

Rapport 2007

Droits des malades et des usagers du
système de santé

Conférence Régionale de Santé de
Picardie

Mai 2009

Sommaire

Introduction.....	2
1. Présentation de l'étude.....	5
1.1. Répartition des établissements en fonction de leur statut.....	5
1.2. Répartition des établissements en fonction du département.....	6
1.3. Répartition des établissements en fonction de leur statut et de leur département.....	6
2. Analyse et synthèse des rapports départementaux.....	7
2.1. Installation de la Commission des relations avec les usagers.....	7
2.2. Composition de la Commission des relations avec les usagers.....	8
2.3. Fonctionnement de la CRU.....	11
2.4. Conclusion.....	14
3. Les droits des malades et des usagers du système de santé : représentativité dans les instances de santé de Picardie.....	14
3.1. Composition du groupe de travail.....	15
3.2. Calendrier des travaux.....	15
3.3. Les thèmes de travail choisis pour 2008.....	15
3.3.1. Enquête sur la participation des usagers aux instances des établissements de santé de la région Picardie.....	16
3.3.2. Recensement des instances.....	19
3.3.3. Recensement des formations.....	20
3.3.4. Conclusion.....	21
4. Conclusion générale.....	22
Annexes.....	23
Annexe n°1 : Liste des établissements de soins pour les trois départements.....	24
Annexe n°2 : Les résultats de l'enquête : participation des usagers aux instances des établissements de santé.....	27
Annexe n°3 : Instances où la présence de représentants des usagers est prévue par des textes législatifs ou réglementaires.....	55
Annexe n°4 : Les formations organisées par le CISS Picardie en 2007.....	110

Table des illustrations

Figure 1: Répartition des 64 établissements en fonction du statut.	5
Figure 2: Répartition des 64 établissements en fonction du département.....	6
Figure 3: Répartition des 64 établissements en fonction du statut et du département...6	6
Figure 4: Nombre de CRU installées en 2007, en fonction du statut de l'établissement et du département.	7
Figure 5: Répartition des membres manquants en fonction de leur qualité.....	8
Figure 6: Répartition des membres manquants en fonction du département.	9
Figure 7: Nombre de membres de la CRU manquants en fonction de leur qualité et pour chaque département.....	9
Figure 8: Nombre d'établissements présentant un nombre de membres manquants dans les CRU en fonction de leur statut et du département.	10
Figure 9: Moyenne annuelle par établissement des réunions par département.....	11
Figure 10: Moyenne annuelle du nombre de dossiers traités par établissement et par département.....	12
Figure 11: Répartition des dossiers traités en fonction du statut de l'établissement et du département.	13

Liste des abréviations

ARH : Agence Régionale de l'Hospitalisation.

CISSPIC : Collectif Interassociatif Sur la Santé de PICardie.

CRU : Commission des relations avec les usagers.

CRUQPEC : Commission des Relations avec les Usagers et de la Qualité de la Prise En Charge.

DDASS : Direction Départementale des Affaires Sanitaires et Sociales.

DRASS : Direction Régionale des Affaires Sanitaires et Sociales.

PSPH : Privé participant au Service Public Hospitalier.

RU : Représentant des usagers.

Textes de référence :

- Loi n° 2002-303 du 4 Mars 2002 relative aux droits des malades et à la qualité du système de santé.
- Loi n°2004-806 du 9 Août 2004 relative à la politique de santé publique, instituant notamment les articles L1411-12 et 13 du Code de Santé Publique.
- Article R1411-1 et suivants du Code de Santé Publique.
- Circulaire DGS/SD1B n° 2006-355 du 10 juillet 2006 relative au rapport spécifique de la Conférence Régionale de Santé sur le respect des droits des usagers du système de santé.
- Arrêté du 10 juillet 2006 relatif au modèle du rapport spécifique de la Conférence Régionale de Santé sur le respect des droits des usagers du système de santé.
- Circulaire de novembre 2009.

Dans le cadre de ses missions, la Conférence Régionale de Santé est tenue de réaliser un rapport spécifique relatif à l'évaluation des conditions dans lesquelles les droits des malades et des usagers du système de santé sont appliqués et respectés. Ainsi, la Conférence Régionale de Santé s'organise en formation spécialisée afin de réaliser l'évaluation qui sera transmise, après validation, au Ministère de la Santé.

Le rapport spécifique est basé sur trois principes définis dans la Circulaire n°DGS/SD1B/2006/355 du 10 juillet 2006:

- « Celui-ci peut s'appuyer essentiellement sur les données existantes dans les régions, tant quantitatives que qualitatives même si elles ne sont pas exhaustives, et prenant en compte l'expression des usagers.
- Il est légitime que ce rapport ne soit pas limité aux seuls droits envisagés dans leur dimension formelle et qu'il prenne en compte des éléments de satisfaction des besoins de la population. Toutefois, il ne peut être un rapport global sur la qualité du système de santé dans la région.
- Un minimum de thématiques communes sur le respect des droits des usagers devra être traité par l'ensemble des Conférences Régionales de Santé pour permettre une synthèse transversale pour le rapport annuel de la Conférence Nationale de Santé ».

Le rapport spécifique sur les droits des usagers doit prendre en compte les droits des usagers en tant qu'individu mais également les droits des usagers inscrits dans une collectivité.

Dans le but de veiller au respect des droits des usagers du système de santé, des Commissions des relations avec les usagers et de la qualité de la prise en charge ont été mises en place au sein des établissements de santé. Ainsi, elles contribuent à l'amélioration de la politique d'accueil et de prise en charge des usagers du système de Santé.

Des rapports 2007 des Commissions des relations des usagers des trois départements de Picardie ont été colligés par les Directions Départementales des Affaires Sanitaires et Sociales et ont été envoyés à la Direction Régionale des Affaires Sanitaires et Sociales dans le but d'effectuer une synthèse régionale de l'évaluation des conditions dans lesquelles les droits des usagers et des malades sont appliqués.

Les points abordés lors de cette synthèse concernent l'installation, la composition et le fonctionnement des Commissions des relations avec les usagers.

Afin de pouvoir effectuer une analyse comparative entre les trois départements, des indicateurs communs aux trois comptes-rendus ont été recherchés :

- Nombre de CRU installées.
- Nombre de rapports d'activité reçus par les Directions Départementales des Affaires Sanitaires et Sociales.
- Nombre de représentants de membres présents au sein des CRU.
- Nombre de réunions.
- Nombre de dossiers traités (Plaintes/réclamations et demandes de dossiers médicaux).

1. Présentation de l'étude.

Chaque année, les établissements de soins (Cf. Annexe n° 1 : Liste des établissements de soins dans les trois départements) doivent envoyer leur rapport d'activité, concernant la Commission des relations avec les usagers, à la Direction Départementale des Affaires Sanitaires et Sociales. Pour le département de l'Oise, la DDASS a jugé plus pertinent de réaliser une enquête auprès des établissements.

Sur l'ensemble de la Région, 64 établissements sur 77 ont envoyé un rapport d'activité ou ont répondu au questionnaire. Ainsi, le taux de retours est de 83,11%, soit un taux de retours supérieur de 7,81% par rapport aux chiffres de 2006. Le taux de participation le plus important est celui de l'Oise avec 96,97%, suivi de 85,71%¹ pour la Somme et de 63,64% pour l'Aisne.

Le département de l'Oise affiche un taux de retours aussi conséquent grâce au concours d'un questionnaire diffusé auprès des établissements de soins.

1.1. Répartition des établissements en fonction de leur statut.

La répartition des 64 établissements en fonction de leur statut est illustrée par le diagramme suivant. Le statut des établissements peut-être public, privé participant au service public hospitalier (PSPH) ou encore privé.

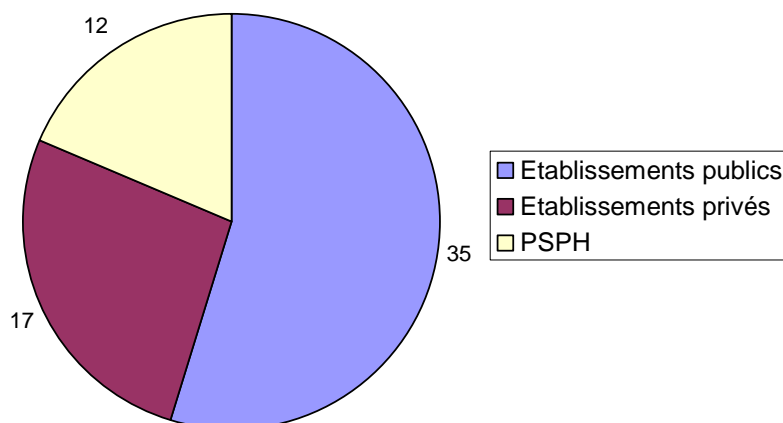


Figure 1: Répartition des 64 établissements en fonction du statut.

¹ Le taux de participation pour la Somme a été calculé en prenant en compte les rapports d'activité pour l'année 2007 et ceux réalisés pour les années 2007/2008.

Parmi les 64 établissements participant à l'étude, 54,69% appartiennent au service public, 26,56% appartiennent au secteur privés et 18,75% au privé participant au service public hospitalier.

1.2. Répartition des établissements en fonction du département.

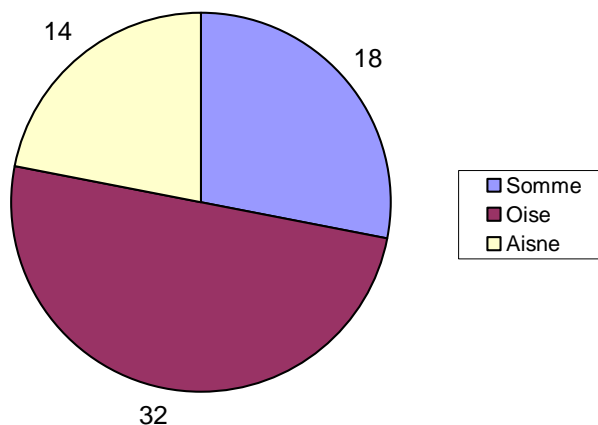


Figure 2: Répartition des 64 établissements en fonction du département.

Parmi les 64 établissements participant à l'étude, 50% se trouvent dans le département de l'Oise, 28,13% dans le département de la Somme et 21,88% appartiennent au département de l'Aisne.

1.3 Répartition des établissements en fonction de leur statut et de leur département.

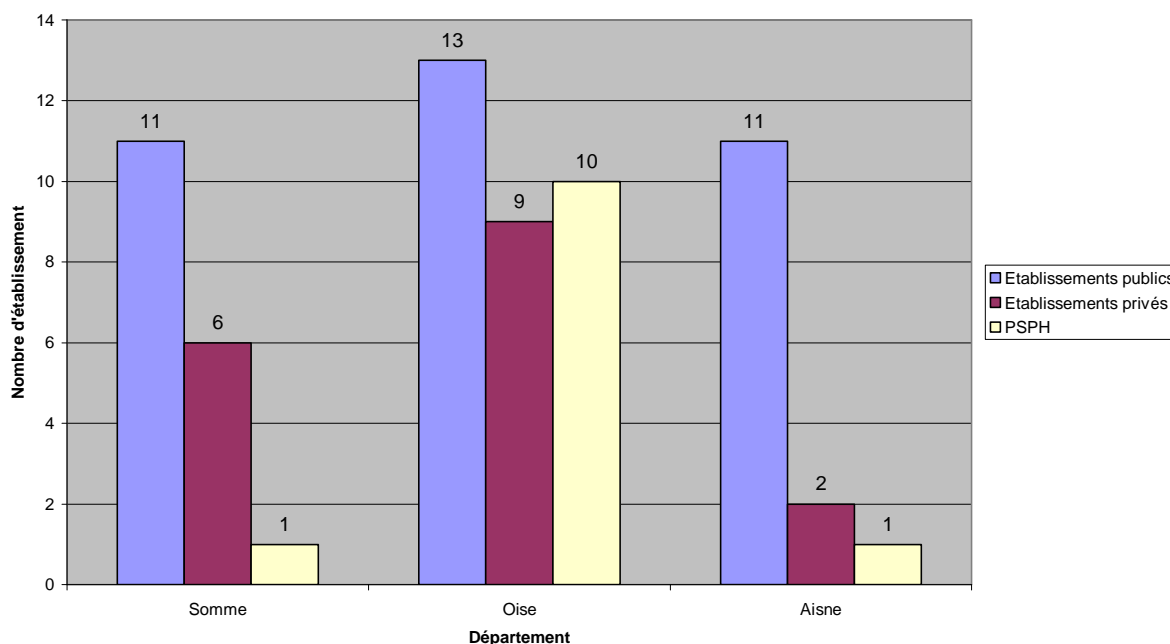


Figure 3: Répartition des 64 établissements en fonction du statut et du département.

L'observation du diagramme en barres ci-dessus permet de conclure que le nombre de réponses est supérieur dans le département de l'Oise aussi bien dans les établissements publics, privés que dans les établissements PSPH. L'écart entre les départements de la Somme et l'Aisne et le département de l'Oise se creuse davantage pour le statut Privés et le statut PSPH.

2. Analyse et synthèse des rapports départementaux.

Les thématiques traitées par les DDASS pour l'année 2007 sont les suivantes :

- Installation des CRU en 2007.
- Composition des CRU.
- Fonctionnement de la CRU.

2.1 Installation de la Commission des relations avec les usagers.

En 2007, 7 CRU ont été installées dans l'Oise, 5 dans la Somme et aucune dans l'Aisne. Le diagramme en barres ci-dessous, indique le nombre de Commissions des relations avec les usagers mises en place au cours de l'année 2007 au sein des établissements publics, privés et des PSPH de chaque département.

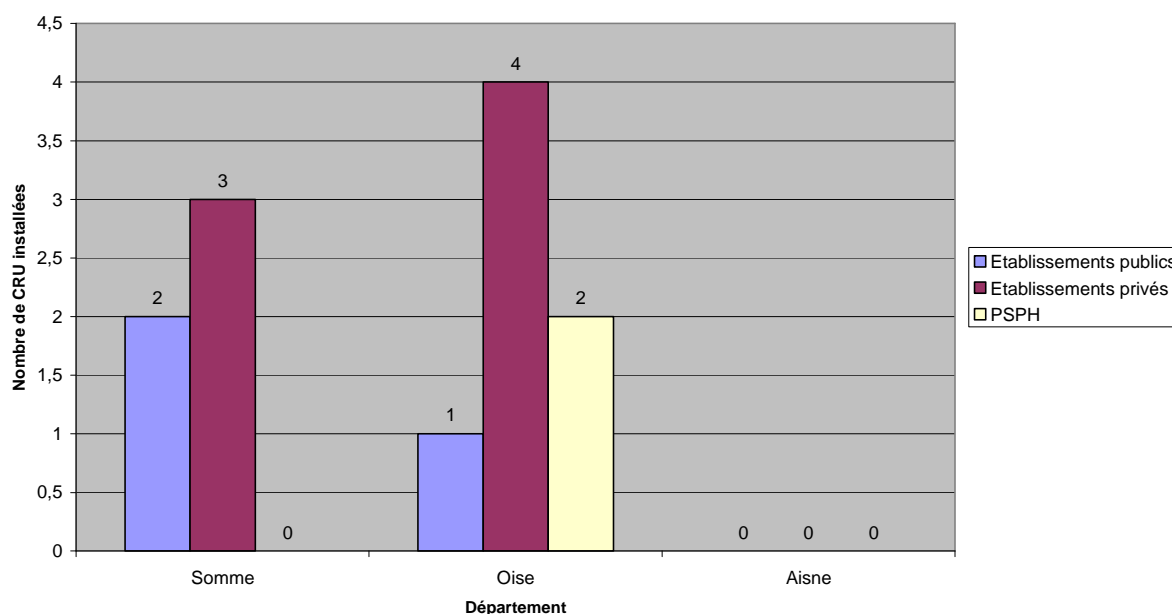


Figure 4: Nombre de CRU installées en 2007, en fonction du statut de l'établissement et du département.

Le département de la Somme présente en 2007 le nombre de CRU installées le plus important dans les établissements publics. Cependant, en ce qui concerne les établissements privés, l'Oise affiche le nombre de CRU installées le plus important.

Il convient de souligner que la majorité des CRU ont été installées avant l'année 2007. Rappel : 14 CRU ont été installées dans la Somme, 13 dans l'Aisne et 23² dans l'Oise. Ces CRU ont été majoritairement installées dans les établissements publics.

2.2 Composition de la Commission des relations avec les usagers.

Selon le décret n°2005-213 du 2 mars 2005 relatif à la Commission des relations avec les usagers et de la prise en charge et modifiant le code de santé publique, la composition de celle-ci doit être comme suit :

-Le représentant légal de l'établissement ou la personne qu'il désigne à cet effet, président ;

-Deux médiateurs et leurs suppléants, désignés par le représentant légal de l'établissement dans les conditions prévues à l'article R.1112-82 ;

-Deux représentants des usagers et leurs suppléants, désignés par le directeur par le directeur de l'ARH dans les conditions prévues à l'article R. 1112-83.

