 2 le nombre de RU.

Aussi, au moment de désigner les représentants des usagers, lorsqu'il y avait précédemment trois RU, afin de les conserver tous les trois, certains établissements ont décidé d'en nommer deux en tant que RU et le troisième en tant que personnalité qualifiée. Une personnalité qualifiée est désignée en fonction de sa qualité c'est-à-dire de son parcours, de ses compétences ou encore de ses connaissances dont on estime qu'elles seraient utiles à l'instance.

Le conseil de surveillance se réunit sur convocation de son président ou à la demande du tiers de ses membres. Vous pouvez atteindre relativement facilement ce quorum d'un tiers des membres, particulièrement dans les conseils de surveillance des petits établissements de 9 membres.

Il se réunit au moins quatre fois par an. L'ordre du jour est arrêté par le président. Il doit vous parvenir au moins sept jours à l'avance.

EN PRATIQUE

L'ordre du jour est souvent très dense : préparez-le en participant aux commissions et en entretenant régulièrement des relations avec le directeur pour vous tenir informé des projets et de l'activité de l'hôpital.

Le vote doit se faire à bulletin secret si l'un des membres présents en fait la demande. Si vous pensez que certains membres n'osent pas vous suivre ouvertement, n'hésitez pas à le demander.

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.

Le compte rendu de séance doit vous être envoyé dans les quinze jours suivant chaque réunion.

Faites-vous rembourser vos frais de déplacement (article R. 6143-7 du Code de la Santé publique).

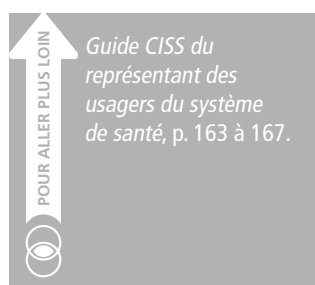
EN PRATIQUE

Dans les conseils de surveillance, les RU (au nombre de 2 ou 3), la personnalité qualifiée ainsi que les élus locaux peuvent former une alliance pour défendre les intérêts des usagers.

A-3/ Le RU au sein du conseil de surveillance

On le voit, ce mandat 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 ! Observez, prenez des informations, mais en aucun cas ne servez de caution en votant des décisions qui ne vous semblent pas claires.



VOTRE RÔLE EST DE VOUS ASSURER :

- Que le conseil de surveillance suit régulièrement et efficacement les orientations et les indicateurs du programme d'amélioration de la qualité et de la sécurité.
- Que les moyens de l'établissement sont prioritairement consacrés à l'utilisateur, à travers sa prise en charge et les besoins des usagers du territoire.
- Que l'établissement respecte les règles de bonne gestion à court et à long termes : son budget est équilibré, et il prévoit des investissements.
- Que les investissements sont cohérents avec le projet d'établissement.

Organisez un réel débat sur le rapport de la CRUQPC, vérifiez qu'un temps conséquent lui est donné en conseil de surveillance (utilisez pour cela l'ordre du jour). Demandez à ce que les RU en CRUQPC soient associés à cette présentation et au débat.



B/ PRÉSERVER L'ÉGALITÉ D'ACCÈS AUX SOINS : LA COMMISSION DE L'ACTIVITÉ LIBÉRALE

Les praticiens statutaires exerçant à temps plein sont 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**. Ils doivent à cet effet conclure un contrat d'activité libérale, le bon déroulement de cette activité étant soumis au contrôle d'une commission d'activité libérale. Votre rôle, au

sein de la commission de l'activité libérale, est de veiller au respect de la loi et des contrats d'activité libérale conclus entre les praticiens et l'Établissement Public de Santé.

La commission de l'activité libérale a été créée en 1987 mais la présence obligatoire de RU en son sein est récente, puisque c'est la loi HPST qui l'a imposée en 2009.

B-1/ À quoi faire attention en commission de l'activité libérale ?

B1-a/ LES CONTRATS DE L'ACTIVITÉ LIBÉRALE ET LEUR MISE EN ŒUVRE

Le contrat, qui décrit les modalités d'exercice de l'activité libérale, est signé par le praticien et l'établissement. Le Conseil de surveillance et la CME émettent un avis sur ce contrat, qui est ensuite approuvé par le directeur général de l'ARS.

Si vous avez connaissance d'un signalement concernant l'activité libérale d'un praticien, référez-vous au contrat. La commission de l'activité libérale doit veiller à ce que les obligations prévues au contrat soient bien remplies. Dans le cas contraire, la commission

peut demander à ce que le praticien soit rappelé à l'ordre et sanctionné le cas échéant.

Le praticien doit déclarer à l'établissement son activité : la durée, les consultations et actes réalisés. Parallèlement, tous les 6 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.

LES CONDITIONS LÉGALES	COMMENT LES VÉRIFIER ?
Les praticiens exercent personnellement et à titre principal une activité de même nature dans le secteur public hospitalier.	Le praticien est bien salarié de l'établissement à temps plein, et exerce effectivement son activité.
La durée de l'activité libérale n'excède pas 20 % de la durée du service hospitalier hebdomadaire à laquelle sont astreints les praticiens.	La durée de l'activité en libéral ne peut excéder soit une demi-journée, soit une journée par semaine. Dans les faits, peu d'établissements font parvenir aux commissions d'activité libérale des détails sur les heures hebdomadaires accomplies par les praticiens.
Le nombre de consultations et d'actes effectués au titre de l'activité libérale est inférieur au nombre de ceux effectués personnellement au titre de l'activité publique.	La commission de l'activité libérale doit avoir à sa disposition un tableau à double entrée : une colonne mentionnant la déclaration faite par le médecin, et une autre comprenant les données transmises par la CPAM. Exploitez ce tableau en relevant les écarts pour vérifier que le médecin déclare correctement son activité. À cette fin, soyez vigilant sur les points mentionnés dans l'encadré ci-après.

La loi prévoit un contrat-type. 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...)

EXPLOITEZ LE TABLEAU À DOUBLE ENTRÉE POUR COMPARER LES DÉCLARATIONS DU MÉDECIN AVEC LES DONNÉES DE LA CPAM

- **Secteur d'activité** : le médecin est-il conventionné secteur 1, ou secteur 2 (honoraires libres) ?
- **Temps d'activité autorisé** : 20 % de la durée hebdomadaire du travail du praticien.
- **Nombre d'actes effectués en libéral et le nombre d'actes effectués en secteur public** : le nombre de consultations et le volume d'actes effectués au titre de l'activité libérale doivent être inférieurs au nombre de consultations et au volume d'actes effectués au titre de l'activité publique. L'établissement doit donc vous fournir le ratio qui permet de vérifier la répartition de l'activité du praticien entre la part libérale et le public.
- **Somme représentée par 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 y consacre. Le rapport entre le volume d'activité et les montants perçus vous donnera une idée des dépassements d'honoraires pratiqués.
- **Les honoraires perçus déclarés à l'hôpital et les honoraires perçus déclarés à la CPAM** : s'il y a un décalage entre les deux sommes, demandez une justification : est-il dû aux délais de facturation ? À la facturation de dépassements d'honoraires ?
- **Redevance de l'année** : c'est la somme versée par le praticien en compensation de l'utilisation des moyens de l'hôpital. Son % dépend de l'activité réalisée (elle est par exemple de 15 % pour les consultations, mais de 60 % pour la radiologie). Vous pouvez la comparer avec le montant de la redevance versée pour l'année précédente : sa variation doit suivre celle de l'activité. Le RU en conseil de surveillance pourra, si besoin, vérifier qu'elle a bien été réglée à l'établissement en regardant le bilan de l'hôpital.
- **Variation, sur les 2 dernières années, de l'activité libérale et l'activité publique** : l'activité libérale augmente-t-elle sur les deux dernières années ? Plus ou moins que l'activité publique ?

Tous les écarts constatés doivent vous être expliqués durant la réunion. La commission peut demander au praticien tout complément d'informations utiles 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 utile à l'examen de sa situation.

B1-b/ VEILLEZ AU RESPECT DES DROITS DES USAGERS !

DES HONORAIRES FIXÉS « AVEC TACT ET MESURE »

C'est une appréciation subjective mais votre rôle consiste à relever les éventuels abus. Si vous avez connaissance d'une facturation excessive, informez :

- le Conseil de l'ordre des médecins territorialement compétent;

- la Caisse Primaire d'Assurance maladie qui pourra décider, le cas échéant, d'une pénalité financière à l'encontre du praticien (article L.162-1-14-1 du code de la sécurité sociale).

LE DROIT DE CHOISIR

En cas d'hospitalisation, si le patient souhaite être traité en secteur libéral, il (ou son représentant légal) doit formuler cette option par écrit, dès son entrée, après avoir pris connaissance des conditions particulières qu'implique son choix. 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 également calculés et valorisés selon les mêmes modalités, le praticien encaissant ses honoraires en sus.



Attention, 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 (article R.1112-23 du CSP).

LA CONTINUITÉ DES SOINS

Le contrat d'activité libérale type stipule que « M. ___ s'entend avec ses confrères hospitaliers pour qu'en cas d'absence la continuité des soins soit assurée. » Vous pouvez demander à savoir si cette continuité des soins est effective.

Comment les remplacements éventuels sont-ils assurés ? Que se passe-t-il si des retards s'accumulent en secteur public ?

Les patients suivis par un médecin en activité libérale doivent-ils attendre qu'il soit présent dans

l'établissement s'ils ont un problème, une question ou bien l'interne de garde leur répond-il ?

Quelle est l'incidence de la pratique libérale sur le fonctionnement du service public hospitalier ? En d'autres termes, l'occupation de locaux, l'utilisation d'équipements lourds d'examen tels que les scanners, où les délais d'attente peuvent être importants, ne gêne-t-elle pas le fonctionnement normal du service public ? Vous devez donc en débattre au sein de la commission, comme au sein du conseil de surveillance.

L'ÉGALITÉ DE TRAITEMENT

Veillez à ce que les temps d'attente du patient pour accéder aux soins ne soient pas disproportionnés selon que le rendez-vous est pris dans le cadre de l'activité libérale ou dans l'activité hospitalière.

Demandez à connaître les délais de prise de rendez-vous en consultation et en hospitalisation suite à un premier rendez-vous selon que l'on passe par le service public, ou par l'activité libérale. Si un écart est trop important, demandez des explications et contactez votre CISS régional.

Si les plannings des blocs opératoires sont désorganisés, qui passera au bon moment, à la bonne heure ? L'activité libérale ne doit pas être une filière privilégiée entraînant une inégalité de traitement. Vous pourrez par exemple vous en rendre compte dans le cadre d'une réclamation adressée à la CRUQPC pour un changement de date d'opération. Si vous avez un doute, vous pouvez tenter de vous en rendre compte par vous-même en sollicitant un rendez-vous dans le cadre de l'activité publique puis privée du même médecin (et en prenant soin d'annuler ensuite les rendez-vous !).

LE DROIT À L'INFORMATION

Soyez vigilant concernant l'information du patient. Elle doit être claire et compréhensible !

Les dépassements d'honoraires sont autorisés si les praticiens sont conventionnés en secteur 2. Les usagers doivent donc disposer d'une information précise, notamment sur les tarifs, avant de s'orienter vers l'activité libérale.

- **Affichage, de façon visible et lisible** (dans la salle d'attente ou à défaut dans le lieu d'exercice), des tarifs des honoraires pratiqués, dépassements éventuels compris.

- **Information écrite préalable du patient** sur le tarif des actes effectués dès lors que le montant de chacun d'eux est égal ou supérieur à 70 euros.

L'information doit détailler le montant du dépassement éventuel et les conditions de remboursement par l'Assurance maladie. Cette information doit également être fournie lorsque des actes hors nomenclature sont réalisés.

- **Aux BÉNÉFICIAIRES DE LA CMUc**, les médecins ne peuvent pas facturer de dépassements d'honoraires. Les praticiens qui méconnaîtraient cette interdiction s'exposeraient 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.

POUR ALLER PLUS LOIN

Ces obligations sont prévues notamment à l'article L.1111-3 du Code de la Santé publique.





POUR ALLER PLUS LOIN

La commission nationale de l'activité libérale, placée auprès du ministre chargé de la santé, est obligatoirement saisie, avant tout recours contentieux, par les praticiens dont le contrat d'activité libérale a été suspendu ou retiré par le directeur général de l'ARS. De fait elle est très peu saisie, ce qui nous interroge...

EN PRATIQUE

B-2/ Les réunions de la commission de l'activité libérale

La commission de l'activité libérale doit vérifier que l'activité libérale ne nuit pas à l'exercice du service public :

- Les modalités de l'activité libérale respectent-elles les exigences légales ?
- Les redevances dues à l'hôpital sont-elles bien versées ?

- Le patient est-il bien informé des conditions d'exercice de l'activité libérale et notamment des tarifs pratiqués ?

Elle doit se réunir au moins une fois par an.

Attention à ce que le président de la commission n'ait pas lui-même une activité libérale au sein de l'établissement. Il y a là à notre sens un conflit d'intérêts majeur. Lorsque les débats en commission portent sur l'activité libérale d'un de ses membres, celui-ci doit impérativement s'abstenir ou quitter la réunion au nom du principe selon lequel on ne peut pas être juge et partie. C'est d'ailleurs ce que prévoit l'article D6154-15 du code de la santé publique.

B2-a/ LE RAPPORT ANNUEL DE LA COMMISSION

La commission établit chaque année un rapport sur l'ensemble des 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 L. 6154-5.

Le rapport est en outre communiqué, pour information, à la commission médicale d'établissement, au conseil de surveillance, au directeur de l'agence régionale de santé et au préfet.

EN PRATIQUE

Vérifiez que le rapport contient bien deux parties :

- 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.

B2-b/ LES LIENS AVEC LES AUTRES REPRÉSENTATIONS

LE CONSEIL DE SURVEILLANCE

Il doit être destinataire du rapport de la commission. Vous pouvez librement contacter le RU qui y siège si vous estimez que des abus sont pratiqués afin que ces points soient portés à l'ordre du jour du conseil de surveillance. Il pourra également, le cas échéant, s'opposer au renouvellement du contrat d'activité libérale d'un praticien dont les excès seraient avérés.

LA CPAM

Dans chaque CPAM, siègent des RU qui peuvent également agir à leur niveau pour signaler les déviances 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.

POUR ALLER PLUS LOIN



Les coordonnées des représentants en CPAM sont consultables dans l'annuaire des RU du CISS (accessible aux personnes rattachées à une association membre du CISS, www.leciiss.org/lan).

B-3/ Le rôle du RU

La présence du RU au sein de la commission de l'activité libérale n'est pas uniquement symbolique : son rôle est d'exercer une mission de contrôle, mais aussi de vigilance quant aux dépassements d'honoraires, aux délais de rendez-vous et à l'incidence que peut avoir l'activité privée d'un médecin sur le fonctionnement du service public hospitalier.

La commission d'activité libérale existe, au sein des Établissement Public de Santé, depuis plus de 20 ans. Vous prenez donc place dans une instance

qui a pris l'habitude de fonctionner sans vous, dans laquelle le corps médical peut percevoir négativement l'« ingérence » des usagers dans des affaires qui ne les concerneraient pas. Toutefois, la plupart des praticiens hospitaliers, qui pratiquent leur activité libérale en secteur 1 et ont une haute estime de notre système de santé dont le but est d'être accessible à tous, considèrent que c'est à bon droit que les éventuels abus de certains de leurs confrères soient relevés et sanctionnés.

Dès votre désignation pour siéger en tant que RU au sein de la commission de l'activité libérale, présentez-vous et rappelez que votre rôle consiste à défendre l'intérêt des usagers du système de santé et de veiller à ce que l'égalité d'accès aux soins soit respectée dans l'enceinte de l'établissement, quel que soit le mode d'exercice des praticiens y exerçant.

Il faut toujours du temps pour comprendre le fonctionnement d'une instance constituée depuis plus de 20 ans et dont la composition est instituée depuis autant de temps.

Aussi, nous vous conseillons de prendre le vôtre pour observer les « manières » de la commission, les « postures » des uns et des autres et le niveau d'engagement de tous les membres pour véritablement agir contre les irrégularités.

Ce délai passé, n'hésitez pas à aller au contact de chacun des membres pour connaître leurs points de vue et préciser vos objectifs. Souvent, les entretiens informels, permettent de tisser des relations qui peuvent déboucher sur des positionnements communs, utiles à la défense d'intérêts convergents.



EN PRATIQUE

POUR ALLER PLUS LOIN



Consultez la fiche *CISS Pratique* n° 35 sur l'activité libérale à l'hôpital.

C/ LUTTER CONTRE LES INFECTIONS NOSOCOMIALES : L'ACTION DU RU EN CLIN ET/OU EN CRUQPC

QU'EST-CE QU'UNE INFECTION NOSOCOMIALE ?

C'est une infection qui a été contractée dans l'établissement de soins. On la considère comme telle quand elle se déclare 48 heures après le début de l'hospitalisation. De plus, une infection qui se révèle après la sortie de l'hôpital peut aussi être nosocomiale. On considère a priori que toute infection localisée à l'endroit de l'opération, qui se révèle dans les 30 jours suivant une intervention chirurgicale en est une. 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 qu'ils reçoivent par le matériel utilisé, ou par

les autres malades ainsi que par les personnels porteurs de germe mais ne développant pas la maladie.

Les personnes hospitalisées sont plus fragiles, plus vulnérables, et peuvent être infectées par des germes qui ne sont pas dangereux dans des conditions normales. On considère qu'un patient hospitalisé sur 20 développe une infection nosocomiale.

La lutte contre les infections nosocomiales est d'autant plus importante que, contrairement aux autres risques, une infection est transmissible, y compris entre patients et soignants.

EN PRATIQUE

- Attention à ne pas la considérer uniquement comme un volet de la politique de gestion des risques de l'établissement (voir le COVIRIS – p. 33) : la lutte contre les IN est suffisamment importante pour qu'elle soit traitée comme un sujet à part entière.

- La lutte contre les infections nosocomiales est souvent vécue par les équipes comme lourde : elle semble être un puits sans fond et 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 une absence de maladie. Votre présence en CLIN ou votre préoccupation pour le sujet est d'autant plus importante ! Elle donne un poids et un levier au médecin hygiéniste et à son équipe.

Les services les plus exposés aux infections nosocomiales sont les services d'urgences, d'orthopédie et de réanimation. Si vous avez peu de temps à consacrer à cette dimension de votre mandat, concentrez votre attention sur ces services en priorité.

crer à cette dimension de votre mandat, concentrez votre attention sur ces services en priorité.

POUR ALLER PLUS LOIN

Guide pratique *Je suis représentant des usagers pour la lutte contre les infections nosocomiales dans un établissement de santé*, CCLIN Ouest.

C-1/ Le RU et la lutte contre les infections nosocomiales

Si votre établissement ne dispose pas de CLIN, c'est en CRUQPC que vous pouvez agir sur la lutte contre les infections nosocomiales notamment en interrogeant la CME sur les éléments mis en œuvre dans le

programme d'action concernant la politique qualité et sécurité de l'établissement pour lutter contre ces infections.

C1-a/ POUSSER L'ÉTABLISSEMENT À SIGNALER LES INFECTIONS NOSOCOMIALES

La loi impose aux équipes de signaler au CCLIN (Centres de coordination de la lutte contre les infections nosocomiales) et à l'ARS toutes les infections nosocomiales qui figurent sur une liste régulièrement actualisée. Ces informations alimentent aussi l'INVS (institut national de veille sanitaire) et les ARLIN (antennes régionales de lutte contre les infections nosocomiales).

Le signalement externe des infections nosocomiales a pour objectif de détecter rapidement certaines infections rares, graves et/ou épidémiques afin d'en assurer le contrôle.

Les infections hospitalières font l'objet d'un repérage depuis de nombreuses années. Mais il est plus utilisé à des fins statistiques (épidémiologiques) que dans une optique de correction des pratiques et de prévention.

Votre rôle va être de vérifier que ce signalement est bien effectué, mais aussi qu'il est utilisé en interne.

En moyenne, moins d'une déclaration par an et par établissement parvient à l'INVS. Or, on estime que les infections nosocomiales font 700 000 victimes par an, dont 200 000 sont touchées par des germes à déclaration obligatoire.

EN PRATIQUE

- Ne vous focalisez pas sur le nombre d'infections nosocomiales, mais plutôt sur ce qui est fait dans le but d'en limiter le nombre.

- Expliquez aux soignants et aux usagers qu'une progression du nombre des infections nosocomiales ne signifie pas forcément une baisse de la qualité des soins, mais une amélioration du processus de signalement.