La composition de la CRU de chaque établissement a été comparée à la composition ci-dessus. Le nombre de personnes manquantes par rapport à la composition réglementaire a été comptabilisé.

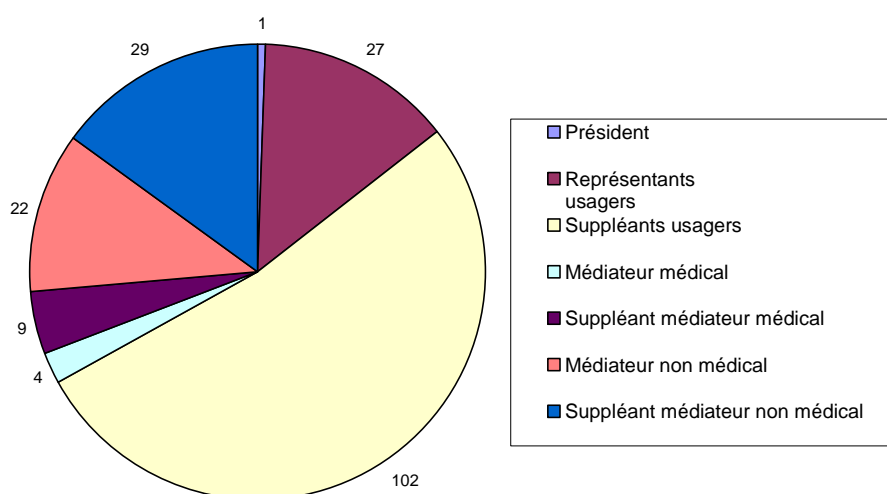


Figure 5: Répartition des membres manquants en fonction de leur qualité.

Les membres les plus souvent absents sont les suppléants des usagers suivis du suppléant médiateur non médical, des représentants des usagers et du médiateur non médical.

² 3 établissements ont déclaré avoir installé une CRU mais n'ont pas précisé la date de mise en place. Ces 3 CRU n'apparaissent, ni dans les chiffres de 2007, ni dans les chiffres antérieurs à 2007.

Répartition des membres manquants par département.

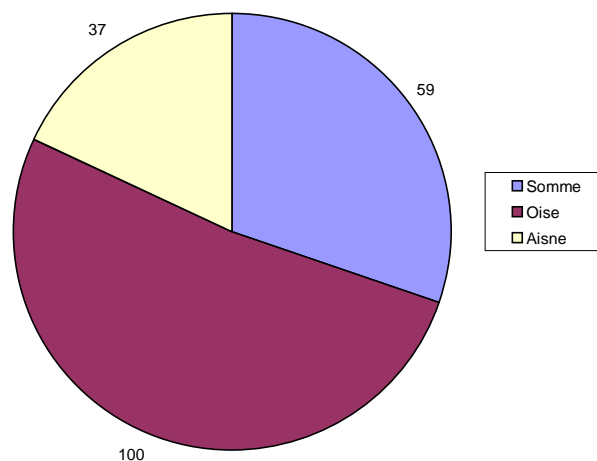


Figure 6: Répartition des membres manquants en fonction du département.

Le taux d'absentéisme se trouve généralement dans le département de l'Oise qui présente un taux d'absentéisme de 51,02%.

Le département de la Somme affiche un taux d'absentéisme de 30,10% et l'Aisne de 18,88%.

Membres de la CRU manquants pour obtenir la composition minimale pour chaque département.

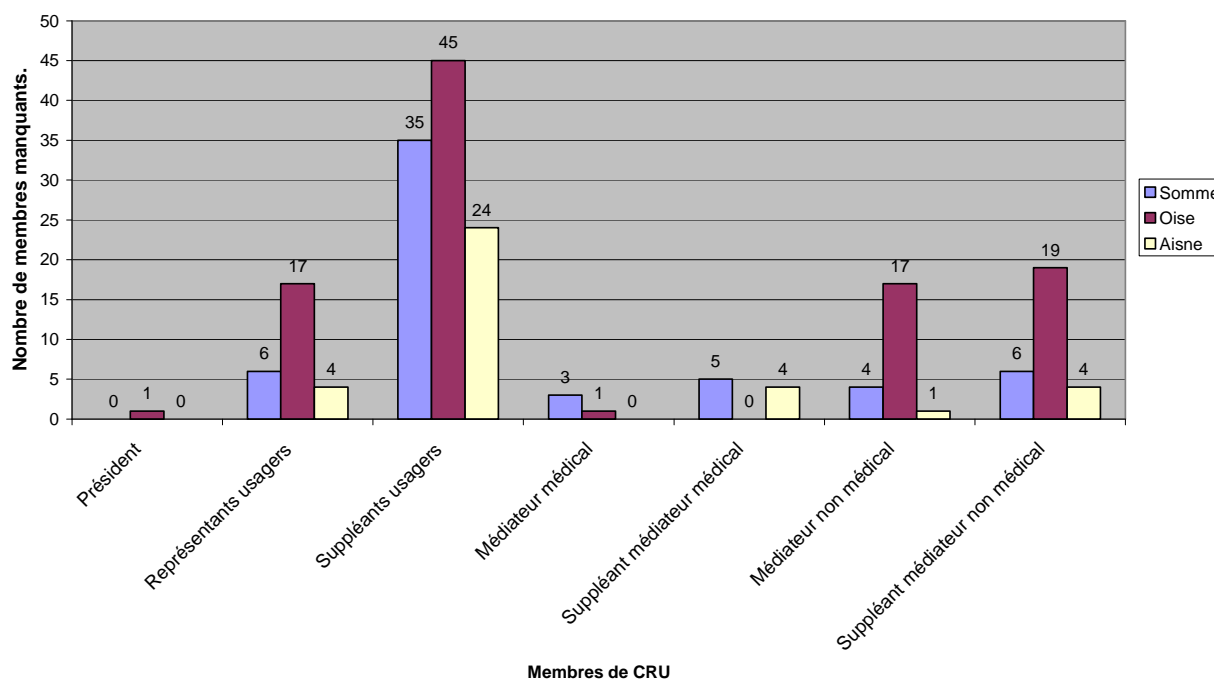


Figure 7: Nombre de membres de la CRU manquants en fonction de leur qualité et pour chaque département.

D'une manière plus générale, les représentants des usagers (titulaires et suppléants) sont en effectif réduit au sein des Commissions des relations avec les usagers sur l'ensemble de la région.

Le diagramme en barres ci-dessous est basé sur la composition de référence définie dans l'Oise : le président, le médiateur médical et son suppléant, les deux représentants des usagers et leurs suppléants.

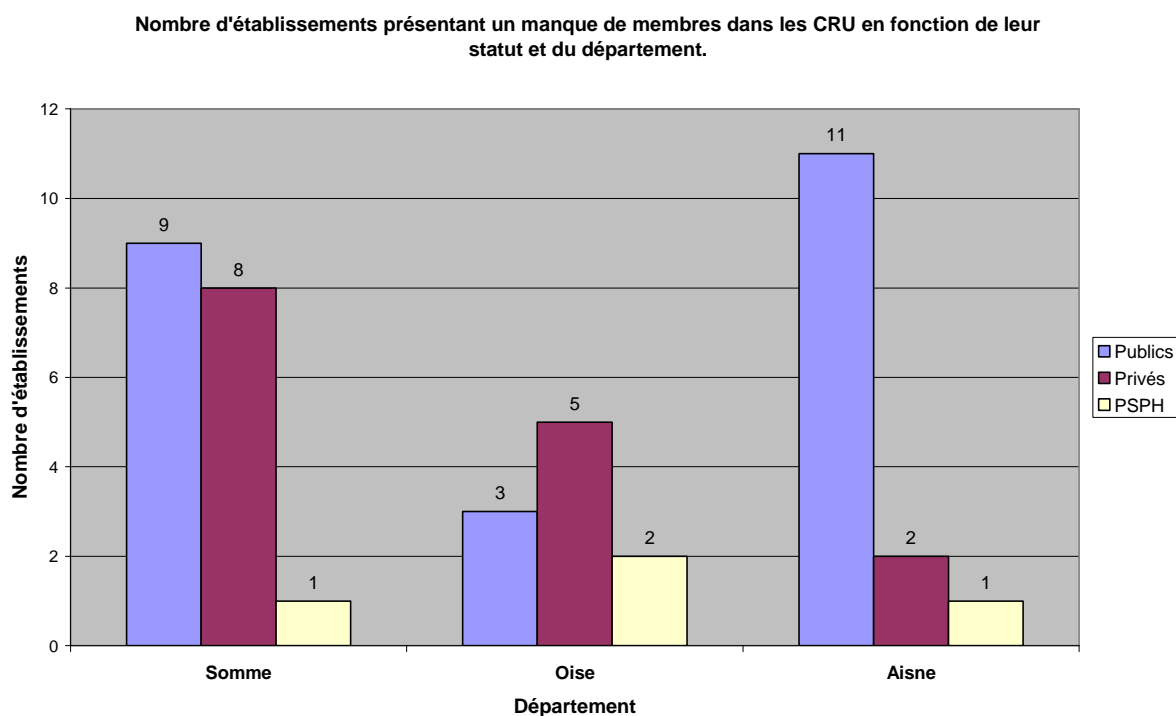


Figure 8: Nombre d'établissements présentant un nombre de membres manquants dans les CRU en fonction de leur statut et du département.

Les départements de la Somme et de l'Aisne présentent un nombre d'établissements, ayant un manque de membres dans les CRU plus important dans les structures publiques. Dans le département de l'Oise, il s'agit des structures privées. Il est à noter que c'est dans ce département qu'elles sont les plus importantes.

Analyse complémentaire pour le département de l'Oise.

Le département de l'Oise a voulu connaître les raisons pour lesquelles certains établissements ont des difficultés à trouver des représentants des usagers. 24% des établissements de l'Oise sont touchés par ce problème.

Les raisons recensées par ces établissements sont les suivantes :

Nombres d'établissements concernés par la remarque	Motifs relevés
1	Difficultés à en trouver malgré les recherches poussées.
2	Pas d'appui de la part de l'ARH et de la DDASS.
1	Pas de candidature auprès de l'établissement.
1	Difficultés liées à la spécificité de la structure.
1	Changement de RU trop fréquente.
3	Un seul représentant des usagers pour l'établissement.
1	Pas de réponse de la part des associations sollicitées.
1	Difficultés à trouver les suppléants d'usagers

Les représentants des usagers siégeant aux CRU peuvent faire partie ou non d'associations disposant d'un agrément. On compte environ 86% des usagers membres d'une association agréée.

Les associations les plus représentées par les usagers sont dans l'Oise, l'UDAF Oise à 24,32%, suivie par l'Union nationale des amis et familles de malades mentaux à 18,92% et l'Association des paralysés de France 16,22%.

2.3. Fonctionnement de la CRU.

Le fonctionnement de la CRU est défini par le nombre de réunions effectuées durant l'année 2007 et par le nombre de situations traitées. Le nombre de dossiers traités correspondent au nombre de plaintes, réclamations et au nombre de demandes de dossiers médicaux.

➤ Nombre de réunions

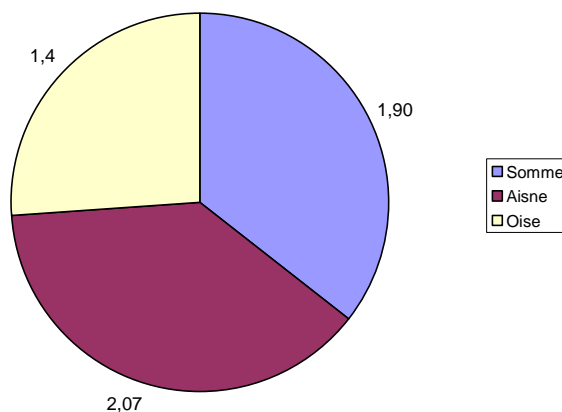


Figure 9: Moyenne annuelle par établissement des réunions par département.

La moyenne annuelle par établissement des réunions est plus importante pour le département de l'Aisne suivi de la Somme et de l'Oise.

Le nombre de réunions en fonction du statut de l'établissement et du département ne peut être déterminé par manque d'éléments présents dans le rapport de la DDASS de l'Oise.

➤ **Nombre de dossiers traités.**

La moyenne annuelle du nombre de dossiers traités par établissement et par département est représentée ci-dessous. Celles-ci ont été calculées en faisant le ratio du nombre de dossiers traités annuellement par département sur le nombre d'établissements³ ayant répondu à l'étude. De nombreux établissements n'ont pas communiqué ou n'ont pas comptabilisés le nombre de dossiers traités.

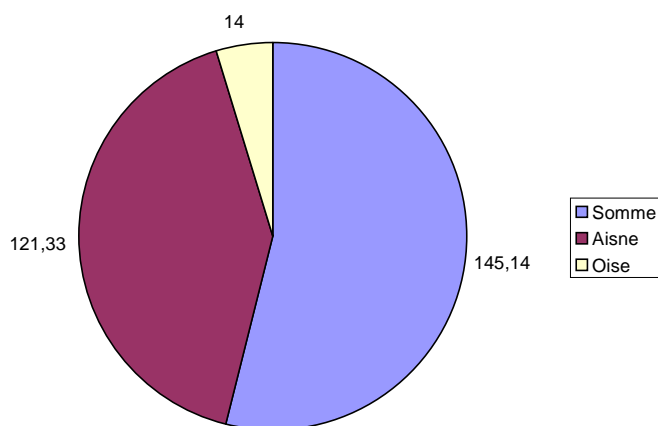


Figure 10: Moyenne annuelle du nombre de dossiers traités par établissement et par département.

On observe une moyenne annuelle du nombre de dossiers traités par établissement plus importante pour les départements de la Somme et de l'Aisne en comparaison à celle de l'Oise.

³ Le nombre d'établissements ayant indiqué le nombre de dossiers traités est de 9 dans l'Aisne et pour le département de la Somme, il est de 14 concernant les réclamations ou plaintes et de 11 concernant le nombre de demandes d'accès au dossier médical.

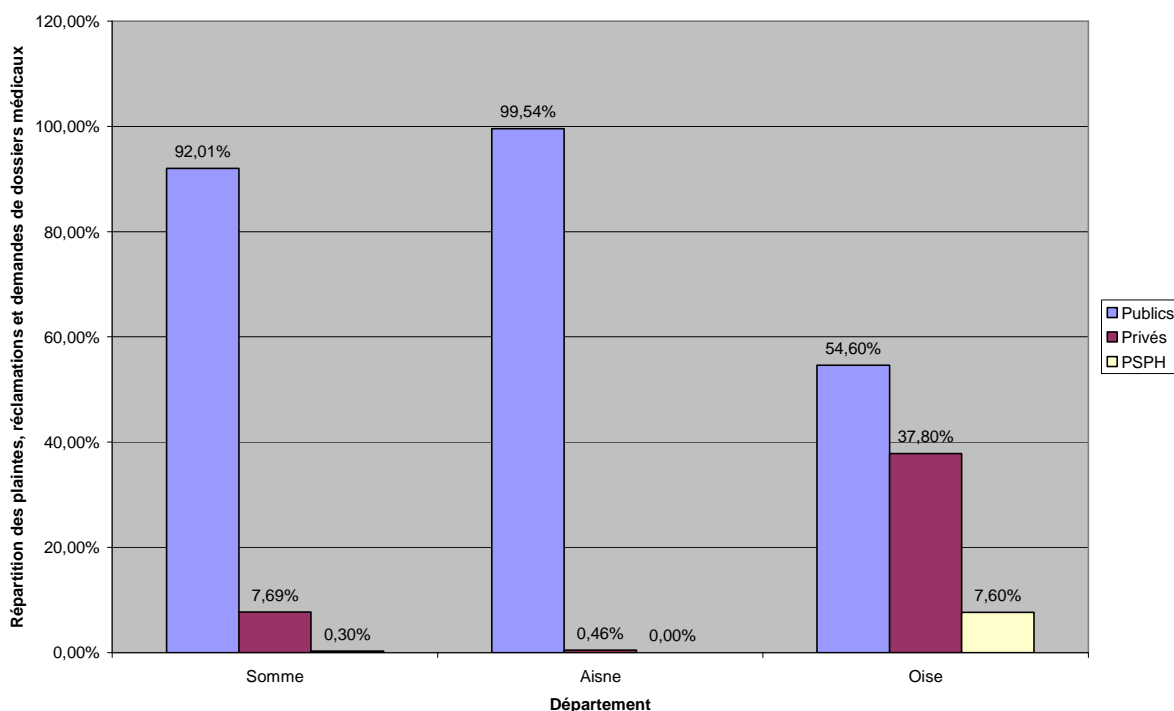


Figure 11: Répartition des dossiers traités en fonction du statut de l'établissement et du département.