C1-b/ LA PUBLICATION DES INDICATEURS

Depuis 2010, les cliniques et les hôpitaux doivent mettre à disposition du public chaque année, une série d'indicateurs de qualité et de sécurité des soins dont un certain nombre concerne les infections nosocomiales. Cela est réglementaire et contraignant.

Cinq indicateurs constituent le tableau de bord

des infections nosocomiales : ils montrent que l'établissement met en œuvre les principales mesures qui permettent de lutter contre ces infections.

1. Le score ICALIN (indice composite des activités de lutte contre les infections nosocomiales) : il permet d'évaluer que l'établissement a mis en place une

organisation pertinente de lutte contre les infections nosocomiales. Il est construit à partir du programme national de lutte contre les infections nosocomiales.

2. ICSHA (indice de consommation de produits hydro-alcooliques). Il indique la consommation des solutions pour le lavage des mains, grand vecteur de contamination.

3. SURVISO (indicateur de réalisation d'une surveillance des infections du site opératoire)

4. ICATB (indice composite de bon usage des antibiotiques). Les établissements sont tenus de par la loi de signer un contrat de bon usage des antibio-

tiques. La tendance française a été de donner, dès qu'il y a un risque d'infection, des antibiotiques aux patients. Or ceux-ci ne sont pas toujours efficaces et, sur prescrits, ils renforcent la résistance d'un certain nombre de germes.

5. Indice SARM (indice de taux de *Staphylococcus aureus* résistant à la méticilline). Le staphylocoque doré, particulièrement dangereux et contagieux, résiste aux antibiotiques. La contamination lors d'opérations n'est pas rare !

6. Un score agrégé, élaboré à partir des résultats de chacun des indicateurs.

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

Ces indicateurs permettent le classement de l'établissement par le ministère de la Santé et la HAS. S'il se voit mal classé (catégorie C), une enquête s'impose de votre part, auprès des équipes opérationnelles d'hygiène. Est-elle présente ? L'organisation mise en place est-elle opérationnelle ? Dispose-t-elle de moyens suffisants ? Travaille-t-elle réellement avec les équipes ? Saisissez la CME pour qu'elle en fasse une priorité du programme d'actions. Vous pouvez aussi saisir le RU qui siège en conseil de surveillance, pour que la politique de

lutte contre les infections nosocomiales soit adoptée comme une priorité.

Vérifiez que les indicateurs sont affichés de manière visible, et que leur présentation est lisible et compréhensible par le grand public. Un travail est en cours sur ce sujet au sein de la Haute Autorité de Santé. Quelles explications sont-elles données aux usagers quant à la signification de ces indicateurs ? N'hésitez pas à participer à un groupe de travail sur le sujet !

Si l'établissement ne respecte pas ses obligations en ne publiant pas ou en publiant partiellement ces indicateurs, vous devez 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.



- Un score ICALIN faible nécessite une modification de l'organisation de l'établissement. Un gros travail d'organisation, qui doit associer toute la direction de l'établissement !

- Vérifiez que des solutions hydro-alcooliques sont bien à disposition, pour les soignants comme pour les visiteurs. Dans l'idéal, on devrait en trouver à l'entrée de chaque chambre, mais aussi dans les salles d'attente et les espaces communs. Vérifiez que l'on rappelle à tous de les utiliser !

- Travaillez avec le pharmacien de l'hôpital, pour déterminer quels sont les services qui surprescrivent les antibiotiques, et pourquoi... ou proposez au responsable qualité / gestion des risques de le faire.

- Rapportez les infections par staphylocoque aux services et aux pôles concernés par l'indicateur.

- Allez plus loin dans l'analyse des indicateurs. Dans les établissements importants, demandez à ce qu'ils soient présentés par service ou par pôle (tout dépend de l'organisation de l'établissement). 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.



C1-c/ LA PROCÉDURE D'INFORMATION DES PATIENTS EN CAS D'INFECTION NOSOCOMIALE

Toute contamination doit faire l'objet d'une information claire auprès du patient. L'établissement a un devoir d'information, ce qui ne veut pas dire que la contamination soit une faute.

Une procédure existe-t-elle dans l'établissement pour informer le patient victime d'une infection nosocomiale ? Si oui, faites le point régulièrement sur cette procédure, sa connaissance par les personnels et son application effective.

EN PRATIQUE

Vérifiez que l'établissement sait quoi faire si un cas de bactérie multi résistante se présente à lui.

- A-t-il à sa disposition une chambre stérile pour isoler le porteur ?

- Que se passe-t-il si le malade est sorti ?

- Mentionne-t-il le risque d'infection nosocomiale dans le livret d'accueil ?

LE RAPPEL DES PATIENTS

Un chirurgien opère. On s'aperçoit quelques jours après qu'il est porteur de la tuberculose. Que fait l'hôpital quand le médecin est lui-même malade et contagieux ? L'établissement doit adresser un courrier aux patients pour les prévenir, leur demander de venir 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 ne rappeler que les patients en contact avec ce soignant ?

- Rendez-vous disponible pour aider l'établissement à soigner sa communication : la lettre est-elle claire, ni trop alarmiste, ni trop imprécise ?

C1-d/ LA CERTIFICATION

La certification constitue un formidable levier pour améliorer les pratiques de l'établissement dans la lutte contre les infections nosocomiales. Cette lutte fait l'objet d'une attention particulière, puisqu'elle

est considérée comme une pratique exigible prioritaire (PEP).

L'indicateur 8g du manuel de certification V 2010 est intitulé « maîtrise du risque infectieux »

C1-e/ MAIS AUSSI...

SOYEZ VIGILANTS : LES MALADES NE SONT PAS DES PATATES CHAUDES !

Certains établissements transfèrent les malades porteurs d'une bactérie multi résistante aux antibiotiques, de peur de devoir fermer une aile de l'établissement, de devoir leur affecter une équipe dédiée.

LA PRÉVENTION ET LES MESURES D'HYGIÈNE ÉLÉMENTAIRES

Les règles d'hygiène élémentaires sont-elles observées dans l'établissement ?

Sont-elles affichées ? Font-elles l'objet de procédures ? D'informations ? De formations ? De rappels ?

EN PRATIQUE

À l'occasion d'une visite dans un service, observez, regardez : les personnels portent-ils des bagues, des boucles d'oreilles ? Utilisent-ils des gants ? Utilisent-ils des solutions hydro-alcooliques ? Serrent-ils la main des usagers lors des consultations, avant ou après s'être lavé les mains ? Faites part de vos éventuelles observations (sans avoir à désigner nommément les personnels concernés) et proposez que soit mise en place une information de rappel sur les mesures d'hygiène élémentaires.

SENSIBILISEZ LES VISITEURS

Des malades immuno déprimés reçoivent des visites, ou sont dans des services où des visiteurs circulent. Autant d'occasions d'attraper une infec-

tion nosocomiale ! 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 ?

LA SURVEILLANCE PAR LES ÉQUIPES OPÉRATIONNELLES D'HYGIÈNE

Demandez aux équipes opérationnelles d'hygiène (EOH) si elles surveillent particulièrement le taux d'infection nosocomiale en chirurgie et en maternité ? Si non, invitez-les à le faire.

Les équipes font-elles des opérations de contrôle sur les points sensibles ? En ce qui concerne le lavage des mains des personnels ou le port de bijoux, elles sont assez faciles à mettre en place.



Les professionnels sont invités, en cas d'infections nosocomiales, à mettre en place des revues de morbidité et de mortalité. C'est une méthode d'amélioration de la qualité qui consiste à analyser en équipe toutes les causes possibles de la maladie (morbidité) ou du décès. Elles permettent un

apprentissage par chacun et l'amélioration des pratiques et des organisations sans pour autant stigmatiser les personnes. Demandez à ce qu'elles soient mises en place dans votre établissement.

C-2/ Les instances de lutte contre les infections nosocomiales

La loi HPST a modifié l'organisation de la lutte contre les infections nosocomiales. Les missions des CLIN telles que définies auparavant sont désormais attribuées à l'équipe opérationnelle d'hygiène (EOH) en collaboration avec la CME. Si le CLIN continue à se réunir, c'est à la discrétion du directeur et du

président de la CME. Le RU n'a donc pas de mandat spécifique au sein de cette commission.

Ne baissons pas pour autant la garde ! Les RU doivent rester vigilants en la matière, et ce d'autant plus que les bactéries résistantes aux antibiotiques se multiplient.

AVEC QUI TRAVAILLER ?

Qu'un CLIN existe ou non, l'équipe opérationnelle d'hygiène sera donc un interlocuteur privilégié, ainsi que le président de la CME. Selon la taille de l'établissement, ce peut être un ou plusieurs professionnels : infirmière hygiéniste, technicien bio-hygiéniste, un médecin hygiéniste, ou pharmacien.

Vous en êtes les premiers alliés.

Leur mission est une mission transversale. Ils n'ont pas de pouvoir hiérarchique défini sur leurs collègues. Leur expertise et leurs compétences ne sont donc pas partout renforcées par un pouvoir hiérarchique. Ils pourront donc s'appuyer sur vous, comme vous sur eux, pour renforcer leur influence au sein de l'établissement. Soutenez-la pour qu'elle puisse créer une synergie.

- Demandez à rencontrer l'équipe opérationnelle d'hygiène, ainsi que son représentant au sein de la CME. Il pourra vous présenter le bilan des activités de lutte contre les infections nosocomiales.

- Vérifiez que l'équipe opérationnelle d'hygiène est systématiquement destinataire des plaintes ou réclamations de patients qui se plaignent de troubles physiques ou protestent contre la mauvaise hygiène de l'établissement.

- Valorisez les réussites des équipes dans le rapport de la CRUQPC.



EN PRATIQUE

POUR ALLER PLUS LOIN

- Guide CISS du RU, édition 2011
- Le site de la HAS
- www.securitesoins.fr/

C-3/ Le rôle du RU en CLIN

Le RU, qu'il soit en CLIN ou en CRUQPC, a donc un double rôle : partenaire dans la prévention, l'information et la communication autour des infections nosocomiales, il permet d'avoir un regard transver-

sal sur la lutte contre le risque infectieux au sein de l'établissement. Même si le CLIN ne se réunit plus, il permet aux professionnels de faire le point sur son action et les moyens qu'ils mettent en œuvre.

Ne vous laissez pas enfermer dans la relecture de procédures et de protocoles. Votre rôle est plus de stimuler l'établissement, de l'empêcher de baisser la garde dans la lutte contre les infections nosocomiales, que d'être un technicien.

Votre apport est indéniable en ce qui concerne l'information des usagers, via l'affichage, le livret

d'accueil, la communication des indicateurs, l'information aux visiteurs...

LES LIENS AVEC LES AUTRES MANDATS DE REPRÉSENTATION

RU EN CRUQPC

Vérifiez que l'équipe opérationnelle d'hygiène reçoit les plaintes et réclamations faisant état soit d'une infection nosocomiale, soit d'une préoccu-

pation concernant l'hygiène dans l'établissement. Attention, l'usager n'emploiera pas forcément ce terme, il pourra simplement se plaindre de sortir de l'hôpital avec une pathologie supplémentaire, ou protester contre le manque d'entretien des locaux.

AVEC LE RU EN CONSEIL DE SURVEILLANCE

La loi oblige l'établissement à vous informer de la politique de sécurité des soins et de gestion des

risques. Insistez pour que la lutte contre les infections nosocomiales y figure en bonne place et que les moyens nécessaires y soient alloués.

EN PRATIQUE

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

D/ SE NOURRIR À L'HÔPITAL : LE CLAN

CLAN : Comité de liaison alimentation nutrition.

LA CONVICTON DES RU

« SE NOURRIR, C'EST SE SOIGNER »

L'alimentation à l'hôpital est souvent considérée comme une prestation annexe, tout comme l'hôtellerie. L'activité noble de l'hôpital serait l'activité de soins. Et pourtant, ce n'est pas qu'une question de confort pour l'usager : ayez à l'esprit que l'alimentation fait partie intégrante du soin, et aidez les professionnels à en prendre conscience. Que

vous soyez en CRUQPC ou que le CLAN ait une existence officielle dans l'établissement, votre principale préoccupation sera de le dire et le rappeler à l'établissement. On considère souvent, et à tort, que la seule question qui se pose pour les malades est « est-ce que c'est bon ? ». Or, si la qualité gustative a son importance, il y a bien d'autres aspects à prendre en compte, dont la qualité nutritionnelle.

D-1/ L'alimentation fait partie du soin

La question de l'alimentation est si cruciale que certains parlent de « risque nutritionnel » à l'hôpital. Des aspects physiques, du besoin physique primaire aux aspects liés à la maladie et à la capacité de l'organisme à lutter pour recouvrer la santé, à la qualité de la nourriture servie (le respect de l'hygiène dans la chaîne alimentaire) se mêlent à une dimension psychologique (l'appétit que l'on considère comme un signe de santé) et à une

dimension culturelle (le repas pris en commun, les habitudes alimentaires variant d'une population à une autre)... Bref, manger n'est pas qu'une question de goût personnel !

À chacun de ces aspects correspond une dimension de l'action du CLAN, que l'on doit retrouver dans la politique de l'établissement. Voici les principaux points sur lesquels centrer votre attention.

POUR ALLER PLUS LOIN

Comité de Liaison Alimentation et Nutrition - *Mettre en place et animer un CLAN*, Guide pour les établissements de santé, Mission nationale d'expertise et d'audit hospitalier

D1-a/ ORGANISER LA PRISE EN CHARGE

L'hôpital souffre d'un cloisonnement des différents services et fonctions. Votre rôle est de pousser les différents acteurs potentiels de l'alimentation/nutrition à travailler ensemble.

Les problématiques liées à l'alimentation vont vous conduire à travailler avec les interlocuteurs classiques des RU, mais aussi avec des personnels techniques qui ne font pas partie de la CRUQPC : les

médecins bien sûr, le diététicien de l'hôpital s'il y en a un, les soignants.

Tous les personnels intervenant autour de la nourriture peuvent être mobilisés par le CLAN : les logisticiens, pour l'organisation ; le service des achats, pour l'approvisionnement ; les cuisiniers, les personnels de service...

Dans les structures de soins plus petites, qui ne disposent pas d'un diététicien ou d'un spécialiste de la nutrition, vous pouvez proposer de travailler en réseau avec les autres établissements du territoire.

EN PRATIQUE



D1-b/ LUTTER CONTRE LA DÉNUTRITION

La dénutrition est un état pathologique lié à un déficit d'apport en protéines et en énergie par rapport aux besoins.

La première exigence que l'on peut avoir à l'hôpital est que, si cette dénutrition est importante à l'admission (on rentre peu souvent à l'hôpital avec un bon appétit !), elle ne s'aggrave pas durant le séjour.

Vérifiez que, dans chaque service, à l'admission, les patients sont pesés et mesurés, et qu'ils le sont régulièrement durant leur séjour. Le calcul de l'indice de masse corporelle doit figurer dans le dossier du patient et être vérifié régulièrement.

EN PRATIQUE

D-1-c/ ESTIMER LES BESOINS ET LA CONSOMMATION EFFECTIVE

Les questions que doit se poser le CLAN, et auxquelles les professionnels (dans chaque service) doivent répondre :

- La quantité de nourriture proposée au malade est-elle suffisante ?

- La qualité nutritionnelle de la nourriture est-elle correcte ?

- Les repas sont-ils effectivement pris par les usagers ? Si non, pourquoi ?

Poussez les soignants à discuter de l'alimentation avec le malade : est-il nourri comme il le souhaite ?

Les quantités de nourriture sont souvent standardisées. Que l'hôpital peut-il prévoir pour les adapter ? Un patient en rééducation, qui se dépense plus, aura-t-il des portions plus importantes qu'un patient opéré la veille ?

Bien souvent l'organisation des établissements joue avec de nombreuses contraintes : les repas sont préparés en central, et distribués dans les sites de l'établissement entre 6 heures du matin et 17 heures. Les patients sont réveillés très tôt, et doivent aussi dîner très tôt. La durée de jeûne pendant la nuit peut durer 13 heures ! Cette longue durée peut être réduite : un groupe de travail peut se pencher sur la question.

LA CONSOMMATION EFFECTIVE

Il suffit de passer dans le couloir d'un service pour constater, après le repas, que les restes sont souvent abondants. La qualité du repas (goût, présentation) varie d'un chef à un autre. Est-il bien formé ? Peut-il échanger avec d'autres professionnels pour améliorer la saveur de ses plats ? Le personnel est-il

sensibilisé à l'importance du repas pour le malade ? Aide-t-on si besoin les patients à se nourrir ou à ouvrir les opercules par exemple ?

De plus en plus d'établissements proposent un choix varié de menus : cette possibilité de choisir doit être proposée à l'usager.

VEILLEZ À L'ALIMENTATION EFFECTIVE : QUELQUES PISTES

- **Rendez vous** un jour donné dans un service, ou au sein de l'établissement, pour voir si les malades sont aidés s'ils en ont besoin, et s'ils sont satisfaits.
- Vous pouvez aussi simplement **observer les pratiques** en étant là au moment de la distribution des repas.
- Lorsqu'un **examen** est pratiqué, il est fréquent que le malade soit de retour dans le service après que le repas a été distribué. Que l'établissement prévoit-il dans ce cas ?
- **Les régimes spéciaux** : certaines pathologies imposent la prise en compte d'un régime spécial (sans sel, sans gluten...), ou d'une texture particulière. Ceux-ci sont-ils respectés ? Que dit-on au malade à qui on sert un repas mixé par crainte des fausses routes ?
- Qu'est-il prévu pour les **visiteurs**, en particulier quand ils restent longtemps au chevet du malade : en soins palliatifs, à l'hôpital mère enfant, la possibilité de se nourrir est-elle donnée aux parents ?
- **Certaines populations** ont des habitudes alimentaires particulières. Un établissement a remarqué que des patients âgés et immigrés ne se nourrissaient pas. Après concertation, et devant l'impossibilité de préparer des plats adaptés au goût des patients, il a mis en place une coopération avec une association, pour qu'elle apporte des repas correspondant aux habitudes des malades.
- **Certaines religions** posent des interdits alimentaires ; sans entrer dans un débat sur le respect de la laïcité et de la neutralité de l'établissement, on peut poser la question à l'établissement du choix possible d'un menu conforme aux principaux interdits. Proposez de consulter les aumôniers présents à l'hôpital. Ils peuvent aussi intervenir auprès des malades qui refusent de se nourrir et échanger avec eux.

ET APRÈS ?

Demandez si une consultation de diététique et de nutrition est proposée aux malades pour préparer

leur sortie : sont-ils bien informés du régime alimentaire qu'ils doivent suivre ?

D-2/ Le fonctionnement du CLAN

Le Comité de Liaison en Alimentation et Nutrition n'est pas une instance prévue par le code de la santé publique. La participation des RU n'y est pas obligatoire. Mais si le CLAN n'est pas obligatoire, la circulaire du 29 mars 2002 invite les établissements

à le mettre en place. La composition du CLAN, les conditions de son fonctionnement, les modalités de nomination de ses membres et la durée de leurs mandats sont fixées par le conseil de surveillance de l'établissement.

À titre indicatif, la circulaire prescrit la présence d'un RU. Avant de demander à en faire partie, questionnez-vous :

- **Peut-on, au travers de la CRUQPC, exprimer notre voix sur les questions d'alimentation / nutrition ?**
- **Comment le CLAN fonctionne-t-il ? Combien de réunions sont-elles organisées chaque année ? Serai-je capable d'y participer régulièrement ?**

Le CLAN doit faire le point sur les structures, les moyens matériels et humains de l'hôpital concernant l'alimentation nutrition.

Il doit évaluer les pratiques de ces professionnels, au regard :

- du projet d'établissement
- des normes dictées par les différents référentiels (certification, normes de production, d'hygiène, d'installation des locaux...)
- des besoins des usagers

Il définit la politique de l'établissement et les actions prioritaires à mener.

Il s'assure de la coordination des différents intervenants sur le sujet.

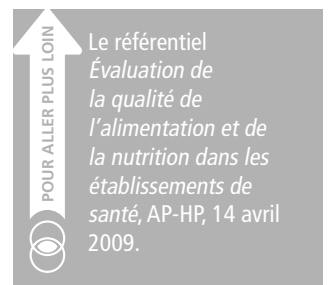
La mise en place des CLAN correspond donc à une double nécessité :

- 1/ Considérer la nutrition comme une composante du soin.
- 2/ Faire travailler ensemble les différents acteurs de l'alimentation.

Si vous voulez favoriser la création d'un CLAN, contactez le RU en conseil de surveillance : c'est le conseil de surveillance qui est décisionnaire dans cette mise en place. Portez ensemble ce projet !

Si le CLAN n'existe pas, ses missions doivent être assurées. À vous, RU en CRUQPC ou en conseil de surveillance, d'y veiller.