Pour chaque département, la proportion de dossiers traités est plus importante dans les établissements publics que dans les établissements privés et PSPH.

Analyse complémentaire pour le département de la Somme.

Un questionnaire de satisfaction a été réalisé et mis en place dans 16 établissements de soins de la Somme pour connaître l'avis des usagers.

Analyse complémentaire pour le département de l'Oise.

La DDASS de l'Oise a demandé aux CRU des différents établissements du département si elles possédaient un règlement intérieur. 96,77% ont répondu par l'affirmatif. Pour 45% des établissements de l'Oise, la CRU s'intègre dans leur projet d'établissement (au niveau du volet qualité/gestion des risques).

Lors des réunions, 165 usagers ont été rencontrés durant l'année 2007, soit une moyenne de 5,5 usagers/an. Ces auditions concernaient les établissements publics pour 48,48%, les établissements PSPH pour 35,76% et les établissements privés pour 15,76%. On comptabilise 862 demandes recensées par les établissements soit une moyenne de 28,73 demandes par établissement. Le délai moyen de réponse est de 10,51 jours. De plus, 50 dossiers présentés à la CRU ont fait l'objet d'une décision juridictionnelle dont 46 concernent des établissements publics. 40% des décisions prises ont été favorables à l'utilisateur. A l'issue de l'analyse des dossiers traités durant l'année, 30% des structures ont formulé des recommandations. Celles-ci ont été prises en compte par le conseil d'administration dans 2 établissements. 61% des établissements affirment transmettre un rapport annuel à l'ARH mais seulement 7 sont parvenus à la DDASS en 2007.

Les recommandations suivantes sont classées par ordre d'importance:

- Droit à l'information du patient (charte du patient, procédure de consentement éclairé, dispositif d'annonce d'une maladie au patient, qualité de l'information délivrée au patient, information sur le rôle de la CRU...).
- Amélioration des conditions d'accueil et de séjour (restauration, investissements à réaliser par établissement.
- Amélioration de la communication institutionnelle (relation entre professionnels, rédaction de profils de poste).

- Mesure restrictive à l'encontre d'un patient ou d'une famille (interdiction de visite).
- Amélioration des procédures internes de fonctionnement (procédure qualité, hygiène, interdiction de visite à l'encontre de la famille concernée).
- Lutte contre les fugues, mise en place de nouvelles activités, déplacement de CRU auprès de l'utilisateur.
- Mise en place de nouvelles activités.
- Déplacement de CRU auprès de l'utilisateur.
- Elargissement de la CRU à d'autres membres.

2.4. Conclusion.

- Un taux de retour en progression par rapport à 2006 mais la totalité des établissements n'ont pas restitué leur rapport.
 - o Objectif : Relancer les différents établissements.
- Un nombre insuffisant de représentants des usagers au sein des CRU dans les trois départements.
 - o Objectif : Analyser les raisons pour lesquelles les établissements ont des difficultés à trouver des représentants.
- Activité des CRU : Le nombre de réunions et le nombre de dossiers traités est plus faible dans l'Oise par rapport aux deux autres départements.

3. Les droits des malades et des usagers du système de santé : représentativité dans les instances de santé de Picardie.

3.1. Composition du groupe de travail.

Mme Francine ANSEL, membre de la CRS
M. Henri BARBIER, membre de la CRS
Mme BOULNOIS, CHU Amiens
Mme Martine BOUTANTIN, membre de la CRS
M. Guy BRUET, membre de la CRS
M. le Pr CANARELLI, président de la CRS
Mme Corinne CAUET, Secrétaire Administrative, DRASS de Picardie
M. Philippe COCHET, membre du CISS Pic
M. André DELEHELLE, membre de la CRS
M. Gaston DEMEYER, association Diab 80
M. Frédéric DUPUIS, membre de la CRS
Mme Jacqueline FLAUSS, membre de la CRS
Mme le Dr FONTAINE, ESLM Amiens
Mme Pascale KEUSCH, membre de la CRS
M. LE HENAFF, membre de la CRS
Mme Marie-Christine LAFARGUE
Mme Chantal LEDOUX, Inspectrice Principale, DRASS de Picardie
Mme Michèle LE ROY, membre du CISS Pic
M. Alain MELCUS, membre de la CRS
M. Roger POULAIN, membre du CISS Pic
Mme Jeannine TISON, URCAM Picardie
M. Jean-William WALLET, membre de la CRS

3.2. Calendrier des travaux.

- Séance plénière de la CRS du 17 octobre 2007 : validation des groupes de travail.
- Réunion de bureau de la CRS des 23 janvier et 5 mars 2008, mise en place du groupe de travail, et validation de la composition du groupe de travail qui comprend des membres de la formation spécialisée et du CISS Pic.
- Réunion du groupe de travail du 9 avril 2008.
- Réunion du sous-groupe de travail le 21 mai 2008.
- Présentation du 1^{er} bilan d'étape lors de la réunion de bureau de la CRS du 10 juin 2008.
- Réunion du groupe de travail le 26 septembre 2008.
- Présentation du 2^{ème} bilan d'étape lors de la réunion de bureau de la CRS du 29 octobre 2008.

3.3. Les thèmes de travail choisis pour 2008.

3.3.1. Enquête sur la participation des usagers aux instances des établissements de santé de la région Picardie.

L'enquête a été envoyée à 83 établissements le 30 juin 2008. La date limite de retour était le 31 juillet mais les questionnaires arrivés jusqu'à mi-août ont été pris en compte pour l'analyse.

L'analyse des résultats a été confiée à l'Observatoire Régional de la santé et du Social de Picardie (OR2S).

44 ont répondu soit un taux de participation de 53%, les résultats portent sur 43 établissements car un questionnaire a été retourné lorsque l'analyse était terminée.

Les 44 établissements sont répartis de la manière suivantes : 21 centres hospitaliers, 8 cliniques, 5 hôpitaux locaux et 10 autres (centres de rééducation fonctionnelle, maisons de santé et maisons de convalescences).

Il est souligné que parmi les 47% de non réponses, se trouvent des établissements d'une certaine importance.

L'enquête portait sur la participation des usagers aux instances des établissements de santé :

- Conseil d'Administration (obligatoire).
- Commission des Relations avec les Usagers et de la Qualité de la Prise en Charge (obligatoire).
- Comité de Lutte contre les Infections Nosocomiales (obligatoire).
- Comité Liaison Alimentation Nutrition (obligatoire).
- Comité de LUTte contre la Douleur (facultative).
- Groupe d'Auto-Évaluation – Certification (obligatoire).
- Conférence Sanitaire Territoriale (obligatoire).
- Commission PHarmacoVigilance (facultative).
- COMmission d'Activités Libérales.
- Groupe de Travail - Projet d'Établissement.

Les résultats de l'enquête sont : en moyenne plus de 80% des désignations des titulaires et des remplaçants effectuées quelle que soit l'instance où siègent les usagers mais des différences sensibles sont observées suivant le type d'établissements, en fonction du nombre de places offertes (titulaires et remplaçants), en termes de participation.

(Cf. Annexe n°2 : Etude du tableau des Représentants des Usagers dans les Etablissements de santé).

Réponses :

- **Total des réponses** 45 dont celles de :
 - 25 hôpitaux publics.
 - 10 cliniques privées.
 - 8 établissements privés à but non lucratifs.
 - 2 établissements pour personnes âgées.

A noter qu'un établissement a répondu qu'il n'avait pas de R.U.

- **Conseil d'Administration** : 61 R.U. au total.

- Etablissements publics :
 - 3 R.U. dans 7 établissements.
 - 2 R.U. dans 14 établissements.
 - 1 R.U. dans 4 établissements.
- Cliniques privées :
 - 2 R.U. dans 3 établissements.
- Autres établissements :
 - 1 R.U. dans 2 établissements.

Constat :

Le nombre de R.U. dans les Conseils d'administration des établissements publics est majoritairement de 2. A noter que 7 seulement sur 25 ont les 3 R.U. réglementaires alors que 3 établissements n'en ont qu'un. 3 établissements privés ont indiqué avoir des R.U. dans leur Conseil d'administration, ce qui paraît assez curieux.

- CRUQPC : 99 R.U. au total.

- 4 R.U. dans 7 établissements.
- 3 R.U. dans 10 établissements
- 2 R.U. dans 18 établissements.
- 1 R.U. dans 5 établissements.
- 0 R.U. dans 5 établissements.

Constat :

C'est la commission la plus fournie en nombre de R.U. mais avec seulement un taux moyen de couverture de 55%. Seuls 7 établissements sur 45 ont les 4 R.U. réglementaires (titulaires et suppléants), la majorité étant de 2 R.U. dans 19 établissements. A noter que 5 établissements n'ont qu'un R.U. et 5 autres pas du tout.

- CLIN : 48 R.U. au total.

- 5 R.U. dans 1 établissement.
- 3 R.U. dans 1 établissement.
- 2 R.U. dans 12 établissements.
- 1 R.U. dans 16 établissements.

Constat :

30 établissements sur 45 ont au moins 1 R.U. dans cette commission, soit 66%. C'est la proportion la plus importante qui montre l'intérêt des établissements pour la lutte contre les infections nosocomiales.

- CLAN : 23 R.U. au total.

- 4 R.U. dans 1 établissement.
- 2 R.U. dans 6 établissements.
- 1 R.U. dans 7 établissements.

Constat :

14 établissements sur 45 ont au moins 1 R.U. dans cette commission, soit 31%.

- **CLUD** : 12 R.U. au total.
 - 3 R.U. dans 1 établissement.
 - 2 R.U. dans 3 établissements.
 - 1 R.U. dans 3 établissements.

Constat :

7 établissements sur 45 ont au moins 1 R.U. dans cette commission, soit 15%.

- **Cancer** : 2 R.U. au total.
 - 2 R.U. dans 1 Ets

Constat :

1 seul établissement a des R.U. dans le Comité Cancer, soit 2%. C'est insignifiant.

- **Commission d'activités libérales** : 9 R.U. au total
 - 5 R.U. dans 1 établissement.
 - 1 R.U. dans 4 établissements.

Constat :

5 établissements ont au moins 1 R.U. dans cette commission, soit 11%.

- **Pharmacovigilance** : R.U. au total.
 - 2 R.U. dans 1 établissement.
 - 1 R.U. dans 1 établissement.

Constat :

2 établissements ont des R.U. dans cette commission, soit 4%. C'est quasi insignifiant.

- **Projet d'établissement** : 9 R.U. au total.
 - 2 R.U. dans 4 établissements.
 - 1 R.U. dans 1 établissement.

Constat :

5 établissements ont en tout 9 R.U. impliqués dans leur projet d'établissement. C'est très peu.

- **Certification** : 56 R.U. au total.
 - 5 R.U. dans 1 établissement.
 - 4 R.U. dans 2 établissements.
 - 3 R.U. dans 2 établissements.
 - 2 R.U. dans 15 établissements.
 - 1 R.U. dans 7 établissements.

Constat :

27 établissements sur 45, soit 60%, ont fait appel à des R.U. pour leurs groupes d'auto-évaluation. C'est une proportion importante. Ceci montre l'intérêt compris par les établissements de la présence de R.U. dans les groupes de travail pour la certification.

- **Conférence sanitaire de territoire** : 19 R.U. au total.
 - 5 R.U. dans 1 établissement.
 - 3 R.U. dans 3 établissements.
 - 2 R.U. dans 1 établissements.
 - 1 R.U. dans 3 établissements.

Constat :

8 établissements sur 45, soit 18%, ont désigné au moins 1 R.U. dans cette instance.

- **Comité de Pilotage Qualité** : 6 R.U. au total.
 - 3 R.U. dans 1 établissement.
 - 2 R.U. dans 1 établissement.
 - 1 R.U. dans 1 établissement.

Constat :

3 établissements sur 45, soit 7% ont intégré les R.U. dans le Groupe Qualité. C'est très peu.

- **Autres** : 16 R.U. au total.

3.3.2. Recensement des instances.

(Cf. Annexe n°3 : Instances où la présence de représentants des usagers est prévue par des textes législatifs ou réglementaires).

Le secrétariat de la Conférence Régionale de Santé de Picardie avec le concours du centre de ressources documentaires commun de la Direction Régionale des Affaires Sanitaires et Sociales de Picardie et de la Direction Départementale des Affaires Sanitaires et Sociales de la Somme a réalisé un recensement des différentes instances où siègent des représentants des usagers. Une trentaine de commissions ont été recensées :

- Centre de lutte contre le cancer - conseil d'administration.
- Centre de Coordination en Cancérologie (3c).
- CLAN (comité de liaison en alimentation et nutrition) - conseil d'administration.

- CLIN (comité de lutte contre les infections nosocomiales).
- CLUD (comité de lutte contre la douleur)- conseil d'administration.
- Commission d'appel d'offres.
- Commission Régionale Addictions.
- Comité de l'aide médicale urgente, de la personne des soins et des transports sanitaires.
- Conférences sanitaires.
- Conseil de l'ordre des masseurs-kinésithérapeutes.
- Conseil de l'ordre des pédicures-podologues.
- COREVIH (comités de coordination de la lutte contre l'infection par le virus de l'immunodéficience humaine).
- Conseil d'administration des établissements de santé (CA).
- Conseil d'administration des établissements sociaux et médico sociaux (CA).
- Conseil de la vie sociale.
- CORU - SROS (comité régional des usagers – schéma régional de l'organisation des soins)
- CPP (comité de protection des personnes).
- CRCI (commission régionale de conciliation et d'indemnisation).
- CRCSM (commission régionale de concertation en santé mentale).
- CROS (comité régional de l'organisation sanitaire).
- CROSEA (commission régionale de l'organisation des soins de l'enfant et de l'adolescent).
- CROSMS (comité régional de l'organisation sociale et médico-sociale).
- CRS (Conférence régionale de Santé).
- CRUQPC (commission des relations avec les usagers et de la qualité» de la prise en charge).
- EFS (établissements de transfusion sanguine).
- Groupe certification – comité de pilotage.
- Groupe certification – groupe auto-évaluation.
- GRSP (groupement régional de santé publique) - conseil d'administration.
- GRSP (groupement régional de santé publique) - comité des programmes.
- Instances de participation.
- Observatoire régional du médicament.

3.3.3. Recensement des formations.

- **Les formations dans les établissements de santé :**

En 2007 : 8 établissements de santé ont réalisé des formations pour les représentants des usagers (3 dans l'Aisne, 2 dans l'Oise et 3 dans la Somme).

En 2008 : 8 établissements de santé ont envisagé de réaliser des formations pour les représentants des usagers (3 dans l'Aisne, 1 dans l'Oise et 4 dans la Somme).

Les thèmes des formations sont : droits des malades, personne de confiance, la certification, les infections nosocomiales, la révision de la loi de fin de vie, l'hygiène, la Commission des Relations des Usagers et de la Qualité de la Prise en Charge (CRUQPC).

* Les formations du CISS Pic (Cf. Annexe n°4 : Les formations organisées par le CISS Picardie en 2007).

* Des représentants des usagers ont participé à des formations organisées par le CISS National à titre individuel.

3.3.4. Conclusion.

A l'issue des travaux, le groupe de travail a émis des propositions : relance des établissements qui n'ont pas répondu, création d'un pôle pour la centralisation des formations, contact avec les associations pour trouver de nouveaux représentants des usagers, renforcement des formations avec ouverture à toutes les associations.

4. Conclusion générale.

Après l'étude de ces trois rapports, il apparaît un manque conséquent des représentants des usagers au sein des différentes instances de Picardie et notamment au sein des Commissions des relations avec les usagers et de la qualité de prise en charge. C'est pourquoi il semble important d'analyser les raisons pour lesquelles il est difficile de trouver des représentants des usagers sur les trois départements dans le but de mettre en place des solutions adaptés.

Ainsi, la Conférence Régionale de Santé de Picardie, réunie le 29 Avril dernier, tend à améliorer la politique de la politique d'accueil et de prise en charge des personnes malades et de leurs proches, en mettant l'accent pour l'année 2009 sur :

- La représentation de manière exhaustive des Usagers dans les établissements de santé de la région.
- L'aide à la formation des bénévoles avec le CISSPIC.

Annexes

Annexe n°1 : Liste des établissements de soins pour les trois départements.

➤ **Etablissements de la Somme:**

CHU Amiens
CH Ham : établissement n'ayant pas saisi la CRUQPEC.
CH Péronne
CH Roye
CH Albert
CHS Philippe Pinel
HL Rue
CH Abbeville
CH Montdidier
CH Doullens
CH Corbie
HL Saint Valéry
HAD Soins Service à Rivery
SAS Cardiologie et urgences à Amiens
Groupe Santé Victor Pauchet à Amiens
Centre des trois vallées Corbie
Polyclinique de Picardie à Amiens
Etablissement du val d'Ancre à Albert
Clinique du val d'Aquennes à Villers-Bretenneux
Polyclinique Saint Isabelle à Abbeville
Clinique de l'Europe à Amiens

Un seul rapport d'activité a été effectué.