EN PRATIQUE



EN PRATIQUE

E/ LUTTER CONTRE LA DOULEUR : LE CLUD

Le patient a parfois peur de mourir, il a toujours peur d'avoir mal : la douleur n'est donc pas une question secondaire. De plus, on a historiquement considéré la douleur comme un signe précieux pour le médecin, un symptôme à côté duquel il ne fallait pas passer pour poser un diagnostic : d'où le fait qu'on ne luttait pas toujours contre elle.

QU'EST-CE QUE LA DOULEUR ?

La douleur recouvre des réalités bien différentes. C'est une impression anormale et pénible reçue par une partie vivante et perçue par le cerveau. C'est une expérience sensorielle et émotionnelle désa-

gréable associée à un dommage tissulaire présent ou potentiel ou décrit en termes d'un tel dommage. La douleur est avant tout un phénomène individuel, chacun la ressent différemment.

Cet aspect individuel est très important : la douleur est subjective par nature ; seule la personne qui souffre peut juger de son degré. Attention donc, quand vous recevez une lettre de plainte, rencontrez un usager ou étudiez un cas, à ne pas vous mettre à la place de la personne, car plus qu'ailleurs c'est impossible, et préjudiciable : soit on aura tendance à la minimiser, soit au contraire, on risquera d'en faire trop.

EN PRATIQUE

EN PRATIQUE

Le système de santé est constamment confronté à la douleur et se doit de penser sa prise en charge. La prise en compte de la douleur dans l'organisation de la santé et des soins n'a pas toujours constitué une

priorité. Ce n'est que relativement récemment que le droit à son soulagement fut inscrit dans le code de la santé publique.

Attention à ne pas la rattacher uniquement aux patients en fin de vie et/ou en soins palliatifs.

E-1/ Le RU et la lutte contre la douleur

E1-a/ UN ÉTABLISSEMENT ORGANISÉ POUR LUTTER CONTRE LA DOULEUR

Si votre établissement ne dispose pas de CLUD, c'est en CRUQPC que vous pouvez agir sur la lutte contre la douleur notamment en interrogeant la CME sur les éléments mis en œuvre dans le programme d'action concernant la politique qualité et sécurité

de l'établissement pour lutter contre la douleur. Les moyens qu'il met en œuvre doivent être définis par le projet d'établissement. Au-delà du texte écrit, le RU veillera à ce qu'une véritable « culture » de lutte contre la douleur existe bien dans l'établissement.

ÉVALUEZ LA CULTURE DE LUTTE CONTRE LA DOULEUR DE L'ÉTABLISSEMENT

Pour mesurer que l'établissement est engagé dans la prise en charge de la douleur, voici quelques questions sur lesquelles vous pencher en CLUD. L'établissement dispose-t-il :

- Des connaissances nécessaires

- Des professionnels compétents : faites recenser par le CLUD les professionnels titulaires d'un DU ou une capacité douleur, qui est formé à son évaluation et à sa prise en charge.
- Des professionnels régulièrement formés : faites lister les formations continues des professionnels organisées dans l'établissement.

- D'une organisation adaptée

- La présence du CLUD dans l'établissement est un premier indice de cette prise en charge.
- Une équipe douleur existe-t-elle dans l'établissement ?
- Si oui, intervient-elle effectivement dans les services ? ou au contraire les équipes médicales et paramédicales considèrent-elles que c'est leur travail et empêchent-elles les équipes mobiles d'y entrer ?

- De protocoles

- Existent-ils ? Sont-ils mis à disposition des personnels ? Communique-t-on dessus ?

- De thérapeutiques

- L'établissement met-il à disposition des personnels un éventail de thérapeutiques suffisamment larges pour permettre une intervention ciblée selon la personne et le type de douleur ?

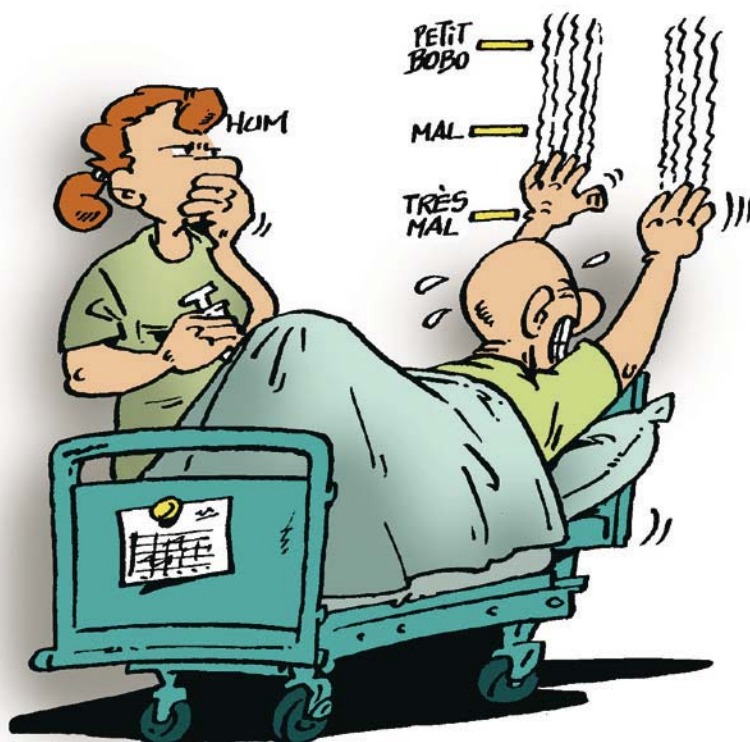
- D'une réelle communication sur le thème

- Vérifiez que les équipes sont régulièrement informées de la nécessité et des moyens de prendre en charge la douleur.
- Vérifiez que l'équipe douleur est 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...

POUR ALLER PLUS LOIN

Un annuaire national de l'ensemble des structures de lutte contre la douleur est disponible sur le site du ministère de la Santé.

www.sante.gouv.fr/les-structures-specialisees-douleur.html



E1-b/ L'ÉTABLISSEMENT MÈNE UNE ÉVALUATION RÉGULIÈRE DE LA DOULEUR

VÉRIFIEZ QUE LA DOULEUR EST RÉELLEMENT ÉVALUÉE

Pour chaque patient, et régulièrement. C'est une condition sine qua non pour avoir une réelle politique de lutte contre la douleur.

Les indicateurs 2010 de la HAS indiquent que moins de 47 % des établissements atteignent leur objectif, à savoir évaluer la douleur pour 80 % des patients. Seuls 41 % des établissements de soins de suite et de réadaptation atteignent cet objectif, ce qui est dramatiquement bas.

Il existe de nombreuses échelles pour évaluer la douleur, y compris chez les personnes ayant des troubles de la communication : enfants, personnes handicapées, personnes âgées non communicant. Veillez à ce qu'elles soient connues dans les services !

EN PRATIQUE

VÉRIFIEZ QUE L'ÉVALUATION DE LA DOULEUR EST TRACÉE DANS LE DOSSIER

L'évaluation de la douleur n'est pas exploitable par comparaison entre différentes personnes, mais

par une comparaison sur la durée pour une même personne. Vérifiez que l'on note dans le dossier du patient, au même titre que la température, cette évaluation de la douleur, au moins quotidiennement.

E1-c/ L'ÉTABLISSEMENT TRAITE EFFECTIVEMENT LA DOULEUR

Vérifiez que la communication sur la prise en charge de la douleur circule bien dans l'établissement. Pour le savoir, demandez à l'équipe mobile de lutte

contre la douleur combien de fois elle est appelée, par quels services, sur quels aspects...

QUELQUES QUESTIONS À POSER EN CLUD

Dans chaque service des protocoles de prise en charge de la douleur existent-ils ? Communique-t-on autour d'eux ?

Les personnels savent-ils dans quelles conditions appeler l'équipe mobile ?

L'établissement traite-t-il aussi la douleur chronique ?

Des services ont-ils pris des initiatives intéressantes que l'on peut faire connaître aux autres services ?

EN PRATIQUE

Demandez à faire une enquête d'observation et de satisfaction sur ce point spécifique. Le questionnaire de sortie peut aborder la question de la douleur.

EXPLOITEZ LES ITEMS CONCERNANT LA DOULEUR DANS LE QUESTIONNAIRE DE SORTIE DE L'ÉTABLISSEMENT.

Voici un exemple de questions pouvant figurer dans un questionnaire de sortie. Veuillez 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 %	→

PORTEZ VOTRE ATTENTION EN PRIORITÉ SUR CERTAINS SERVICES

Aux urgences

On attend souvent un examen complet avant de mettre en place une stratégie de prise en charge de la douleur, alors que les patients souffrent quelque fois 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, ou de donner des antalgiques.

Lors de certains examens

Pensez à mettre à l'ordre du jour une réflexion sur la douleur occasionnée par certains examens médicaux (ponction lombaire, biopsie du foie...). Vérifiez que des échelles existent, que la douleur est mesurée, évaluée, et que cette douleur n'est ni niée, ni sous-estimée, ni considérée comme inévitable.

À la maternité

Certains établissements considèrent encore trop que les douleurs de l'accouchement sont normales, alors qu'elles peuvent être réduites grâce à une anesthésie (péridurale) et/ou à un accompagnement et une préparation adaptés. Vous pouvez vérifier que les parturientes sont informées sur les

choix possibles concernant la gestion de la douleur au cours de leur accouchement.

Avant une opération de chirurgie

On ne la prend pas en compte, sous prétexte que l'anesthésiste n'assure pas de garde le week-end, ou que l'opération va apporter un soulagement. Or, celle-ci peut avoir lieu plusieurs jours après.

Après une opération

On la sous-estime facilement : « c'est normal, il vient d'être opéré ».

En service de soins de suite et de réadaptation

On la considère comme normale, et due aux exercices de rééducation.

En psychiatrie

Elle est encore plus difficile à repérer, en particulier quand il s'agit d'une souffrance psychique forte.

En établissement hospitalier pour personnes âgées dépendantes

Elle est difficile à repérer, d'autant plus que les personnels sont moins bien formés pour la repérer et que les usagers peuvent la considérer comme normal : « c'est l'âge. » Quand l'EHPAD est rattaché à un établissement de santé, les représentants des usagers peuvent intervenir sur tout ce qui le concerne.

E1-d/ PRÉVENIR LA DOULEUR

La prise en charge de la douleur à la sortie de l'établissement est encore insuffisante en France, c'est pourquoi c'est un des thèmes du plan national de lutte contre la douleur 2011-2015.