Un seul rapport d'activité a été effectué

➤ **Etablissements de l'Aisne :**

Saint-Quentin
Soisson
Laon
Château Thierry
Chauny
Guisse
La Fère
Hirson : n'a pas envoyé de rapport d'activité pour l'année 2007.
Vervins
Le Nouvion : n'a pas envoyé de rapport d'activité pour l'année 2007.
Saint-gobain
Bohain
Prémontré
Villiers St Denis
APTE Bussy
Clinique Saint Claude: n'a pas envoyé de rapport d'activité pour l'année 2007.
St Christophe-St-Martin-Courlancy : n'a pas envoyé de rapport d'activité pour l'année 2007.
La Roseraie
Saint Monique: n'a pas envoyé de rapport d'activité pour l'année 2007.
AMSAM: n'a pas envoyé de rapport d'activité pour l'année 2007.
ADMR: n'a pas envoyé de rapport d'activité pour l'année 2007.
Croix Rouge: n'a pas envoyé de rapport d'activité pour l'année 2007.

➤ **Etablissements⁴ de l'Oise :**

Maison de Repos et de convalescence Le Château Brégy
CGAS le pavillon de la Chaussée Gouvieux
Maison de convalescence l'Oasis Breteuil
Hôpital local Le beau Regard Nanteuil
Centre Hospitalier de Clermont
Maison Médicale Fraternité de l'Hermitage Autrèches
Hôpital Local de Crèvecœur le Grand
Centre de rééducation Fonctionnelle Léopold Bellan Chaumont-en-Vexin
Pouponnière Arc en Ciel Beauvais
Polyclinique Saint Côme Compiègne
Fondation A. de Rothschild Chantilly
Etablissement de Santé mentale La Nouvelle Forge Creil
Centre de réadaptation Cardiaque Léopold Bellan Ollencourt
Maison de Convalescence Le Château du Tillet
Clinique du Valois Senlis
Centre Gériatrique Condé Chantilly
Centre de Rééducation Fonctionnelle le Belloy St-Omer-en-Chaussée.
Centre de Réadaptation Fonctionnelle Saint Lazare Beauvais
Centre Hospitalier Interdépartemental de Clermont
Centre Hospitalier de la Haute Vallée de l'Oise Noyon
Centre Hospitalier de Beauvais
Clinique Eugénie Pierrefonds
Centre Hospitalier de Senlis
Centre de Médecine Physique Bois Larris Lamorlaye
Centre Hospitalier Bertino Juel Chaumont en Vexin
Clinique du Parc St Lazare Beauvais
Centre Hospitalier Laennec Creil
Clinique Médico-chirurgicale Les Jockeys Gouvieux
Centre Hospitalier Georges Decroze Pont Sainte Maxence
Hôpital de Crépy en Valois
Centre Hospitalier de Compiègne

⁴ 1 nom d'établissement n'apparaît pas.

Annexe n°2 : Les résultats de l'enquête : participation des usagers aux instances des établissements de santé.

Annexe n°3 : Instances où la présence de représentants des usagers est prévue par des textes législatifs ou réglementaires.



Instances où la présence de représentants des usagers est prévue par des textes législatifs ou réglementaires

Conférence Régionale de Santé de Picardie – août 2008

Sommaire

Introduction	58
• Participation aux instances de santé.	
<u><i>Présence obligatoire des représentants des usagers.</i></u>	
Comité de l'aide médicale urgente, de la permanence des soins et des transports sanitaires	59
Conférences sanitaires.....	62
COREVIH (Comité de Coordination de la Lutte contre l'Infection par le Virus de l'Immunodéficience Humaine).....	64
CORU-SROS (Comité Régionale des usagers-schéma régional de l'organisation des soins)	65
CPP(Comité de Protection des Personnes).....	66
CRCSM (Commission Régionale de Concertation en Santé Mentale).....	68
CROS (Comité Régional de l'Organisation Sanitaire).....	70
CROSEA (Commission Régionale de l'Organisation des Soins de l'Enfant et de l'Adolescent)	72
CROSMS (Comité Régional de l'Organisation Sociale et Médico Sociale).....	74
CRS (Conférence Régionale de Santé).....	75
<u><i>Présence facultative des représentants des usagers.</i></u>	
GRSP (Groupement Régional de Santé Publique) - conseil d'administration -.....	77
GRSP (Groupement Régionale de Santé Publique)- comité des programmes.....	78
• Participation à la politique des établissements de santé.	
<u><i>Présence obligatoire des représentants des usagers.</i></u>	
Centre de lutte contre le cancer- conseil d'administration -.....	79
CLAN (Comité de Liaison en Alimentation et Nutrition).....	81
CLIN (Comité de Lutte contre les Infections Nosocomiales).....	82
Conseil d'administration établissement de santé.....	84
CRUQPC(Commission des Relations avec les Usagers et de la Qualité de la Prise en Charge).....	87
EFS (Etablissements de transfusion Sanguine)	90
Groupe certification – groupe auto-évaluation.....	91
<u><i>Présence facultative des représentants des usagers.</i></u>	
3C(Centre de Coordination en Cancérologie).....	92
CLUD (Comité de Lutte contre la Douleur).....	93
Commission d'appel d'offres	94
Groupe certification – comité de pilotage	95
Observatoire régional du médicament.....	96
• Participation à la politique des établissements sociaux et médico sociaux.	
Instances de participation.....	98
Conseil d'administration des établissements publics sociaux et médicosociaux locaux.....	99
Conseil de vie sociale.....	101
Commission Régionale Addictions (CRA).....	103
• Participation à la répartition des préjudices ou à l'indemnisation des handicaps.	
CRCI (Commission Régionale de Conciliation et d'Indemnisation).....	104
• Participation aux instances disciplinaires.	
Conseil de l'ordre des masseurs kinésithérapeutes.....	106
Conseil de l'ordre des pédicures-podologues.....	107
Liste des instances par ordre alphabétique.....	108
Associations des usagers de santé agréées au niveau régional.....	109

Introduction

Une présence des usagers dans les instances officielles

La loi du 4 mars 2002 relative aux droits des malades et à la qualité du système de santé réaffirme l'importance des droits des usagers et de leur représentation

L'exercice des responsabilités doit être lié à des compétences et s'inscrire dans un partage de pouvoir

La loi du 9 août 2004 relative à la politique de santé publique stipule que « seules les associations agréées représentent les usagers du système de santé dans les instances hospitalières ou de santé publique ». Elle indique « l'agrément est prononcé sur avis conforme d'une commission nationale qui comprend des représentants de l'Etat, dont un membre du Conseil d'Etat et un membre de la Cour de cassation en activité ou honoraire, des représentants de l'Assemblée nationale et du Sénat et des personnes qualifiées en raison de leur compétence ou de leur expérience dans le domaine associatif » (code de la santé publique, article L1114-1)

**Comité de l'aide médicale urgente, de la permanence des soins
et des transports sanitaires**

Les textes :

Articles R6313-1 à R6313-7 du CSP

Les missions :

Dans chaque département, un comité de l'aide médicale urgente, de la permanence des soins et des transports sanitaires veille à la qualité de la distribution de l'aide médicale urgente, à l'organisation de la permanence des soins et à son ajustement aux besoins de la population.

Il s'assure de la coopération des personnes physiques et morales participant à l'aide médicale urgente, au dispositif de la permanence des soins et aux transports sanitaires.

La composition :

Le comité départemental de l'aide médicale urgente, de la permanence des soins et des transports sanitaires, présidé par le préfet ou son représentant, est composé :

1° De membres de droit ou de leurs représentants :

- a) Le directeur départemental des affaires sanitaires et sociales ;
- b) Le médecin inspecteur départemental de santé publique ;
- c) Le directeur départemental du service d'incendie et de secours ;
- d) Le médecin-chef départemental du service d'incendie et de secours ;
- e) Le directeur de l'agence régionale de l'hospitalisation ;

2° De quatre représentants des collectivités territoriales :

- a) Deux conseillers généraux désignés par le conseil général ;
- b) Deux maires désignés par l'association départementale des maires ou, à défaut, élus par le collège des maires du département, convoqué à cet effet par le préfet, à la représentation proportionnelle à la plus forte moyenne, sans adjonction ni suppression de noms et sans modification de l'ordre de présentation. Le vote peut avoir lieu par correspondance ;

3° De membres désignés par les organismes qu'ils représentent :

- a) Un médecin représentant le conseil départemental de l'ordre des médecins ;
- b) Un médecin-conseil désigné par le médecin-conseil régional du régime général d'assurance maladie ;
- c) Trois représentants des régimes obligatoires d'assurance maladie désignés respectivement par la caisse primaire d'assurance maladie, la caisse de mutualité sociale agricole et la caisse mutuelle régionale d'assurance maladie-maternité des travailleurs non salariés des professions non agricoles, dans le ressort desquelles siège le comité départemental ;

d) Un représentant du conseil départemental de la Croix-Rouge française ;

e) Un représentant de l'union régionale des caisses d'assurance maladie ;

f) Un médecin représentant l'union régionale des médecins exerçant à titre libéral ;

g) Un pharmacien représentant le conseil régional de l'ordre des pharmaciens ou, dans les départements d'outre-mer, la délégation locale de l'ordre des pharmaciens ;

4° De membres nommés, ainsi que leurs suppléants, par le préfet :

a) Un médecin responsable de service d'aide médicale urgente et un médecin responsable de SMUR dans le département ;

b) Un directeur de centre hospitalier doté de moyens mobiles de secours et de soins d'urgence ;

c) Un représentant de l'organisation la plus représentative de l'hospitalisation publique ;

d) Le commandant du corps de sapeurs-pompiers le plus important du département ;

e) Un médecin d'exercice libéral pour chacune des organisations représentatives au niveau national désigné sur proposition des instances localement compétentes ;

f) Un représentant de chacune des associations de permanence des soins lorsqu'elles interviennent dans le dispositif de permanence des soins au niveau départemental ;

g) Un pharmacien d'officine pour chacune des organisations représentatives au niveau national, représentées dans le département ou, à défaut, dans la région, désigné sur proposition des instances localement compétentes ;

h) Deux représentants des organisations d'hospitalisation privée les plus représentatives au plan départemental, dont un représentant les établissements privés de santé mentionnés à l'article L. 6161-5 ;

i) Quatre représentants des organisations professionnelles nationales de transports sanitaires les plus représentatives au plan départemental ;

j) Un représentant de l'association départementale de transports sanitaires d'urgence la plus représentative sur le plan départemental ;

k) Deux praticiens hospitaliers sur proposition des organisations représentatives au niveau national des médecins exerçant dans les structures des urgences hospitalières ;

l) Un médecin sur proposition des organisations représentatives au niveau national des médecins exerçant dans les structures de médecine d'urgence des établissements privés de santé, lorsqu'elles sont représentées dans le département.

m) Un représentant des associations d'usagers.
<i>Les représentants des usagers :</i>
Le texte prévoit un représentant des usagers
Durée du mandat : 3 ans
<i>Niveau de compétences :</i>
départemental

Conférences sanitaires

<i>Les textes :</i>
Articles L6131-1 à L6131-3, R6131-1 à R6131-16 du CSP
<i>Les missions :</i>
Les conférences sanitaires sont obligatoirement consultées lors de l'élaboration et de la révision du schéma régional d'organisation sanitaire et sont chargées de promouvoir la coopération entre les établissements. Elles peuvent en outre faire toute proposition au directeur de l'agence régionale de l'hospitalisation sur l'élaboration, la mise en œuvre, l'évaluation et la révision du schéma régional d'organisation sanitaire.
<i>La composition :</i>
<p>Pour chaque établissement, public ou privé : le directeur de l'établissement, ou son représentant, et le président de la commission médicale ou de la conférence médicale d'établissement,</p> <ul style="list-style-type: none">- deux à huit membres supplémentaires sur proposition conjointe du directeur et de la commission médicale de l'établissement.- des représentants des professionnels de santé libéraux sont désignés comme suit :<ul style="list-style-type: none">- deux à cinq médecins, dont au moins un médecin généraliste,- deux à cinq représentants des autres professionnels de santé exerçant à titre libéral dans le ressort territorial de la conférence,- des représentants des centres de santé situés dans le ressort territorial de la conférence- deux à cinq représentants des usagers parmi les personnes résidant dans le ressort territorial de la conférence proposées par les associations agréées conformément à l'article L. 1114-1 au niveau régional ou, à défaut, national.- Les maires des communes situées en tout ou partie dans le ressort territorial de la conférence sanitaire et sur le territoire desquelles est implanté un établissement de santé, dans la limite de dix membres- Les présidents des communautés mentionnées aux articles L. 5214-1, L. 5215-1 ou L. 5216-1 du code général des collectivités territoriales regroupant des communes situées en tout ou en partie dans le ressort territorial de la conférence, dans la limite de trois membres- Les maires qui exercent la fonction de président de pays,- Un conseiller général, désigné par le conseil général, pour chaque département situé en tout ou partie dans le ressort territorial de la conférence ;- Un conseiller régional, désigné sur proposition du conseil régional.
<i>Les représentants des usagers :</i>
2 à 5 représentants des usagers

Mandat : 5 ans renouvelables
<i>Niveau de compétences :</i>
Territoires de santé de la région

Coordination de la Lutte contre l'Infection par le Virus de l'Immunodéficience Humaine (COREVIH)

<i>Les textes :</i>
Article D3131-24 à D3131-37 du CSP Arrêté du 4 octobre 2006 relatif aux modalités de composition des comités de coordination de lutte contre l'infection due au virus de l'immunodéficience humaine CIRCULAIRE N°DHOS/E2/DGS/SD6A/2007/25 du 17 janvier 2007 relative aux modalités de mise en place des comités de coordination de la lutte contre l'infection par le virus de l'immunodéficience humaine (Corevih)
<i>Les missions :</i>
favoriser la coordination des professionnels du D8 de l'expertise clinique et thérapeutique, du dépistage, de la prévention et de l'éducation pour la santé, de la recherche clinique et épidémiologique, de la formation, de l'action sociale et médico-sociale, ainsi que des associations de malades ou d'usagers du système de santé ; participer à l'amélioration de la qualité et de la sécurité de la prise en charge des patients, à l'évaluation de cette prise en charge et à l'harmonisation des pratiques ; procéder à l'analyse des données médico-épidémiologiques mentionnées à l'article R. 3121-36.
<i>La composition :</i>
Dans la limite de trente membres, le comité de coordination comprend : 1° Des représentants des établissements de santé, sociaux ou médico-sociaux ; 2° Des représentants des professionnels de santé et de l'action sociale ; 3° Des représentants des malades et des usagers du système de santé ; 4° Des personnalités qualifiées.
<i>Les représentants des usagers :</i>
collège 3 des représentants des malades et des usagers du système de santé nommés pour une durée de 4 ans chaque membre titulaire a deux membres suppléants le nombre de titulaire n'est pas fixé par les textes
<i>Niveau de compétences :</i>
niveau régional

**Comité Régional des Usagers – Schéma Régional de l'Organisation des Soins
(CORU SROS)**

<i>Les textes :</i>
CIRCULAIRE N° 101/DHOS/O/2004/ du 05 mars 2004 relative à l'élaboration des SROS de troisième génération
<i>Les missions :</i>
Ce comité doit pouvoir être consulté à chaque étape de la révision des SROS et émettre des avis écrits sur les orientations régionales en matière d'organisation des soins. Au plan infrarégional ensuite, notamment dans le cadre des conférences sanitaires.
<i>La composition :</i>
Le texte ne donne pas d'indication sur la composition
<i>Les représentants des usagers :</i>
Le texte prévoit des représentants des usagers (pas de précisions sur le nombre) Afin d'obtenir une participation active des usagers, un accès à une formation adaptée doit être assuré, par l'intermédiaire par exemple d'un ou plusieurs séminaires de formation. L'identification d'un référent au sein de l'agence pour répondre aux interrogations des associations sur le système de soins, les orienter et les accompagner tout au long du processus de révision du SROS est un élément facilitateur pour l'ensemble de la démarche.
<i>Niveau de compétences :</i>
régional

Comité de Protection des Personnes (CPP)

Les textes :

Articles L1123-1 à L1123-14, R1123-4 à R1123-19 du CSP

Les missions :

Le comité rend son avis sur les conditions de validité de la recherche, notamment au regard de :

- la protection des personnes, notamment la protection des participants ;
- l'adéquation, l'exhaustivité et l'intelligibilité des informations écrites à fournir ainsi que la procédure à suivre pour obtenir le consentement éclairé, et la justification de la recherche sur des personnes incapables de donner leur consentement éclairé ;
- la nécessité éventuelle d'un délai de réflexion ;
- la nécessité éventuelle de prévoir, dans le protocole, une interdiction de participer simultanément à une autre recherche ou une période d'exclusion ;
- la pertinence de la recherche, le caractère satisfaisant de l'évaluation des bénéfices et des risques attendus et le bien-fondé des conclusions ;
- l'adéquation entre les objectifs poursuivis et les moyens mis en œuvre ;
- la qualification du ou des investigateurs ;
- les montants et les modalités d'indemnisation des participants ;
- les modalités de recrutement des participants.