Vérifiez que le sujet est abordé dans les protocoles de consultation de sortie.

Renseignez-vous : si le patient souffre 10 jours après la sortie, est-il informé de ce qu'il peut faire ? Dispose-t-il d'un contact téléphonique, d'un référent, sait-il s'il peut contacter son médecin traitant ?

E-2/ La douleur dans la certification

Rappelons que la lutte contre la douleur est l'une des 13 pratiques exigibles prioritaires promues par la certification V 2010 (critère 12a). Ce critère 12a peut constituer un appui intéressant pour vous aider à développer une politique de lutte contre la douleur dans votre établissement. Il convient donc de vérifier que les différents éléments évoqués dans le manuel de certification sont en place dans votre établissement.

Si vous avez l'impression que ces éléments sont insuffisants pour inciter votre établissement à mettre en place une véritable politique de prise en charge de la douleur, n'hésitez pas à rappeler qu'ils seront vérifiés par les experts-visiteurs de la HAS lors de leur visite. Vous pouvez également vous rapprocher des représentants des usagers en CRUQPC (si vous ne l'êtes pas vous-même), afin de signaler les éventuels manquements dans le rapport annuel de la CRUQPC en suggérant des propositions d'amélioration.

E-3/ Le CLUD

Il fonctionne souvent en alternant réunions plénières et groupes de travail. Choisissez ceux dans lesquels il y a à la fois des enjeux pour l'utilisateur, et une possibilité d'être réellement utiles : enjeux d'or-

ganisation, communication plutôt que l'élaboration ou la validation de protocoles techniques qui ont leur importance, mais où votre contribution sera moindre.

E3-a/ LA PRISE EN CHARGE DE LA DOULEUR : IDENTIFIEZ VOS ALLIÉS !

L'efficacité de votre action dépendra d'une 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.

Le pharmacien de l'hôpital

Il pourra renseigner le CLUD sur l'utilisation qui est faite des anti-douleurs, si on en utilise effectivement toute la gamme.

L'équipe mobile de lutte contre la douleur

Certains établissements se sont dotés d'une équipe

mobile de lutte contre la douleur. Les équipes de soins palliatifs jouent quelques fois ce rôle.

Si votre établissement en est doté, consultez-les sur leur perception de la politique de l'établissement. Demandez-leur si elles ont l'impression que certains services ne font pas appel à eux. Le CLUD pourra alors proposer une action spécifique avec ces services.

Vérifiez la façon dont on communique sur leur action : les usagers sont-ils informés de leur existence ?

POUR ALLER PLUS LOIN

- Le Centre National de Ressources de lutte contre la Douleur : www.cnrld.fr
- Fiche thématique CISS Pratique n° 47 "Prise en charge de la douleur".

F/ LE RU, LA GESTION DES RISQUES ET LA SÉCURITÉ DU PATIENT : LE COVIRIS

COVIRIS : Comité de coordination des Vigilances et des Risques Sanitaires.

NB : la lutte contre les infections nosocomiales fait l'objet d'un chapitre à part. De même, nous n'abordons ici que la maîtrise des risques pour le patient, et non pour le personnel qui doit évidemment être aussi prise en compte par ailleurs.

LA POLITIQUE DE PRÉVENTION ET DE MAÎTRISE DES RISQUES

Des effets secondaires graves suite à la prise d'un médicament, une contamination suite à une transfusion, un patient qui chute dans le couloir du service récemment nettoyé... Le risque est une « situation non souhaitée, ayant des conséquences négatives, résultant de la survenue d'un ou plusieurs événements, dont l'occurrence –ou survenue– est

incertaine ». L'hôpital est un lieu où le risque est inévitable. Mais on doit pourtant rechercher la sécurité maximale pour les patients.

Chaque établissement doit se doter d'une politique de prévention et de maîtrise des risques. Celle-ci est formalisée dans un document spécifique.

EN PRATIQUE

Les établissements conduisent en général deux types de démarches pour maîtriser les risques :

- en amont, la prévention du risque;

- en aval, une fois le risque réalisé, le traitement du risque et la prévention des risques futurs.

- Ces deux aspects sont indissociables. Poussez l'établissement à aborder la notion de risques sous ces deux angles !

- Sensibilisez votre établissement sur la possibilité de réduire les risques en santé.

- Ils tiennent à des petits détails qui peuvent facilement être corrigés : une organisation des toilettes des patients bien pensée mais que l'on abrège en oubliant de remettre correctement un pansement, une étiquette mal collée sur un prélèvement, un dossier mal tenu sont des petits écarts quotidiens qui peuvent avoir de lourdes conséquences même si, à première vue, ils sont peu importants.



F-1/ Les thématiques abordées, les problématiques traitées par le RU

F1-a/ VÉRIFIEZ QUE LE RECUEIL DES ÉVÉNEMENTS INDÉSIRABLES FONCTIONNE CORRECTEMENT

QU'EST-CE QU'UN ÉVÉNEMENT INDÉSIRABLE ?

Tout événement imprévu, survenant au sein de l'établissement de santé, et qui peut avoir des conséquences néfastes sur le patient, les professionnels de santé, les visiteurs ou les biens.

C'est un événement **non désiré** pour le patient et associé aux soins.

Il est défini comme **grave** s'il est associé à un décès, à une menace vitale, s'il nécessite une hospitalisation ou la prolongation de l'hospitalisation, ou s'il provoque un handicap ou une incapacité.

Il est considéré comme **évitable** lorsqu'il ne serait pas survenu si les soins avaient été conformes à la prise en charge considérée comme satisfaisante au moment de sa survenue.

Une erreur de dosage de médicament, un soin prodigué au mauvais patient, une méconnaissance des procédures par un personnel intérimaire, un oubli de la part d'un personnel, un travail fait dans la routine sans réflexion, le dysfonctionnement d'une perfusion, sont des exemples d'événement indésirable.

EN PRATIQUE

Ne vous focalisez pas sur l'unique critère de 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 (pas de décès, de menace vitale, de prolongation d'hospitalisation ou d'incapacité), il devrait 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 : on pourra ainsi savoir s'il se répète et mieux le comprendre pour éviter qu'il se reproduise.

QUI PEUT SIGNALER UN 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.

Vérifiez que les professionnels savent tous ce qu'est un événement indésirable grave (EIG). En ont-ils la même définition ? Le plan de formation de votre établissement prévoit-il une sensibilisation régulière sur le sujet ?

Début 2013, un programme national pour la sécurité des patients a été initié qui contient différentes orientations intéressantes. On peut notamment retenir la possibilité pour un patient hospitalisé de signaler une anomalie. Mais les modalités du recueil de ces signalements étant du ressort de chaque établissement, nous recommandons aux RU d'étudier de près celles qui sont proposées dans le/les établissement(s) où ils sont représentants, afin de s'assurer que les patients sont correctement informés de cette possibilité et que les anomalies puissent ainsi être mieux répertoriées, analysées et traitées.

Le cahier de réclamations de l'établissement est un moyen pour l'utilisateur de déclarer un événement indésirable. Proposez au gestionnaire de risques de le regarder ensemble pour les dépister.

De même, le gestionnaire de risques doit avoir connaissance des plaintes et réclamations.

EN PRATIQUE

F1-b/ VÉRIFIEZ QUE LA COMMUNICATION AU PATIENT EST DE QUALITÉ

Tout événement indésirable doit être porté à la connaissance du patient : il a, de par la loi, le droit d'être informé. De plus en plus d'établissements intègrent la communication avec le patient à la pro-

cédure de traitement des événements indésirables. Cette démarche doit se généraliser, mais les équipes ne doivent pas communiquer n'importe comment !

- Vérifiez que l'utilisateur a été contacté rapidement.
- Vérifiez que l'information est claire et compréhensible par lui.
- Vérifiez que les soignants reconnaissent leur erreur et expriment leur regret.
- Vérifiez 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 CRUQPC, demande d'indemnisation...).

EN PRATIQUE

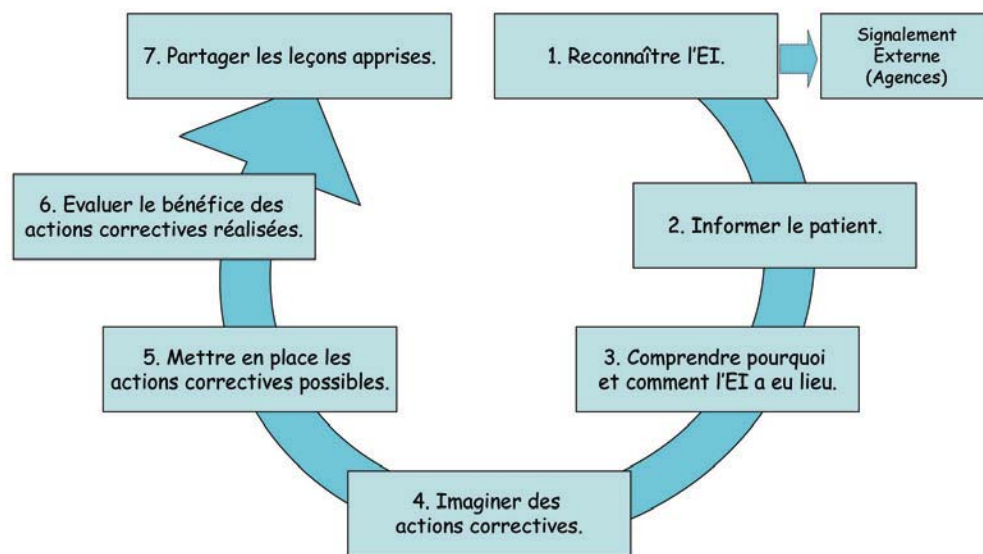
F1-c/ VÉRIFIEZ QUE LES ÉVÉNEMENTS INDÉSIRABLES SONT CORRECTEMENT ANALYSÉS

ANALYSER LE RISQUE DANS TOUTES SES DIMENSIONS

Les gestionnaires de risques dans l'établissement doivent utiliser des méthodes pour analyser les causes du risque dans toutes ses dimensions. Partir du fait qui pose problème, distinguer ce qui relève de l'erreur humaine, de la procédure mal

adaptée, sans identifier a priori une cause qui peut en masquer d'autres est une démarche logique rigoureuse, qui s'appuie sur des outils et méthodes scientifiques. La grande difficulté pour le RU, souvent partagée par le gestionnaire de risques, est de lutter contre une tendance traditionnelle de recherche d'un bouc émissaire.