La composition :

Les comités de protection des personnes comprennent quatorze membres titulaires répartis en deux collèges :

Le premier collège est composé de :

1° Quatre personnes ayant une qualification et une expérience approfondie en matière de recherche biomédicale, dont au moins deux médecins et une personne qualifiée en raison de sa compétence en matière de biostatistique ou d'épidémiologie ;

2° Un médecin généraliste ;

3° Un pharmacien hospitalier ;

4° Un infirmier ;

Le deuxième collège est composé de :

- 1° Une personne qualifiée en raison de sa compétence à l'égard des questions d'éthique ;
- 2° Un psychologue ;
- 3° Un travailleur social ;
- 4° Deux personnes qualifiées en raison de leur compétence en matière juridique ;
- 5° Deux représentants des associations agréées de malades et d'usagers du système de santé.

Les représentants des usagers :

Les textes prévoient 2 représentants des usagers

Durée du mandat 3 ans renouvelable

qui prend fin au terme de l'agrément du comité.

Chaque membre a un suppléant

Niveau de compétences :

Régional et interrégional

Commission Régionale de Concertation en Santé Mentale (CRCSM)

Les textes :

Articles R3221-7 à R3221-11 du CSP

Les missions :

Il est créé au sein de chaque région une commission régionale de concertation en santé mentale chargée de contribuer à la définition, à la mise en œuvre, au suivi et à l'évaluation de la politique de santé mentale définie, notamment, par le schéma régional d'organisation sanitaire prévu à l'article L. 6121-1.

A cet effet, la commission peut formuler toute proposition relative :

1° A l'élaboration, à la mise en œuvre, au suivi et à l'évaluation du schéma régional d'organisation sanitaire ;

2° Au développement des réseaux de santé prévus par l'article L. 6321-1 et aux modalités de coopération entre les établissements de santé, les professionnels de santé libéraux et les établissements et services sociaux et médico-sociaux ;

3° A l'organisation des actions de formation destinées aux personnes participant aux actions mentionnées à l'article L. 3221-1.

La conférence régionale de santé est informée chaque année des travaux menés par la commission régionale de concertation en santé mentale.

La composition :

La commission régionale de concertation en santé mentale réunit, sous la présidence du directeur de l'agence régionale de l'hospitalisation ou de son représentant :

1° Le directeur régional des affaires sanitaires et sociales et le médecin inspecteur régional de santé publique ou leurs représentants ;

2° Le directeur départemental des affaires sanitaires et sociales de chacun des départements composant la région ou son représentant ;

3° Le directeur de l'union régionale des caisses d'assurance maladie ou le directeur de la caisse générale de sécurité sociale et le médecin-conseil régional ou leurs représentants ;

4° Le président du conseil régional ou son représentant ;

5° Le président du conseil général de chacun des départements composant la région ou son représentant ;

6° Un maire désigné sur proposition des associations représentatives au plan national des maires ;

7° Trois à six représentants des organisations d'hospitalisation publique et privée, dont au moins un représentant par organisation comptant des établissements autorisés au titre de l'activité de soins de psychiatrie dans la région ; 8° Trois à six représentants de commission médicale d'établissement public de santé et de conférence médicale d'établissement de santé

privé, autorisés à exercer dans la région l'activité de soins de psychiatrie mentionnée au 4° de l'article R. 6122-25 ;

9° Deux représentants des organisations les plus représentatives des institutions sociales et médico-sociales ;

10° Trois à six psychiatres exerçant dans des secteurs psychiatriques mentionnés à l'article L. 3221-1 ;

11° Un à trois médecins libéraux ou exerçant dans des institutions privées et participant à la lutte contre les maladies mentales ;

12° Trois à six représentants des professionnels non médicaux travaillant dans des établissements participant à la lutte contre les maladies mentales mentionnés à l'article L. 3221-1 ;

13° Un à trois représentants des professionnels travaillant dans les établissements et services sociaux et médico-sociaux ;

14° Un médecin exerçant dans une structure des urgences mentionnée au 1° de l'article R. 712-63 ;

15° Trois représentants des usagers ou de leurs familles ou des associations de consommateurs ;

16° Deux personnalités qualifiées.

Les représentants des usagers :

3 représentants des usagers

Le mandat est de cinq ans. Il est renouvelable.

Niveau de compétences :

région

Comité Régional de l'Organisation Sanitaire (CROS)

Les textes :

Articles L6121-9 à L6121-11, R6122-8 à R6122-22 du CSP

Les missions :

1° Les projets de schéma régional ou interrégional d'organisation sanitaire ;

2° Les projets de délibération mentionnés au 1° de l'article L. 6115-4, ainsi que sur les projets d'autorisation des structures médicales mentionnées à l'article L. 6146-10.

Le comité rend un avis sur la définition des zones rurales ou urbaines où est constaté un déficit en matière d'offre de soins, prévues au II de l'article L. 221-1-1 du code de la sécurité sociale et au 3° du II de l'article 4 de l'ordonnance n° 96-345 du 24 avril 1996 relative à la maîtrise médicalisée des dépenses de soins.

Il peut émettre des avis sur toute question relative à l'organisation sanitaire dans la région.

Il est informé des renouvellements d'autorisations d'activités et équipements lourds résultant de décisions tacites.

Il reçoit une information au moins une fois par an sur les contrats d'objectifs et de moyens signés entre les titulaires d'autorisation d'activités de soins et d'équipements lourds et l'agence régionale de l'hospitalisation pour la mise en œuvre du schéma régional d'organisation sanitaire.

L'avis du comité régional concernant l'organisation des soins peut être recueilli par les tribunaux de commerce lors de procédures relatives à la cession d'autorisations d'établissements de santé privés.

Le comité régional de l'organisation sanitaire et le comité régional de l'organisation sociale et médico-sociale peuvent délibérer en formation conjointe lorsqu'un dossier le rend nécessaire et selon des modalités fixées par voie réglementaire.

La composition :

1° Des représentants des collectivités territoriales ;

2° Des représentants des professionnels, médicaux et non médicaux, du secteur sanitaire hospitalier et libéral ;

3° Des représentants des institutions et établissements de santé publics et privés ;

4° Des représentants des personnels de ces institutions et établissements ;

5° Des représentants des organismes d'assurance maladie ;

6° Des représentants des usagers ;

7° Des personnalités qualifiées ;

<p>8° Des représentants du comité régional de l'organisation sociale et médico-sociale.</p> <p>Le directeur de l'agence régionale de l'hospitalisation assiste sans voix délibérative à ses travaux.</p>
<p><i>Les représentants des usagers :</i></p> <p>Les textes prévoient 3 représentants des usagers</p> <p>Un suppléant de chaque membre du Comité national de l'organisation sanitaire et sociale et des comités régionaux de l'organisation sanitaire est désigné dans les mêmes conditions que le titulaire.</p> <p>Le mandat des membres titulaires et suppléants est de cinq ans. Il est renouvelable.</p>
<p><i>Niveau de compétences :</i></p> <p>Régional</p>

Commission Régionale de l'Organisation des Soins de l'Enfant et de l'Adolescent (CROSEA)

Les textes :

Circulaire DHOS/O1/DGS/DGAS n° 2004-517 du 28 octobre 2004 relative à l'élaboration des SROS de l'enfant et de l'adolescent

Les missions :

- répondre aux sollicitations de l'ARH concernant l'organisation des soins de l'enfant et de l'adolescent ;
- faire des propositions pour l'élaboration du SROS de l'enfant et de l'adolescent ;
- veiller au suivi de sa mise en œuvre et à son évaluation ;
- impulser et soutenir le développement des réseaux de prise en charge ;
- impulser des actions de formation des professionnels médicaux et paramédicaux intervenant dans le champ de la prise en charge des enfants et adolescents.

Elle est un lieu de l'articulation entre les acteurs sanitaires, médico-sociaux, communautaires et s'ouvre à l'éducation nationale, l'aide sociale à l'enfance, les collectivités locales, la justice, la police... en tant que de besoin. Elle travaille en lien étroit avec la commission régionale de la naissance, des réunions communes sont organisées.

La composition :

D'un collège de professionnels intervenant dans le champ de la santé de l'enfant et de l'adolescent, composé d'un ou de représentants :

- de pédiatres exerçant dans un centre hospitalier général ;
- de pédiatres exerçant dans un centre hospitalier régional universitaire ;
- de pédopsychiatres libéraux et hospitaliers ;
- de psychologues cliniciens libéraux et hospitaliers ;
- de pédiatres libéraux ;
- de médecins généralistes ;
- de médecins de structures de PMI ;
- de médecins d'un service de santé scolaire ;
- de chirurgiens pédiatriques ;
- d'anesthésistes spécialisés dans la prise en charge des enfants ;
- de pédiatres et/ou pédopsychiatres exerçant dans une structure médico-sociale ;
- de médecins de médecine physique et de réadaptation spécialisés dans la prise en charge des enfants ;
- de puéricultrices et/ou d'infirmières ;
- de personnels socio-éducatifs de pédiatrie et/ou de pédopsychiatrie.

D'un collège composé de personnes qualifiées représentant chacune :

- l'État ;
- l'assurance maladie ;
- les conférences des directeurs de CH et CHU ;
- les conférences de présidents de CME de CH, CHU, CHS et d'établissements PSPH ;
- la FHF, la FEHAP et la FHP ;
- les unions régionales de médecine libérale ;
- l'observatoire régional de santé ;

• les représentants des usagers.
<i>Les représentants des usagers :</i>
Le texte prévoit la représentation des usagers
<i>Niveau de compétences :</i>
Région

Comité Régional de l'Organisation Sociale et Médico Sociale (CROSMS)

<i>Les textes :</i>
Articles L312-3, R3132-180 à R312-184 du CSP
<i>Les missions :</i>
<p>I. - La section sociale du Comité national de l'organisation sanitaire et sociale mentionnée à l'article L. 6121-9 du code de la santé publique et les comités régionaux de l'organisation sociale et médico-sociale se réunissent au moins une fois par an en formation élargie en vue :</p> <p>1° D'évaluer les besoins sociaux et médico-sociaux et d'analyser leur évolution ;</p> <p>2° De proposer des priorités pour l'action sociale et médico-sociale.</p> <p>Tous les cinq ans, ces organismes élaborent un rapport qui est transmis à la Caisse nationale de solidarité pour l'autonomie ainsi que, selon le cas, aux ministres et aux autorités locales concernées.</p> <p>Chaque année, le ministre chargé des affaires sociales présente un rapport à la section sociale du Comité national de l'organisation sanitaire et sociale sur la mise en œuvre des mesures prévues par les lois de finances et les lois de financement de la sécurité sociale concernant l'action sociale ou médico-sociale.</p> <p>La section sociale du Comité national de l'organisation sanitaire et sociale est consultée par le ministre chargé des affaires sociales sur les problèmes généraux relatifs à l'organisation des établissements et services mentionnés à l'article L. 312-1, notamment sur les questions concernant leur fonctionnement administratif et financier.</p>
<i>La composition :</i>
<p>1° Des représentants de l'Etat, des collectivités territoriales et des organismes de sécurité sociale ;</p> <p>2° Des représentants des personnes morales gestionnaires d'établissements et de services sociaux et médico-sociaux, notamment des établissements spécialisés ;</p> <p>3° Des représentants des personnels de ces établissements et services ;</p> <p>4° Des représentants des usagers de ces établissements et services ;</p> <p>5° Des représentants des travailleurs sociaux et des professions de santé ;</p> <p>6° Des personnes qualifiées ;</p> <p>7° Des représentants du comité régional de l'organisation sanitaire.</p>
<i>Les représentants des usagers :</i>
<p>Les textes prévoient 4 représentants des usagers</p> <p>Le texte prévoit qu'au titre des représentants des usagers des établissements et services sociaux et médico-sociaux, quatre représentants des usagers des institutions sociales et</p>

médico-sociales, désignés par le préfet de région parmi les associations concourant à l'expression des personnes âgées, handicapées, en difficultés sociales, des enfants relevant d'une protection administrative ou judiciaire, dont l'un au moins de ces représentants sera choisi parmi les associations en charge de la représentation légale des personnes ;

Un suppléant de chaque membre est désigné dans les mêmes conditions que le titulaire

Le mandat des membres titulaires et suppléants est de cinq ans. Il est renouvelable.

Niveau de compétences :

Régional

Conférence Régionale de Santé (CRS)

Les textes :

Articles L1411-12, R1411-1 à R1411-16 du CSP

Les missions :

La conférence régionale ou territoriale de santé contribue à la détermination des objectifs régionaux de santé publique et à l'évaluation des programmes pluriannuels régionaux de santé publique qui constituent le plan régional de santé publique.

A cette fin, la conférence est consultée dans le cadre de l'élaboration du plan régional de santé publique par le préfet de région ou, en Corse, le préfet de Corse sur l'analyse de l'état de santé de la population de la région, le bilan des actions et des programmes engagés, les moyens matériels et humains qui y sont affectés, ainsi que sur les orientations proposées en vue de déterminer les objectifs régionaux de santé publique.

La composition :

1° Collège des représentants des communes, des départements et de la région ou de la collectivité territoriale de Corse, des organismes d'assurance maladie obligatoire et complémentaire ;

2° Collège des représentants des malades et des usagers du système de santé ;

3° Collège des représentants des professionnels de santé exerçant à titre libéral, des professionnels médicaux et non médicaux, y compris sociaux, exerçant dans les établissements de santé et dans les établissements et services sociaux et médico-sociaux ainsi que des professionnels de médecine préventive et de santé publique ;

4° Collège des représentants :

a) Des institutions et établissements publics et privés de santé, dont deux désignés par le comité régional de l'organisation sanitaire ;

<p>b) Des organismes d'observation de la santé et d'enseignement ou de recherche dans les domaines sanitaire ou social, dont l'observatoire régional de la santé ;</p> <p>c) Des institutions sociales et médico-sociales, dont deux désignés par le comité régional de l'organisation sociale et médico-sociale ;</p> <p>d) Des organismes de prévention, d'éducation pour la santé, dont le comité régional d'éducation pour la santé ou, à défaut, une association intervenant dans le domaine de la prévention et de l'éducation pour la santé désignée par le préfet de région ou, en Corse, le préfet de Corse ;</p> <p>f) Des associations à but humanitaire intervenant dans le domaine de la santé ;</p> <p>5° Collège des personnalités qualifiées désignées par le préfet de région ou, en Corse, le préfet de Corse en raison de leur compétence ;</p> <p>6° Collège des représentants des acteurs économiques désignés au sein de chacun des deux premiers collèges qui composent le conseil économique et social régional mentionné à l'article R. 4134-1 du code général des collectivités territoriales.</p>
<p><i>Les représentants des usagers :</i></p> <p>Les textes prévoient des représentants des usagers (entre 7 et 15) Durée de mandat : 3 ans renouvelable 2 fois</p>
<p><i>Niveau de compétences :</i></p> <p>région</p>

Groupement Régional de Santé Publique (GRSP)
- conseil d'administration -

<i>Les textes :</i>
Articles L1411-14, L1411-16 et R1411-17 à R1411-25, D1411-26 du CSP
<i>Les missions :</i>
1. Préparer le programme annuel d'activités compte tenu des ressources disponibles ; 2. Planifier et organiser les travaux liés à sa mise en œuvre et notamment l'instruction des dossiers de financement ; 3. Définir les procédures de suivi et d'évaluation des actions et préparer les cahiers des charges éventuellement associés à leur lancement ; 4. Mettre en place un suivi coordonné des actions de santé publique dans la région (ou la collectivité territoriale) permettant notamment de répertorier leurs principales caractéristiques (thèmes, territoires et populations cible, objectifs, promoteurs, opérateurs, conditions de financement, critères d'évaluation et résultats,...).
<i>La composition :</i>
1° De trois représentants de l'Etat ; 2° De quatre représentants des régimes d'assurance maladie ; 3° D'un administrateur désigné par chaque caisse régionale d'assurance maladie ou, dans les départements d'outre-mer, d'un conseiller désigné par la caisse générale de sécurité sociale ou, à Saint-Pierre-et-Miquelon, d'un conseiller désigné par la caisse de prévoyance sociale ; 4° Du directeur de l'agence régionale de l'hospitalisation ou son représentant ou, à Saint-Pierre-et-Miquelon, d'un représentant désigné par le ministre chargé de la santé ; 5° D'un représentant par établissement public de l'Etat membre du groupement ; 6° De représentants désignés par les collectivités territoriales membres du groupement ; 7° De cinq personnalités qualifiées nommées pour une durée maximale de trois ans par le président, après avis des autres membres du groupement.
<i>Les représentants des usagers :</i>
Le texte ne prévoit pas d'obligation de représentants des usagers qui peuvent être intégrés dans les personnalités
<i>Niveau de compétences :</i>
Régional