Que devrait-on faire quand un EI survient ?



EI : événement indésirable.

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

EN PRATIQUE

Le RU ne doit pas favoriser ce cercle vicieux. Pour ce faire, agissez de manière logique, progressive et stratégique ! Inutile d'aller directement vous plaindre en haut lieu à l'extérieur de l'établissement, vous mettriez en danger la collaboration usagers/professionnels dans votre établissement.

FACE À UN RISQUE : QUESTIONNEZ L'ÉTABLISSEMENT

- Comment l'établissement analyse-t-il la situation ?
- Quelles sont les différentes causes possibles ?
- Qu'est-ce que l'établissement a mis en place suite à cet accident / incident ?
- Pourquoi a-t-il choisi cette action plutôt qu'une autre ?
- Qu'en attendez-vous ?

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



ZOOM SUR... Les nouveaux indicateurs de qualité et de sécurité des soins opposables pour les établissements de santé

16 indicateurs de qualité et de sécurité des soins au total, dont sept pour le tableau de bord des infections nosocomiales, doivent être affichés par les établissements dans un délai de deux mois à compter de la date de publication nationale.

Attention, les données par établissement doivent être accompagnées de données de comparaison figurant dans les publications nationales.

De nouveaux indicateurs portent sur la maîtrise de la diffusion des bactéries multirésistantes (BMR), sur l'évaluation du risque d'escarres en hospitalisation à domicile (HAD), la sensibilisation aux règles hygiéno-diététiques après un infarctus du myocarde, et sur les réunions de concertations pluridisciplinaires en cancérologie.

QUELQUES LEVIERS D'ACTION POUR L'ÉTABLISSEMENT

1^{er} niveau : respecter les exigences réglementaires émanant de l'ARS et connues du gestionnaire de risques.

2^e niveau : s'organiser de manière efficace (*management, procédures, protocoles, évaluations régulières, retours sur l'expérience...*)

3^e niveau : développer les compétences des hommes (*formation, qualifications, règles de bonnes pratiques, compétences des intervenants...*)

Attention à ne pas dépasser les limites de votre action : un RU doit savoir garder sa place, tirer la sonnette d'alarme, mais n'est pas un professionnel de la gestion des risques.

EN PRATIQUE

Prenez connaissance des rapports d'analyse : leur traitement par la CRUQPC permet de les sortir du silence. Certains événements indésirables graves (EIG) peuvent être analysés au sein de la CRUQPC, qui invitera le gestionnaire des risques, et les professionnels concernés pour en débattre. Poussez la CRUQPC à adopter des recommandations qui seront autant de propositions de mesures correctives.

EN PRATIQUE

F1-d/ VEILLEZ AU BON FONCTIONNEMENT DES VIGILANCES !

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

L'hémo ou bio vigilance concerne les greffes et transfusions sanguines.

La pharmaco vigilance concerne les médicaments et leur administration.

Beaucoup de médicaments disparaissent de la pharmacie ? Un malade reçoit le médicament prescrit à son voisin de lit ? Consultez le responsable de la pharmaco-vigilance.

EN PRATIQUE

L'identito-vigilance concerne le suivi de l'identité du malade : la personne est bien la bonne personne, son dossier médical à elle est bien renseigné, et non celui de son voisin de lit. Les homonymies peuvent être fréquentes et sources de graves erreurs, en cas d'opération comme lors d'une banale prise de

sang : les résultats d'analyses doivent être ceux de la bonne personne ! Au bloc opératoire, le nom du patient doit être vérifié plusieurs fois.

Un responsable est nommé pour chaque vigilance, qui est membre du COVIRIS quand il existe.

- Vérifiez que les plaintes et 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'identito-vigilance.
- Les risques liés aux activités de vigilances ne représentent que 5 % de la totalité des risques. Tenez-en compte sans focaliser votre attention dessus !
- La déclaration, obligatoire, doit donner lieu à un retour sur l'expérience, à une analyse, et à des mesures correctives.

F-2/ Le COVIRIS

Aucun texte réglementaire n'en prévoit la mise en place. On a pu constater qu'il existe plus fré-

quemment au sein des CHU que dans les petits établissements.

EN PRATIQUE

Quand le COVIRIS n'existe pas : RU en conseil de surveillance, veillez à ce que le sujet soit abordé en CME !

Tous les responsables des secteurs dits « à risques », sous la responsabilité effective du Directeur, doivent se réunir : médecins, pharmaciens, le directeur des

soins, des cadres de santé, l'ingénieur biomédical et le responsable qualité.

EN PRATIQUE

Il est important que la gestion des risques ne soit pas déconnectée de la qualité. Veillez à ce que le COVIRIS implique le CLIN et le comité de pilotage qualité. Idéalement, ces personnes doivent travailler ensemble dans ces différentes instances.



ATTENTION : NE PENSEZ PAS « INSTANCE », PENSEZ DÉMARCHE ET RÉSULTATS !

Ce n'est pas parce qu'une instance telle que le COVIRIS existe que l'établissement a une politique effective de gestion des risques.

Ce n'est pas parce que le COVIRIS existe qu'un travail de qualité est fourni.

Le fonctionnement de l'hôpital est souvent cloisonné, et les professionnels travaillent en parallèle sans toujours échanger sur des sujets communs.

Le CHSCT va intervenir sur les risques professionnels ; le chargé de la sécurité va travailler sur les risques techniques et logistiques ; le chargé de l'hémovigilance va travailler sur la sécurité en matière de transfusion sanguine. Pourtant, si ces personnes ne se parlent pas, 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.

F-3/ Le rôle du RU au sein du COVIRIS

Les usagers ont un rôle essentiel à jouer dans le développement de la sécurité du patient :

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

Le RU n'est pas spécialiste de la gestion des risques. Votre rôle est de stimuler l'établissement dans sa

réflexion, et de vérifier qu'il ne relâche pas son attention.

Poussez l'établissement à se doter d'une véritable culture de gestion du risque. Rien n'est jamais acquis en la matière, la vigilance ne doit jamais être relâchée !

Il a donc à exercer un rôle de veille, et de coordination avec les autres RU, en particulier ceux de la CRUQPC et celui du CLIN.

C'EST GRAVE, QUE FAIRE ? AUPRÈS DE QUI ?

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, ayez une approche graduée pour ne pas aller au conflit de manière violente, ce qui risquerait de nuire aux usagers.

Ne sautez pas d'étape dans cette liste.

1/ Agissez auprès de l'utilisateur / du demandeur ; de la personne qui s'estime victime :

- Lui demander comment il va
- Entendre ses difficultés
- Comprendre sa demande

2/ Agissez auprès du professionnel en proximité : à l'hôpital, le cadre de santé, le responsable de service

Lui faire part de la situation

3/ Agir au niveau de l'instance concernée :

- La CME - Le CLIN - Le CLUD
- Le CLAN - La CRUQPC

4/ Informer

- Le directeur - Votre association - Le CISS régional

5/ Contacter l'ARS

6/ Délivrer une alerte sanitaire

- Aux agences
- Faites copie au CISS

7/ Ministère

8/ Alerter les médias : en dernier recours

EN TOUT CAS : si vous ne savez pas quoi faire, appelez Santé Infos Droits pour connaître vos possibilités d'action d'un point de vue juridique.

LES LIENS AVEC LES AUTRES COMMISSIONS

Le RU en CRUQPC fait aussi de la gestion des risques sans le savoir.

Les plaintes peuvent révéler un certain nombre d'événements indésirables non enregistrés comme

tels. Elles peuvent révéler aux professionnels comment ces événements indésirables sont vécus par les usagers, et leur permettre d'en mesurer l'impact sur le patient.

La CRUQPC peut recommander :

- Une politique de déclaration des événements indésirables graves plus systématique de la part du conseil de surveillance.

- Une politique de formation et sensibilisation des équipes à la déclaration des événements indésirables graves.

Quelques thématiques possibles, communes à la CRUQPC et au COVIRIS, sur lesquelles vous pouvez travailler :

- La prise en charge des urgences vitales des hospitalisés.

- Les chutes.
- Les suicides.
- Les agressions.
- Le transport du patient à l'intérieur de l'hôpital.

LA GESTION DES RISQUES DANS LA CERTIFICATION

Elle fait l'objet d'une attention particulière, puisqu'elle est considérée comme une pratique

exigible prioritaire (PEP). C'est-à-dire que la HAS lui donne une dimension importante et fondamentale.

G/ LE RU DOIT-IL SIÉGER EN COMITÉ D'ÉTHIQUE ?

Aucun texte de loi ne régit la participation des RU à la réflexion éthique dans les établissements. Que faire si vous êtes sollicité pour y participer ?

Sagesse pratique, recherche d'une vie bonne... l'éthique et le questionnement éthique traversent notre société depuis plusieurs années, et en par-

ticulier le champ médical. Effet de mode, manière d'imposer des normes aux conduites sans y paraître, authentique questionnement ? Sans doute un peu des trois, c'est pourquoi vous ne pouvez sans réflexion préalable vous lancer dans l'aventure, même si elle semble passionnante.

G-1/ L'éthique : de quoi parle-t-on ?

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, dans lesquelles les choix ne sont ni évidents, ni faciles à assumer.

« 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.

Les questions éthiques se posent donc en termes de choix à faire, 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 la famille, respect de la volonté d'un malade de sortir de l'hôpital alors qu'il y a des risques...

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 face à un malade singulier, s'enfermer dans une ligne de conduite décidée une fois pour toutes. Et pourtant, dans des situations d'urgence, ils ne peuvent se permettre de délibérer sans fin.

EN PRATIQUE

Vérifiez que la réflexion éthique dans votre établissement prend bien en compte :

- **Le sens de l'engagement, de la responsabilité des soignants.**
- **L'orientation vers l'action et un ancrage dans le quotidien des soignants, et non un pur débat théorique.**
- **La singularité des situations et des personnes, et non une ligne de conduite fixée une fois pour toutes.**

DES CONCEPTIONS DIVERGENTES DES INSTANCES D'ÉTHIQUE

La loi du 4 mars 2002 demande à l'établissement de santé « de mener en leur sein une réflexion sur les questions éthiques posées par l'accueil et la prise en charge médicale ». Cette injonction s'est traduite par la mise en place dans des établissements de structures diversement nommées : « comité d'éthique », « commission éthique »...

Leurs objectifs peuvent être très différents : lieu de débats généralistes sur des questions éthiques, lieu d'aide à la décision des professionnels dans des situations difficiles, ou encore lieu d'analyse de pratiques et d'échanges d'expériences déjà rencontrées par les professionnels.