Groupement Régionale de Santé Publique (GRSP)
- comité des programmes -

<i>Les textes :</i>
Articles L1411-14, L1411-16 et R1411-17 à R1411-25, D1411-26 du CSP
<i>Les missions :</i>
<ol style="list-style-type: none">1. Préparer le programme annuel d'activités compte tenu des ressources disponibles ;2. Planifier et organiser les travaux liés à sa mise en œuvre et notamment l'instruction des dossiers de financement ;3. Définir les procédures de suivi et d'évaluation des actions et préparer les cahiers des charges éventuellement associés à leur lancement ;4. Mettre en place un suivi coordonné des actions de santé publique dans la région (ou la collectivité territoriale) permettant notamment de répertorier leurs principales caractéristiques (thèmes, territoires et populations cible, objectifs, promoteurs, opérateurs, conditions de financement, critères d'évaluation et résultats,...).
<i>La composition :</i>
<ul style="list-style-type: none">- un président, le directeur du groupement ;- des représentants des membres adhérents désignés par le conseil d'administration sur proposition du président du comité.
<i>Les représentants des usagers :</i>
Le texte ne prévoit pas d'obligation de représentants des usagers qui peuvent être intégrés dans les personnalités qualifiées
<i>Niveau de compétences :</i>
régional

**Centre de lutte contre le cancer
- conseil d'administration -**

<i>Les textes :</i>
Articles L6162-7 à L6162-9, D6162-1 à D6162-7 du CSP
<i>Les missions :</i>
<p>Le conseil d'administration arrête la politique générale du centre ainsi que sa politique d'évaluation et de contrôle. A ce titre il procède aux contrôles et vérification qu'il juge opportuns et délibère sur :</p> <ol style="list-style-type: none">1° Le projet d'établissement et le contrat pluriannuel d'objectifs et de moyens ;2° 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 ;3° L'état des prévisions de recettes et de dépenses prévu à l'article L. 6145-1, ses modifications, ses éléments annexes, le rapport préliminaire à cet état, ainsi que les propositions de tarifs de prestations mentionnés à l'article L. 174-3 du code de la sécurité sociale ;4° Les comptes et l'affectation des résultats d'exploitation ;5° Les dons et legs ;6° La participation aux réseaux de santé mentionnés à l'article L. 6321-1 et les actions de coopération mentionnées au titre III du présent livre ;7° Les acquisitions, aliénations, échanges d'immeubles et les conditions des baux de plus de dix-huit ans ;8° Les conventions avec des organismes de recherche et les prises de participation nécessaires à la réalisation de projet de recherche ou à l'exploitation des résultats ;9° Les conventions mentionnées à l'article L. 6162-5 ;10° Le règlement intérieur ;
<i>La composition :</i>
<ol style="list-style-type: none">1° Le représentant de l'État dans le département ;2° Le directeur de l'unité de formation et de recherche de médecine avec laquelle le centre a passé la convention prévue à l'article L. 6142-5 ou, en cas de pluralité d'unités de formation et de recherche, le président du comité de coordination de l'enseignement médical ;3° Le directeur général du centre hospitalier universitaire avec lequel le centre a passé la convention prévue à l'article L. 6142-5 ou, en cas de contractualisation avec plusieurs centres hospitaliers universitaires, le directeur général de l'un d'entre eux, désigné par le directeur de l'agence régionale de l'hospitalisation ;4° Une personnalité scientifique désignée par l'Institut national du cancer ;5° Un représentant du conseil économique et social régional désigné par cette assemblée ;6° Des personnalités qualifiées, des représentants des personnels du centre et des représentants des usagers, dans des conditions définies par voie réglementaire
<i>Les représentants des usagers :</i>
Deux représentants des usagers
nommés pour 3 ans
désignés par le DARH et membre d'une association agréée ayant une activité dans le domaine de la qualité des soins et de la prise en charge des malades cancéreux.
<i>Niveau de compétences :</i>

Soit départemental

soit au niveau régional

Comité de Liaison en Alimentation et Nutrition (CLAN)

Les textes :
Circulaire DHOS/E 1 n°2002-186 du 29 mars 2002 relative à l'alimentation et à la nutrition dans les établissements de santé
Les missions :
a) Au bilan de l'existant en matière de structures, moyens en matériels et en personnels, et à l'évaluation des pratiques professionnelles dans le domaine de l'alimentation et de la nutrition. b) A la définition des actions prioritaires à mener tant dans le domaine de la nutrition que dans celui de la fonction restauration. c) A la préparation du programme annuel d'actions en matière d'alimentation et de nutrition ; il s'assure de la coordination et de la cohérence des actions menées au sein de l'établissement. d) A la définition de la formation continue spécifique à ces actions dans le plan de formation. e) A l'évaluation des actions entreprises et fournit un appui méthodologique aux différents professionnels concernés.
La composition :
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 d'administration dans les établissements publics ou par l'organe qualifié dans les établissements de santé privés. Toutefois, à titre indicatif, la composition, variable en fonction de la taille de l'établissement, pourra être la suivante : a) Le directeur ou son représentant. b) Dix représentants, au plus, désignés par la CME, dont neuf médecins et un pharmacien. c) Le directeur du service de soins infirmiers ou son représentant. d) Le responsable de l'activité nutrition clinique ou son représentant, lorsqu'elle existe. e) Le responsable de l'activité diététique ou son représentant. f) Le responsable de la qualité ou son représentant. g) Le responsable de la formation ou son représentant. h) Le responsable de la restauration et de l'hôtellerie ou son représentant. i) Le président du CLIN ou son représentant. j) Un représentant des usagers. k) Un(e) infirmier(e) et un(e) aide-soignant(e) désigné(e)s en son sein par la commission du service de soins infirmiers.
Les représentants des usagers :
Un ou plusieurs représentants des usagers dont le mandat est fixé par le CA de l'établissement
Niveau de compétences :
Un établissement ou plusieurs établissements

Comité de Lutte contre les Infections Nosocomiales (CLIN)

Les textes :	
Articles R6111-1 à R6111-9, L6144-1 du CSP	
Les missions :	
<p>1° La prévention des infections nosocomiales et du risque infectieux lié aux soins, notamment par l'élaboration et la mise en œuvre de recommandations de bonnes pratiques d'hygiène ;</p> <p>2° La surveillance des infections nosocomiales et de leur signalement ;</p> <p>3° La définition d'actions d'information et de formation de l'ensemble des professionnels de l'établissement en matière d'hygiène hospitalière et de lutte contre les infections nosocomiales ;</p> <p>4° L'évaluation périodique des actions de lutte contre les infections nosocomiales, dont les résultats sont utilisés pour l'élaboration des programmes ultérieurs d'actions ;</p> <p>5° Le bon usage des antibiotiques.</p>	
La composition :	
<p><u>ETS privés</u></p> <p>Dans les établissements de santé privés, ces missions sont assurées par un comité de lutte contre les infections nosocomiales, composé de vingt-deux membres au maximum et qui comporte :</p> <p>1° Le représentant légal de l'établissement de santé, ou la personne désignée par lui ;</p> <p>2° Le président de la commission médicale ou de la conférence médicale, ou son représentant, désigné par lui au sein de ces instances ;</p> <p>3° Le médecin responsable de la médecine du travail dans l'établissement ;</p> <p>4° Le responsable des soins paramédicaux ;</p> <p>5° Un pharmacien de la ou des pharmacies à usage intérieur mentionnées à l'article L. 5126-1, ou, le cas échéant, le pharmacien titulaire d'officine ayant passé convention avec l'établissement de santé en application de l'article L. 5126-6 ;</p> <p>6° Un biologiste de l'établissement ou, à défaut, un biologiste réalisant les analyses microbiologiques pour l'établissement ;</p> <p>7° Des médecins, pharmaciens,</p>	<p><u>ETS publics</u></p> <p>Le directeur de l'établissement public de santé ou son représentant et le président de la commission médicale d'établissement ou son représentant sont membres de droit de la ou des sous-commissions spécialisées qui comportent, en outre, les catégories de membres suivantes :</p> <p>1° Des praticiens désignés en son sein par la commission médicale d'établissement ;</p> <p>2° Des professionnels médicaux ou non médicaux dont l'expertise est nécessaire à l'exercice de ses missions, en raison d'une qualification, d'une compétence ou d'une expérience particulière dans les matières relevant des attributions de la sous-commission, de leur participation au dispositif de vigilance ou de leur appartenance à une équipe opérationnelle constituée dans le domaine considéré, à savoir :</p> <p>a) Des médecins, pharmaciens, odontologistes et sages-femmes désignés, en son sein ou non, par la commission médicale d'établissement ;</p> <p>b) Des personnels paramédicaux désignés par le président de la commission des soins</p>

<p>odontologistes et sages-femmes désignés en son sein ou non par la commission médicale ou la conférence médicale ;</p> <p>8° Le responsable de l'équipe opérationnelle d'hygiène ;</p> <p>9° Des personnels paramédicaux désignés par le responsable des soins paramédicaux ;</p> <p>10° Un membre du personnel infirmier appartenant à l'équipe opérationnelle d'hygiène hospitalière ;</p>	<p>infirmiers, de rééducation et médico-techniques ;</p> <p>c) D'autres experts désignés en tant que de besoin dans des conditions définies par le règlement intérieur de l'établissement ;</p> <p>d) Dans la ou les sous-commissions chargées des questions relatives à la lutte contre les infections nosocomiales, à la biovigilance, à la sécurité transfusionnelle et à l'hémovigilance, à la pharmacovigilance, à la matériovigilance ou à la réactovigilance, le responsable de l'équipe opérationnelle d'hygiène hospitalière ou le correspondant local de biovigilance, d'hémovigilance, de pharmacovigilance, de matériovigilance ou de réactovigilance ;</p> <p>e) Lorsque la sous-commission en charge de cette matière examine les questions relatives à la sécurité transfusionnelle et à l'hémovigilance, le directeur de l'établissement de transfusion sanguine référent ou son représentant et le correspondant d'hémovigilance dudit établissement.</p> <p>3° Un représentant du comité technique d'établissement et un représentant du comité d'hygiène, de sécurité et des conditions de travail.</p>
<p><i>Les représentants des usagers :</i></p>	
<p><u>ETS privés</u></p> <p>Les représentants des usagers siégeant au sein de la commission des relations avec les usagers et de la qualité de la prise en charge assistent, avec voix consultative, aux séances du comité au cours desquelles sont discutés le rapport d'activité et le programme annuel d'actions.</p>	<p><u>ETS publics</u></p> <p>les représentants des usagers siégeant au sein de la commission des relations avec les usagers et de la qualité de la prise en charge assistent, avec voix consultative, aux séances au cours desquelles la ou les sous-commissions spécialisées délibèrent sur leur rapport d'activité et sur leurs propositions de programme annuel d'actions.</p>
<p><i>Niveau de compétences :</i></p>	
<p>Etablissement</p>	

Conseil d'administration établissement de santé

Les textes :

Articles L6143-1 à L6143-6, R6143-1 à R6143-31 du CSP

Les missions :

Le conseil d'administration arrête la politique générale de l'établissement, sa politique d'évaluation et de contrôle et délibère, après avis de la commission médicale d'établissement et du comité technique d'établissement, sur :

- 1° Le projet d'établissement et le contrat pluriannuel mentionné à l'article L. 6114-1, après avoir entendu le président de la commission médicale d'établissement ;
- 2° La politique d'amélioration continue de la qualité et de la sécurité des soins, ainsi que les conditions d'accueil et de prise en charge des usagers, notamment pour les urgences ;
- 3° L'état des prévisions de recettes et de dépenses prévu à l'article L. 6145-1, ses modifications, ses éléments annexes, le rapport préliminaire à cet état, ainsi que les propositions de tarifs de prestations mentionnés à l'article L. 174-3 du code de la sécurité sociale ;
- 4° Le plan de redressement prévu à l'article L. 6143-3 ;
- 5° Les comptes et l'affectation des résultats d'exploitation ;
- 6° L'organisation interne de l'établissement définie à l'article L. 6146-1 ainsi que les procédures prévues à l'article L. 6145-16 ;
- 7° Les structures prévues à l'article L. 6146-10 ;
- 8° La politique sociale et les modalités d'une politique d'intéressement ainsi que le bilan social ;
- 9° La mise en œuvre annuelle de la politique de l'établissement en matière de participation aux réseaux de santé mentionnés à l'article L. 6321-1 et d'actions de coopération mentionnées au titre III du présent livre, définie par le projet d'établissement et le contrat pluriannuel d'objectifs et de moyens ;
- 10° Les acquisitions, aliénations, échanges d'immeubles et leur affectation, ainsi que les conditions des baux de plus de dix-huit ans ;
- 11° Les baux emphytéotiques mentionnés à l'article L. 6148-2, les contrats de partenariat conclus en application de l'article 19 de l'ordonnance n° 2004-559 du 17 juin 2004 et les conventions conclues en application de l'article L. 6148-3 et de l'article L. 1311-4-1 du code général des collectivités territoriales, lorsqu'elles répondent aux besoins d'un établissement public de santé ou d'une structure de coopération sanitaire dotée de la personnalité morale publique ;
- 12° La convention constitutive des centres hospitaliers et universitaires et les conventions passées en application de l'article L. 6142-5 ; 13° La prise de participation, la modification de l'objet social ou des structures des organes dirigeants, la modification du capital et la

désignation du ou des représentants de l'établissement au sein du conseil d'administration ou de surveillance d'une société d'économie mixte locale, dans les conditions prévues par le présent code et par le code général des collectivités territoriales ;

La composition :

1° Des représentants des collectivités territoriales ;

2° Des représentants du personnel médical, odontologique et pharmaceutique, de la commission des soins infirmiers, de rééducation et médico-techniques prévue à l'article L. 6146-9 et des représentants du personnel relevant du titre IV du statut général des fonctionnaires ;

3° Des personnalités qualifiées et des représentants des usagers. (*différents selon le type d'établissement)

Dans les établissements comportant des unités de soins de longue durée ou gérant des établissements d'hébergement pour personnes âgées mentionnés au 6° du I de l'article L. 312-1 du code de l'action sociale et des familles, un représentant des familles de personnes accueillies dans ces unités ou établissements peut assister, avec voix consultative, aux réunions du conseil d'administration.

Les catégories mentionnées au 1° et au 2° comptent un nombre égal de membres. Les représentants mentionnés au 1° sont désignés en leur sein par les assemblées des collectivités territoriales. Les personnalités qualifiées mentionnées au 3° comportent au moins un médecin et un représentant des professions paramédicales non hospitaliers.

Le président de la commission médicale d'établissement est membre de droit du conseil d'administration de l'établissement, au titre de la catégorie mentionnée au 2°.

Dans les centres hospitaliers universitaires, le directeur de l'unité de formation et de recherche médicale ou le président du comité de coordination de l'enseignement médical est membre de droit du conseil d'administration.

La présidence du conseil d'administration des établissements communaux est assurée par le maire, celle du conseil d'administration des établissements départementaux par le président du conseil général.

Toutefois, le président du conseil général ou le maire peut renoncer à la présidence du conseil d'administration pour la durée de son mandat électif. Dans ce cas, son remplaçant est élu par et parmi les membres mentionnés au 1° et au 3° ci-dessus.

Le président du conseil d'administration désigne, parmi les représentants des catégories mentionnées au 1° et au 3°, celui qui le supplée en cas d'empêchement.

Dans les établissements intercommunaux et interdépartementaux, le président du conseil d'administration est élu par et parmi les représentants des catégories mentionnées au 1° et au 3°.

Les représentants des usagers :

Centre Hospitalier et CHR :

Dans le collège de personnalités qualifiées et de représentants des usagers comportant six membres dont 3 représentants des usagers.

CHU :

Dans le collège de personnalités qualifiées et de représentants des usagers comportant six membres dont 3 représentants des usagers.

Hôpitaux locaux :

Dans le collège de personnalités qualifiées et de représentants des usagers comportant six membres dont 3 représentants des usagers.

Pour l'ensemble des ETS

Les représentants des usagers sont nommés par le directeur de l'agence régionale de l'hospitalisation parmi les personnes proposées par les associations agréées mentionnées à l'article L. 1114-1 dont le directeur de l'agence estime que l'objet social correspond le mieux à l'orientation médicale et médico-sociale de l'établissement.

La durée du mandat des membres est fixée à trois ans.

Niveau de compétences :
établissement

**Commission des Relations avec les Usagers et de la Qualité de la Prise en Charge
(CRUQPC)**

Les textes :

Articles L1112-1 à L1112-6, R1112-79 à R1112-94 ; R6144-30-6, R6132-22, R6322-19 à R6322-29 du CSP

Les missions :

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

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

La composition :

I. - La commission est composée comme suit :

1° Le représentant légal de l'établissement ou la personne qu'il désigne à cet effet, président ;

2° Deux médiateurs et leurs suppléants, désignés par le représentant légal de l'établissement dans les conditions prévues à l'article R. 1112-82 ;

3° Deux représentants des usagers et leurs suppléants, désignés par le directeur de l'agence régionale de l'hospitalisation dans les conditions prévues à l'article R. 1112-83.

Le règlement intérieur de l'établissement peut compléter la composition de la commission dans les conditions prévues aux II à VI ci-dessous.

II. - Dans les établissements publics de santé, autres que l'Assistance publique-hôpitaux de Paris, la commission peut en outre comporter un ou plusieurs des membres suivants :

1° Le président de la commission médicale d'établissement ou le représentant qu'il désigne parmi les médecins membres de cette commission ;

2° Un représentant de la commission des soins infirmiers, de rééducation et médico-techniques et son suppléant, désignés par le directeur des soins infirmiers, de rééducation et médico-techniques parmi les membres mentionnés au b de l'article R. 714-62-2 ;

3° Un représentant du personnel et son suppléant, choisis par les membres du comité

technique d'établissement en son sein ;

4° Un représentant du conseil d'administration et son suppléant, choisis par et parmi les représentants des collectivités locales et les personnalités qualifiées.

III. - Dans chaque hôpital ou groupe hospitalier de l'Assistance publique-hôpitaux de Paris, la commission peut en outre comporter un ou plusieurs des membres suivants :

1° Le président du comité consultatif médical ou le représentant qu'il désigne parmi les médecins membres de ce comité ;

2° Un représentant de la commission locale du service de soins infirmiers et son suppléant, désignés par le directeur du service de soins infirmiers parmi les membres mentionnés au b de l'article R. 714-26-2 ;

3° Un représentant du personnel et son suppléant, choisis par les membres du comité technique local d'établissement en son sein ;

4° Un représentant de la commission de surveillance et son suppléant, choisis par et parmi les représentants des collectivités locales et les personnalités qualifiées.

IV. - Dans les établissements de santé privés, la commission peut en outre comporter un ou plusieurs des membres suivants :

1° Le président de la commission médicale ou de la conférence médicale ou le représentant qu'il désigne parmi les médecins membres de cette commission ou de cette conférence ;

2° Un représentant du personnel infirmier ou aide-soignant et son suppléant, désignés par le représentant légal de l'établissement ;

3° Un représentant du conseil d'administration ou de l'organe collégial qui en tient lieu et son suppléant, choisis par et parmi les membres qui n'y représentent pas les professionnels ou les usagers.

V. - Dans les syndicats interhospitaliers autorisés à assurer les missions d'un établissement de santé, la commission peut en outre comporter un ou plusieurs des membres suivants :

1° Le président de la commission médicale d'établissement ou le représentant qu'il désigne parmi les médecins membres de cette commission ;

2° Un représentant du personnel infirmier ou aide-soignant et son suppléant, désignés par le représentant légal de l'établissement ;

3° Un représentant du personnel et son suppléant, choisis par les membres du comité technique d'établissement en son sein ;

4° Un représentant du conseil d'administration et son suppléant, choisis par et parmi les représentants des établissements membres.

VI. - Dans les groupements de coopération sanitaire autorisés à assurer les missions d'un établissement de santé, la commission peut en outre comporter un ou plusieurs des membres

suivants :

1° Un médecin et son suppléant, choisis par et parmi les médecins membres des commissions médicales d'établissement, commissions médicales et conférences médicales des établissements de santé membres du groupement ;

2° Un représentant du personnel infirmier ou aide-soignant et son suppléant, désignés par le représentant légal de l'établissement ;

3° Un représentant de l'assemblée générale du groupement et son suppléant, choisis en son sein par les membres de l'assemblée.

Les représentants des usagers :

Les textes prévoient 2 représentants des usagers

Avec suppléant

Durée du mandat : 3 ans renouvelable

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

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

Niveau de compétences :

Un établissement

ou groupement de coopération sanitaire (plusieurs établissements)

Etablissements de transfusion Sanguine (EFS)

<i>Les textes :</i>
Articles L1223-1, R1223 -1 à R1223-2 du CSP
<i>Les missions :</i>
<p>Les établissements de transfusion sanguine sont des établissements locaux sans personnalité morale de l'Établissement français du sang. Ils sont dotés d'un conseil d'établissement qui réunit, outre la direction de l'établissement de transfusion sanguine, des représentants des associations de donneurs de sang, des associations de patients, du personnel de l'établissement de transfusion sanguine, des établissements publics et privés de santé et de l'assurance maladie.</p> <p>Sous réserve des dispositions de l'article L. 5124-14, ces établissements ont vocation à développer toute activité liée à la transfusion sanguine, au conseil et au suivi des actes de transfusion. Ils peuvent notamment être autorisés à distribuer des médicaments dérivés du sang dans les conditions prévues à l'article L. 5124-15 et à les dispenser et administrer aux malades qui y sont traités. Ils peuvent, en outre, à titre accessoire, être autorisés à exercer d'autres activités de santé, notamment les activités prévues à l'article L. 1243-2 et des activités de soins et de laboratoire d'analyse de biologie médicale, conformément aux règles applicables à ces activités. Les établissements de transfusion sanguine sont autorisés à dispenser et à administrer les médicaments nécessaires à l'exercice de leurs activités liées à la transfusion sanguine et, le cas échéant, de leurs activités de soins.</p>
<i>La composition :</i>
<p>1° Trois à sept représentants désignés par des associations de donneurs de sang ayant leur siège dans le champ géographique d'activités de l'établissement ;</p> <p>2° Deux représentants désignés par des associations de patients ayant leur siège dans le champ géographique d'activités de l'établissement ;</p> <p>3° Trois représentants du personnel désignés par le comité d'établissement ;</p> <p>4° Trois à cinq représentants des établissements publics de santé approvisionnés par l'établissement de transfusion sanguine désignés par les instances régionales de la Fédération hospitalière de France ;</p> <p>5° Deux représentants des établissements privés de santé approvisionnés par l'établissement de transfusion sanguine ;</p> <p>6° Deux représentants de l'assurance maladie désignés par l'union régionale des caisses d'assurance maladie.</p>
<i>Les représentants des usagers :</i>
2 représentants des usagers
<i>Niveau de compétences :</i>
Niveau des EFS (régional)

Groupe certification – groupe auto-évaluation

<i>Les textes :</i>
Article L1414-3-3, article L1414-4, articles R6113-12 à R6113-16 du CSP
guide pratique / HAS -JUN 2008
<i>Les missions :</i>
Afin de satisfaire à la procédure, il est demandé que le ou les usagers ou représentants des usagers contribuent à la phase de synthèse : - soit par une participation directe à l'un ou à plusieurs groupes de synthèse, - soit par une participation indirecte en validant les résultats de l'auto-évaluation sur les références concernées (au minimum cinq références : celles traitant de la place du patient et de son entourage (référence 2), de l'information du patient (référence 19), de la recherche du consentement éclairé du patient et des volontés du patient (référence 20), de la dignité du patient et la confidentialité (référence 21) et de l'évaluation de la satisfaction du patient, de son entourage et des correspondants ² externes (référence 43).
<i>La composition :</i>
<i>Les représentants des usagers :</i>
présence obligatoire d'au moins un usager ou représentant des usagers
<i>Niveau de compétences :</i>
Établissement de santé

Centre de Coordination en Cancérologie (3c)

<i>Les textes :</i>
Circulaire DHOS/SDO no 2005-101 du 22 février 2005 relative à l'organisation des soins en cancérologie
<i>Les missions :</i>
<ul style="list-style-type: none">• coordination médicale de la cancérologie et en particulier des réunions de concertation multidisciplinaire en cancérologie ;• assurance qualité du programme personnalisé de soins pour chaque patient ;• suivi individualisé des patients <ul style="list-style-type: none">• suivi au sein de l'établissement de la mise en oeuvre du plan cancer, avec données chiffrées d'activité et de qualité
<i>La composition :</i>
Composition variable selon la taille et l'implication de l'établissement
<i>Les représentants des usagers :</i>
pas d'obligation de représentant des usagers prévue par les textes
<i>Niveau de compétences :</i>
<ul style="list-style-type: none">- spécifique à un établissement ;- ou commun à plusieurs établissements ;- ou partagé au sein d'un réseau territorial.

Comité de Lutte contre la Douleur (CLUD)

<i>Les textes :</i>
Article L1112-4 du CSP
Circulaire DHOS/E2 n° 2002-266 du 30 avril 2002 relative à la mise en œuvre du programme national de lutte contre la douleur 2002-2005 dans les établissements de santé
<i>Les missions :</i>
Les établissements de santé, publics ou privés, et les établissements médico-sociaux mettent en œuvre les moyens propres à prendre en charge la douleur des patients qu'ils accueillent et à assurer les soins palliatifs que leur état requiert, quelles que soient l'unité et la structure de soins dans laquelle ils sont accueillis.
La mise en place d'un comité pilote qui constitue un élément moteur pour susciter et animer une véritable «culture de lutte contre la douleur». Afin d'éviter un cloisonnement préjudiciable à la personne malade, ce comité doit intégrer dans sa réflexion celle relative aux soins palliatifs. Ce comité peut être constitué sous le nom de comité de lutte contre la douleur (CLUD). Cette démarche peut également s'inscrire au niveau de la «structure qualité» de l'établissement de santé.
<i>La composition :</i>
Le personnel infirmier spécifiquement chargé de l'amélioration de la prise en charge de la douleur
il exerce ses fonctions en liaison hiérarchique avec le directeur du service de soins infirmiers. Fonctionnellement, il travaille en étroite collaboration et, dans le respect des compétences de chacun, notamment avec le médecin référent désigné, compte tenu de son expertise dans le domaine de la douleur aiguë, par le comité pilote (le CLUD) et la structure de prise en charge de la douleur chronique rebelle si elle existe
<i>Les représentants des usagers :</i>
Les textes ne prévoient pas de représentants des usagers
<i>Niveau de compétences :</i>
Un ou plusieurs établissements

Commission d'appel d'offres

<i>Les textes :</i>
Articles 22 et 23 du code des marchés publics
<i>Les missions :</i>
<i>La composition :</i>
<p>Outre le directeur ou son représentant, président, chaque commission comporte obligatoirement au moins un membre désigné par le conseil d'administration en son sein ou parmi des personnalités qualifiées proposées par le directeur. Chaque commission comporte un nombre impair de membres.</p> <p>1° Un ou plusieurs membres du service technique compétent du pouvoir adjudicateur ou d'un autre pouvoir adjudicateur pour suivre l'exécution des travaux ou effectuer le contrôle de conformité lorsque la réglementation impose le concours de tels services ou lorsque le marché porte sur des travaux subventionnés par l'État ;</p> <p>2° Des personnalités désignées par le président de la commission en raison de leur compétence dans la matière qui fait l'objet de la consultation ;</p> <p>3° Dans le cas des établissements publics de santé et des établissements publics sociaux et médico-sociaux, un représentant du directeur départemental des affaires sanitaires et sociales. Ses observations sont consignées au procès-verbal.</p>
<i>Les représentants des usagers :</i>
Les textes ne prévoient pas de représentants des usagers
<i>Niveau de compétences :</i>
L'établissement

Groupe certification – comité de pilotage

<i>Les textes :</i>
Article L1414-3-3, article L1414-4, articles R6113-12 à R6113-16 du CSP
guide pratique / HAS -JUN 2008
<i>Les missions :</i>
Le comité de pilotage a pour mission d'entretenir la dynamique de la démarche jusqu'au stade de mise en place des actions d'amélioration et de se porter garant de la méthodologie employée. Il coordonne la préparation de l'auto-évaluation, l'organisation de sa conduite, le respect des échéances et la validation méthodologique des résultats.
<i>La composition :</i>
Le comité doit comporter une représentation multi professionnelle et multidisciplinaire : des responsables des organes décisionnels et des organes consultatifs de l'établissement de santé ; - des professionnels impliqués directement dans la dispensation des soins et des prestations apportant une diversité de compétences et de savoir-faire à l'interface des champs médicaux, paramédicaux, techniques et administratifs ; - des professionnels compétents en matière d'évaluation et d'amélioration de la qualité et susceptibles d'intervenir comme coordonnateurs ou comme facilitateurs des démarches retenues ; - éventuellement, un ou des usagers (ou leurs représentants), pour favoriser la prise en compte des attentes des patients.
<i>Les représentants des usagers :</i>
présence non obligatoire des représentants des usagers
<i>Niveau de compétences :</i>
Établissement de santé

Observatoire régional du médicament

Les textes :

Articles D162-16 Code de la sécurité sociale

Article R5126-48 à R5126-53, R6144-30-5 du code CSP

CIRCULAIRE N°DHOS/E2/DSS/1C/2006/30 du 19 janvier 2006 relative à la mise en œuvre du contrat de bon usage des médicaments et produits et prestations mentionné à l'article L.162-22-7 du code de la sécurité sociale.

Les missions :

La commission du médicament et des dispositifs médicaux stériles ou, dans les établissements publics de santé, la sous-commission chargée d'examiner les questions prévues au 3° du II de l'article L. 6144-1 exerce les attributions prévues au dernier alinéa de l'article L. 5126-5. A ce titre, il lui revient notamment de participer par ses avis à l'élaboration :

1° De la liste des médicaments et dispositifs médicaux stériles dont l'utilisation est préconisée dans l'établissement ;

2° Des recommandations en matière de prescription et de bon usage des médicaments et des dispositifs médicaux stériles et de lutte contre la iatrogénie médicamenteuse.

La composition :

1° Des praticiens désignés en son sein par la commission médicale d'établissement ;

2° Des professionnels médicaux ou non médicaux dont l'expertise est nécessaire à l'exercice de ses missions, en raison d'une qualification, d'une compétence ou d'une expérience particulière dans les matières relevant des attributions de la sous-commission, de leur participation au dispositif de vigilance ou de leur appartenance à une équipe opérationnelle constituée dans le domaine considéré, à savoir :

a) Des médecins, pharmaciens, odontologistes et sages-femmes désignés, en son sein ou non, par la commission médicale d'établissement ;

b) Des personnels paramédicaux désignés par le président de la commission des soins infirmiers, de rééducation et médico-techniques ;

c) D'autres experts désignés en tant que de besoin dans des conditions définies par le règlement intérieur de l'établissement ;

d) Dans la ou les sous-commissions chargées des questions relatives à la lutte contre les infections nosocomiales, à la biovigilance, à la sécurité transfusionnelle et à l'hémovigilance, à la pharmacovigilance, à la matériovigilance ou à la réactovigilance, le responsable de l'équipe opérationnelle d'hygiène hospitalière ou le correspondant local de biovigilance, d'hémovigilance, de pharmacovigilance, de matériovigilance ou de réactovigilance ;

e) Lorsque la sous-commission en charge de cette matière examine les questions relatives à la sécurité transfusionnelle et à l'hémovigilance, le directeur de l'établissement de transfusion sanguine référent ou son représentant et le correspondant d'hémovigilance dudit

établissement.
3° Un représentant du comité technique d'établissement et un représentant du comité d'hygiène, de sécurité et des conditions de travail.
<i>Les représentants des usagers :</i>
Le texte ne prévoit pas de représentants d'usagers
<i>Niveau de compétences :</i>
Régional ou interrégional

Instances de participation

<i>Les textes :</i>
Articles L311-6, D311-21 à D311-25 du code de l'action sociale et des familles
<i>Les missions :</i>
La participation prévue à l'article L. 311-6 peut également s'exercer selon les modalités suivantes :
1° Par l'institution de groupes d'expression institués au niveau de l'ensemble de l'établissement, du service ou du lieu de vie et d'accueil, ou d'un service ou d'un ensemble de services de ceux - ci ;
2° Par l'organisation de consultations de l'ensemble des personnes accueillies ou prises en charge ainsi que, en fonction de la catégorie de personnes bénéficiaires, les familles ou représentants légaux sur toutes questions concernant l'organisation ou le fonctionnement de l'établissement, du service ou du lieu de vie ou d'accueil ;
3° Par la mise en oeuvre d'enquêtes de satisfaction. Ces enquêtes sont obligatoires pour les services prenant en charge à domicile des personnes dont la situation ne permet pas de recourir aux autres formes de participation prévues par la présente sous-section.
<i>La composition :</i>
L'acte instituant des instances de participation autres que le conseil de la vie sociale précise la composition et les modalités de fonctionnement de ces instances qui comportent obligatoirement des représentants des usagers et de leurs familles, titulaires de l'exercice de l'autorité parentale ou représentants légaux en nombre supérieur à la moitié.
<i>Les représentants des usagers :</i>
Les textes prévoient obligatoirement des représentants des usagers.
Mode de désignation :
Sous réserve des dispositions de l'article D. 311-30, les modalités d'élection ou de désignation aux instances de participation autres que le conseil de la vie sociale des représentants des personnes accueillies ou prises en charge, de ceux des familles ou de ceux des titulaires de l'exercice de l'autorité parentale ou des représentants légaux, de ceux des membres du personnel et de ceux de l'organisme gestionnaire sont précisés par l'instance ou la personne mentionnée à l'article D. 311-27 et figurent au règlement de fonctionnement de l'établissement, du service ou du lieu de vie et d'accueil.
<i>Niveau de compétences :</i>
établissement