**ATTENTION**

Ne confondez pas comité d'éthique et fonction de « gardien du temple » qui veille à l'état d'esprit qui devrait régner à l'hôpital, 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 paroles. Les comités d'éthique doivent permettre l'échange, la discussion autour de situations complexes mais pas la régulation des difficultés psychologiques rencontrées par les professionnels ou les règlements de compte entre ces mêmes professionnels.

LA RÉFLEXION SUR DES SITUATIONS VÉCUES OU À VIVRE

Dans certains établissements, des demandes peuvent émaner d'un service, d'un malade ou d'une famille. La question est préparée par un groupe de travail et traitée ensuite par le comité d'éthique.

Cette question peut émaner d'une situation vécue, comme d'une situation prévue ou crainte. Le comité d'éthique n'est pas là pour prescrire une réponse

ayant valeur de vérité ! Il n'y a pas de spécialiste en éthique qui puisse détenir, sous prétexte d'une connaissance, une vérité en la matière.

En effet, en éthique on ne parle pas de "bonne réponse" mais plutôt de moins mauvaise. Il s'agit d'une décision à un moment X qui peut être réévaluée quelques temps plus tard.

- Attention, si le comité d'éthique est saisi sur un cas particulier, il doit le traiter comme une situation digne d'intérêt qui pose problème, et donner des orientations pour une réponse indicative. Il ne doit pas répondre à la question en dictant un comportement, faute de quoi il perdrait sa spécificité. Il ne doit en aucun cas déresponsabiliser les professionnels et leur fixer des normes.

- Vérifiez les modes de saisine du comité par les professionnels : il est parfois courageux de soulever des problèmes éthiques, comme de signaler un événement indésirable grave ! Le professionnel peut-il le saisir sous couvert d'anonymat ?

Si la question abordée soulève des difficultés professionnelles, des négligences, voire des fautes, qu'en sera-t-il fait ? À nos yeux le comité d'éthique ne doit pas se prononcer mais renvoyer la situation vers l'instance concernée.

Dans d'autres établissements, le comité d'éthique aborde des questions générales, déconnectées des situations concrètes qui peuvent les susciter. Si, sous cette forme, il peut soutenir le cheminement des

équipes, il peut aussi facilement tourner soit en discussion érudite de spécialistes, soit en salon où l'on cause, voir en propos de café du commerce.

Il est bon que la réflexion éthique ne reste pas enfermée dans un groupe : proposez à votre structure de faire appel à des regards extérieurs pour construire un point de vue éthique et nourrir sa recherche : économiste, juriste, sociologue, philosophe, historien... peuvent apporter un regard fécond.



G-2/ Quelques repères, quelques questions à se poser et à poser avant de décider de participer à un comité d'éthique

Clarifiez les objectifs du comité d'éthique et ses règles de fonctionnement :

- Quel objectif 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 ?
- Que doit-il produire ? Des notes rendant compte de sa réflexion ? Des avis ? Des recommandations ? Des décisions ?
- Au nom de quoi les personnes s'y expriment-elles ? En tant que représentant de leur catégorie professionnelle ? En leur nom propre ?

- Quelle méthode de travail, quelles procédures seront adoptées ? Discussions ? Exposés suivis d'échanges ? Tours de table ?
- Chacun doit-il préparer les séances ? Comment faire pour que chacun y participe effectivement, et activement ?
- Dans quel contexte le comité se réunira-t-il ? À quel moment ? À quelle fréquence ?
- Qui le présidera ?
- Qui mènera les débats ?
- Comment se fera-t-il connaître ?
- Comment communiquera-t-on sur ses travaux ?

LEUR FONCTIONNEMENT

Méfiez-vous des Comités de réflexion au grand nombre de participants, surtout s'ils ne sont pas animés par des experts en éthique et en conduite de réunions. On ne peut réfléchir en étant trop nombreux.

Vérifiez que la liberté de parole est garantie. Celle-ci prend du temps, les ordres du jour ne doivent pas être trop serrés ou trop restrictifs.

G-3/ Comment suis-je nommé ? Au nom de qui m'exprimer ?

Les commissions éthiques des établissements n'ont aucun cadre légal. Si vous êtes nommé, ce n'est pas en tant que porteur d'un mandat de représentation des usagers. Vous y êtes donc soit en votre nom propre, soit au nom de votre engagement associatif, ou au nom de votre appartenance à la société civile.

Vous n'engagerez donc pas, contrairement à vos autres mandats, la parole de l'ensemble des usagers. Clarifiez ce point dès votre arrivée. Vous aurez ainsi une plus grande liberté de pensée et de parole.

Attention néanmoins à ne pas entrer en contradiction avec les valeurs que vous défendez par ailleurs, cela rendrait votre position inconfortable et vous fragiliserait.

Clarifiez ou faites clarifier par le comité d'éthique ce que l'on attend de vous et ce que vous pouvez apporter : à quoi servez-vous ? À exprimer le point de vue de l'utilisateur, mais pas seulement. Et vous ne devez pas être le seul à le porter, ce serait dangereux que les autres acteurs se privent de ne pas chercher à le prendre en charge eux-mêmes. Et ce serait fort peu éthique !

Apportez-vous réellement quelque chose ?

Avez-vous le temps de vous investir dans une commission supplémentaire ?

QUELS PRINCIPES DÉFENDRE ?

L'éthique médicale est souvent pensée à travers de grands principes. Or il est difficile de les poser, de les déterminer par avance. De plus, ils ne suffisent pas à répondre à toutes les questions, même s'ils peuvent servir de base à la réflexion. Il faudra donc vous

forger une culture générale en matière d'éthique, mais aussi discuter longuement pour mener une réflexion qui vous soit propre, et aussi éclairée par celle de vos interlocuteurs.

L'ÉTHIQUE ET LA CERTIFICATION

Le critère 1.C de la certification porte sur la démarche éthique. La HAS évaluera sans doute ce critère à partir des comptes rendus du comité. Avant toute chose, il est indispensable que chaque éta-

bissement puisse offrir à tous les participants une formation de qualité pour tous ceux qui participent à cette instance.

POUR ALLER PLUS LOIN

- Rapport Cordier sur « *L'organisation de l'éthique dans les établissements* ».
- Avis du Comité national consultatif d'Éthique.

Annexe

MIEUX CONNAÎTRE MON ÉTABLISSEMENT : LES DONNÉES-CLÉ

Demandez à l'établissement de vous fournir régulièrement ces données ainsi que son organigramme, par pôles. Elles sont en général disponibles dans les plaquettes de présentation ou 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 CAL CRUQPC CLIN CLAN CLUD COVIRIS
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'opérations, 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-CLÉ 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	

Coordonnées des CISS régionaux

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

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

• **CISS Languedoc-Roussillon**

Présidente : Annie Morin
UNILIA - 393, rue de l'Hostellerie
30018 Nîmes Cedex
Tél. : 04 66 27 02 18 / lecisslr@orange.fr
www.leciss.org/ciss-languedoc-roussillon

• **CISS Limousin**

Président : Patrick Charpentier
4, avenue de la Révolution
87000 Limoges
Tél. : 05 44 00 00 57 / limousin@leciss.org
www.sante-limousin.fr/public/
associations-dusagers

• **CISS Lorraine**

Président : Pierre Lahalle-Gravier
c/o OHS – 1, rue du Vivarais
54500 Vandœuvre-lès-Nancy
Tél. : 03 83 28 25 91 / lorraine@leciss.org
lorrains.fr/ciss

• **CISS-Martinique**

Présidente : Jeanne Emérante Defoi
Ligue contre le Cancer-Comité Martinique
Immeuble Le Trident - BP 789
Bât. A - Cité Mongérald
97244 Fort-de-France Cedex
Tél. : 05 96 70 20 38 / martinique@leciss.org
www.leciss.org/ciss-martinique

• **CISS Midi-Pyrénées**

Président : Lucien Mazenc
Hôpital Joseph Ducuing
15, rue de Varsovie
31300 Toulouse
Tél. : 05 63 79 06 78 ou 06 37 66 54 34
pascal.dero@orange.fr
www.leciss.org/ciss-midi-pyrenees

• **CISS Nord-Pas-de-Calais**

Président : Pierre-Marie Lebrun
c/o UDAF
3, rue Gustave Delory - BP 1234
59013 Lille Cedex
Tél. : 03 20 54 97 61 / leciss.npdc@gmail.com
www.leciss-npdc.com

• **CISS Océan-Indien**

Présidente : Véronique Minatchy
1, allée Vert Pré
97419 La Possession
Île-de-la-Réunion
Tél. : 06 92 400 396
ciss.oceanindien@gmail.com
www.leciss.org/ciss-ocean-indien

• **CISS Pays-de-la-Loire**

Présidente : Véronique Pozza
16, rue Hermann Geiger
44300 Nantes
Tél. : 02 40 75 23 65 ou 06 99 49 36 37
secretariat-pdl@leciss.org
www.leciss.org/ciss-pays-de-la-loire

• **CISS Picardie**

Président : Henri Barbier
91, rue André Ternynck
02300 Chauny
Tél. : 03 23 57 55 67 / picardie@leciss.org
www.leciss.org/ciss-picardie

• **CISS Poitou-Charentes**

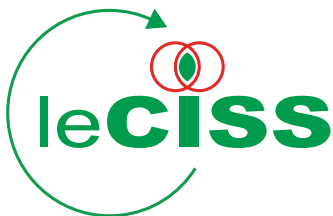
Président : Alain Galland
28, rue Mirabeau
16000 Angoulême
Tél. : 05 45 38 77 56 / poitoucharentes@leciss.org
www.leciss.org/ciss-poitou-charentes

• **CISS Provence-Alpes-Côte d'Azur**

Président : Michel Lecarpentier
143, avenue des Chutes-Lavie
13013 Marseille
Tél. : 04 91 06 47 68 / contact@ciss-paca.org
www.ciss-paca.org

• **CISS Rhône-Alpes**

Présidente : Bernadette Devictor
Palais de la Mutualité
1, place Antonin Jutard
69421 Lyon Cedex 3
Tél. : 04 78 62 24 53 / contact@cissra.org
www.cissra.org



Collectif Interassociatif Sur la Santé

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

Les associations membres sont au nombre de 39 :

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

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

NOS PRINCIPAUX OBJECTIFS :

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

Des collectifs existent aussi en région :

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

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