Conseil d'administration des établissements publics sociaux et médicosociaux locaux

Les textes :	
Articles L315-9 à L315-12, R315-6 à R315-23-5 du code de l'action sociale et des familles	
Les missions :	
<p>1° Le projet d'établissement ou de service mentionné à l'article L. 311-7, ainsi que les contrats pluriannuels mentionnés à l'article L. 313-11 et les conventions d'aide sociale mentionnées au II de l'article L. 342-3-1 ;</p> <p>2° Les programmes d'investissement ;</p> <p>3° Le rapport d'activité ;</p> <p>4° Le budget et les décisions modificatives, les crédits supplémentaires et la tarification des prestations ;</p> <p>5° Les comptes financiers, les décisions d'affectation des résultats ou les propositions d'affectation desdits résultats, lorsque leurs financements sont majoritairement apportés par une collectivité publique ou les organismes de sécurité sociale ;</p> <p>6° Les décisions affectant l'organisation ou l'activité de l'établissement ;</p> <p>7° Le tableau des emplois du personnel ;</p> <p>8° La participation à des actions de coopération et de coordination ;</p> <p>9° Les acquisitions, aliénations, échanges d'immeubles et leur affectation et les conditions des baux de plus de dix-huit ans ;</p> <p>10° Les emprunts ;</p> <p>11° Le règlement de fonctionnement ;</p> <p>12° L'acceptation et le refus de dons et legs ;</p> <p>13° Les actions en justice et les transactions ;</p> <p>14° Les règles concernant l'emploi des diverses catégories de personnel, pour autant qu'elles n'ont pas été fixées par des dispositions législatives ou réglementaires</p>	
La composition :	
<p><u>établissements publics sociaux et médico-sociaux qui relèvent d'une seule commune ou d'un seul département</u></p> <p>1° Trois représentants de la collectivité territoriale de rattachement, dont le maire ou le président du conseil général ou leur représentant respectif, élu dans les conditions fixées au dernier alinéa du I de l'article L. 315-10, qui assure la présidence du conseil d'administration ;</p> <p>2° Un représentant de la commune d'implantation si elle n'est pas représentée au titre du 1° ;</p> <p>3° Trois représentants des départements qui supportent, en tout ou partie, les frais de prise en charge des personnes accueillies ;</p> <p>4° Deux des membres du ou des conseils de</p>	<p><u>établissements publics intercommunaux et interdépartementaux</u></p> <p>1° Trois représentants au moins des collectivités territoriales qui sont à l'origine de la création de l'établissement ou de l'établissement public de coopération intercommunale à l'origine de la création de l'établissement, dont l'un assure la présidence du conseil d'administration, élus dans les conditions fixées au I de l'article L. 315-10, au I de l'article R. 315-9 et au I de l'article R. 315-11 ;</p> <p>2° Un représentant de la commune d'implantation si elle n'est pas représentée au titre du 1° ;</p> <p>3° Trois représentants au moins des départements qui supportent, en tout ou partie, les frais de prise en charge des</p>

<p>la vie sociale ou des instances de participation institués par l'article L. 311-6, représentant les personnes bénéficiaires des prestations ou, à défaut, leurs familles ou leurs représentants légaux ;</p> <p>5° Deux représentants du personnel de l'établissement dont, pour les établissements réalisant des soins éligibles à une prise en charge, un représentant du personnel médical ou thérapeutique ou, dans les établissements hébergeant des personnes âgées dépendantes, le médecin coordonnateur ou, lorsque l'établissement ne comprend pas ces personnels dans ses effectifs, un représentant du personnel en charge des soins ;</p> <p>6° Deux personnes désignées en fonction de leurs compétences dans le champ d'intervention de l'établissement ou en matière d'action sociale ou médico-sociale.</p> <p>Pour l'application des dispositions du 4° de l'article R. 315-6 et du 4° de l'article R. 315-8, dans les établissements d'hébergement en vue de la réinsertion sociale, les représentants des personnes accueillies peuvent également être des personnes ayant montré un intérêt particulier pour les catégories de personnes accueillies dans l'établissement. Ces personnes sont désignées par le préfet du département d'implantation.</p>	<p>personnes accueillies ;</p> <p>4° Deux au moins des membres du ou des conseils de la vie sociale ou des instances de participation institués par l'article L. 311-6, représentant les personnes bénéficiaires des prestations ou, à défaut, leurs familles ou leurs représentants légaux ;</p> <p>5° Deux représentants au moins du personnel de l'établissement dont, pour les établissements réalisant des soins éligibles à une prise en charge, un représentant du personnel médical ou thérapeutique ou, dans les établissements hébergeant des personnes âgées dépendantes, le médecin coordonnateur ou, lorsque l'établissement ne comprend pas ces personnels dans ses effectifs, un représentant du personnel en charge des soins ;</p> <p>6° Deux personnes au moins désignées en fonction de leurs compétences dans le champ d'intervention de l'établissement ou en matière d'action sociale ou médico-sociale.</p> <p>Pour l'application des dispositions du 4° de l'article R. 315-6 et du 4° de l'article R. 315-8, dans les établissements d'hébergement en vue de la réinsertion sociale, les représentants des personnes accueillies peuvent également être des personnes ayant montré un intérêt particulier pour les catégories de personnes accueillies dans l'établissement. Ces personnes sont désignées par le préfet du département d'implantation.</p>
<p><i>Les représentants des usagers :</i></p>	
<p>Les textes prévoient des représentants des usagers Durée du mandat : 3 ans renouvelable</p>	
<p><i>Niveau de compétences :</i> établissement</p>	

Conseil de vie sociale

<i>Les textes :</i>
Articles L311-6, D311-3 à D311-20 du code de l'action sociale et des familles
<i>Les missions :</i>
<p>Le conseil de la vie sociale est mis en place lorsque l'établissement ou le service assure un hébergement ou un accueil de jour continu ou une activité d'aide par le travail</p> <p>Il n'est pas obligatoire lorsque l'établissement ou service accueille majoritairement des mineurs de moins de onze ans</p> <p>Le conseil donne son avis et peut faire des propositions sur toute question intéressant le fonctionnement de l'établissement ou du service notamment sur l'organisation intérieure et la vie quotidienne, les activités, l'animation socio-culturelle et les services thérapeutiques, les projets de travaux et d'équipements, la nature et le prix des services rendus, l'affectation des locaux collectifs, l'entretien des locaux, les relogements prévus en cas de travaux ou de fermeture, l'animation de la vie institutionnelle et les mesures prises pour favoriser les relations entre ces participants ainsi que les modifications substantielles touchant aux conditions de prises en charge</p>
<i>La composition :</i>
<p>1° Deux représentants des personnes accueillies ou prises en charge ; 2° S'il y a lieu, un représentant des familles ou des représentants légaux ; 3° Un représentant du personnel ; 4° Un représentant de l'organisme gestionnaire.</p> <p>L'absence de désignation de titulaires et suppléants ne fait pas obstacle à la mise en place du conseil sous réserve que le nombre de représentants des personnes accueillies et de leurs familles ou de leurs représentants légaux soit supérieur à la moitié du nombre total des membres du conseil désignés.</p> <p>Lorsque le très jeune âge des bénéficiaires rend impossible leur représentation directe, le collège des personnes accueillies ne peut être formé, seul le collège des familles ou des représentants légaux est constitué.</p> <p>Dans le cas où la représentation des familles ou des représentants légaux n'est pas justifiée en raison de la catégorie des personnes accueillies ou de la nature de la prise en charge, les sièges sont attribués aux personnes accueillies.</p> <p>Lorsque les sièges des familles ou des représentants légaux, d'une part, ou ceux des personnes accueillies, d'autre part, ne peuvent être pourvus, en raison notamment des difficultés de représentation, un constat de carence est dressé par le directeur, son représentant ou le représentant qualifié de l'organisme gestionnaire.</p> <p>Dans les cas mentionnés au présent article, la majorité prévue au dernier alinéa de l'article D. 311-5 est déterminée sur les seuls représentants des personnes accueillies ou sur les seuls représentants des familles ou des représentants légaux.</p>
<i>Les représentants des usagers :</i>
Les textes prévoient des représentants des usagers

sont élus pour une durée d'un an au moins et de trois ans au plus, renouvelable.

les représentants des personnes accueillies et les représentants des familles ou des représentants légaux sont élus par vote à bulletin secret à la majorité des votants respectivement par l'ensemble des personnes accueillies ou prises en charge et par l'ensemble des familles ou des représentants légaux, au sens du 2° de l'article D. 311-11. Des suppléants sont élus dans les mêmes conditions.

Sont élus le ou les candidats ayant obtenu le plus grand nombre de voix. A égalité de voix, il est procédé par tirage au sort entre les intéressés.

Le nombre des représentants des personnes accueillies, d'une part, et de leur famille ou de leurs représentants légaux, d'autre part, doit être supérieur à la moitié du nombre total des membres du conseil.

Niveau de compétences :

établissement

Commission Régionale Addictions (CRA)

<i>Les textes :</i>
Articles L312-4 et L312-5 du CASF
<i>Les missions :</i>
<p>Pour aider à l'élaboration et à la mise en place des schémas régionaux d'addictologie, des commissions régionales addictions devront être créées dans chacune des régions. Elles doivent permettre une meilleure articulation entre les secteurs sanitaire, médico-social, associatif et la médecine de ville afin de mettre en œuvre une politique régionale en addictologie coordonnée et planifiée</p> <p>En ce qui concerne le dispositif de prise en charge et les pratiques professionnelles, les commissions régionales constituent une instance de concertation, un lieu d'échanges et d'information. Elles constituent le cadre de préparation du schéma régional d'addictologie.</p> <p>Ces commissions devront notamment travailler avec les GRSP et la Conférence régionale de santé.</p>
<i>La composition :</i>
<p>Elles seront présidées conjointement par le directeur de la DRASS ou son représentant et par le directeur de l'ARH ou son représentant. Elles seront composées d'acteurs concernés par l'addictologie en tant que personnalité qualifiée ou en tant que représentants institutionnels. La composition de la commission est laissée à la discrétion de la présidence. Toutefois à titre indicatif, les commissions régionales pourront rassembler des représentants de l'Etat et de l'assurance-maladie, des Groupements régionaux de santé publique (GRSP), des structures médico-sociales, des établissements de santé, des Centres d'évaluation et d'information sur la pharmacodépendance, des collectivités locales, des associations, des usagers... Les membres seront désignés pour une durée de cinq ans.</p>
<i>Les représentants des usagers</i>
Les textes prévoient des représentants des usagers désignés pour cinq ans
<i>Niveau de compétences :</i>
Régional

Commission Régionale de Conciliation et d'Indemnisation (CRCI)

<i>Les textes :</i>
Articles 1142-5 à L1142-6, R1142-6 à R1142-12 du CSP
<i>Les missions :</i>
Dans chaque région, une commission régionale de conciliation et d'indemnisation est chargée de faciliter le règlement amiable des litiges relatifs aux accidents médicaux, aux affections iatrogènes et aux infections nosocomiales, ainsi que des autres litiges entre usagers et professionnels de santé, établissements de santé, services de santé ou organismes ou producteurs de produits de santé mentionnés aux articles L. 1142-1 et L. 1142-2.
<i>La composition :</i>
1° Six représentants des usagers proposés par les associations d'usagers du système de santé ayant fait l'objet d'un agrément au niveau régional dans les conditions prévues à l'article L. 1114-1 ou ayant fait l'objet d'un agrément au niveau national et ayant une représentation au niveau régional ;
2° Au titre des professionnels de santé :
- deux représentants des professionnels de santé exerçant à titre libéral désignés après avis des instances régionales des organisations syndicales représentatives, dont un médecin ;
- un praticien hospitalier désigné après avis des instances régionales des organisations syndicales représentatives ;
3° Au titre des responsables des institutions et établissements publics et privés de santé :
- un responsable d'établissement public de santé proposé par les organisations d'hospitalisation publique les plus représentatives au plan régional ;
- deux responsables d'établissements de santé privés désignés par les organisations d'hospitalisation privée les plus représentatives au plan régional, dont un représentant des organisations d'hospitalisation privée à but non lucratif participant au service public hospitalier ;
4° Le président du conseil d'administration et le directeur de l'Office national d'indemnisation des accidents médicaux, des affections iatrogènes et des infections nosocomiales ou leurs représentants ;
5° Deux représentants des entreprises pratiquant l'assurance de responsabilité civile médicale prévue à l'article L. 1142-2 ;
6° Quatre personnalités qualifiées dans le domaine de la réparation des préjudices corporels.
Des suppléants à chacun des membres de la commission, autres que le président, sont nommés dans les mêmes conditions que le titulaire. Les suppléants n'assistent aux séances de la commission qu'en l'absence du titulaire.
<i>Les représentants des usagers</i>

Les textes prévoient 6 représentants des usagers avec suppléants
<i>Niveau de compétences :</i>
Régional

Conseil de l'ordre des masseurs kinésithérapeutes

<i>Les textes :</i>
Article L4321-15 à L432120 du code de la santé publique Instruction DHOS /P1/2008/239 du 18 juillet 2008 relative à la désignation des représentants de usagers amenés à siéger au chambre disciplinaire de première instance de l'ordre des masseurs-kinésithérapeutes et des pédicures-podologues
<i>Les missions :</i>
Dans chaque région, un conseil régional de l'ordre des masseurs-kinésithérapeutes assure les fonctions de représentation de la profession dans la région et de coordination des conseils départementaux. Il organise et participe à des actions d'évaluation des pratiques de ces professionnels, en liaison avec le conseil national de l'ordre et avec la Haute Autorité de santé. Dans ce cadre, le conseil régional a recours à des professionnels habilités à cet effet par le conseil national de l'ordre sur proposition de la Haute Autorité de santé.
<i>La composition :</i>
Le conseil régional comprend en son sein une chambre disciplinaire de première instance, présidée par un magistrat de l'ordre administratif. Cette chambre dispose, en ce qui concerne les masseurs-kinésithérapeutes, des attributions des chambres disciplinaires de première instance des ordres des professions médicales. La chambre disciplinaire de première instance est composée d'un nombre de masseurs-kinésithérapeutes fixé par voie réglementaire, en fonction des effectifs des masseurs-kinésithérapeutes inscrits aux derniers tableaux publiés dans la région. Elle comprend des membres élus par le conseil régional auprès duquel siège la chambre, en nombre égal parmi les membres du conseil régional dont elle dépend, et les membres et anciens membres des conseils de l'ordre
<i>Les représentants des usagers</i>
Lorsque les litiges concernent les relations entre professionnels et usagers, la chambre disciplinaire s'adjoit deux représentants des usagers désignés par le ministre chargé de la santé.
<i>Niveau de compétences :</i>
régional

Conseil de l'ordre des pédicures-podologues

<i>Les textes :</i>
Article L4322-8 à L4322-15 du code de la santé Publique Instruction DHOS /P1/2008/239 du 18 juillet 2008 relative à la désignation des représentants de usagers amenés à siéger au chambre disciplinaire de première instance de l'ordre des masseurs-kinésithérapeutes et des pédicures-podologues
<i>Les missions :</i>
Dans chaque région, un conseil régional de l'ordre des pédicures-podologues assure les fonctions de représentation de la profession dans la région. Le conseil régional exerce, sous le contrôle du conseil national, les attributions générales de l'ordre suivantes : il statue sur les inscriptions au tableau, il autorise le président de l'ordre à ester en justice, à accepter tous dons et legs à l'ordre, à transiger ou compromettre, à consentir toutes aliénations ou hypothèques et à contracter tous emprunts. En aucun cas, il n'a à connaître des actes, des attitudes, des opinions politiques ou religieuses des membres de l'ordre. Il peut créer avec les autres conseils régionaux de l'ordre et sous le contrôle du conseil national des organismes de coordination. Il diffuse auprès des professionnels les règles de bonnes pratiques
<i>La composition :</i>
Le conseil régional est composé de membres élus parmi les pédicures-podologues exerçant à titre libéral et parmi les pédicures-podologues exerçant à titre salarié
Le conseil régional comprend en son sein une chambre disciplinaire de première instance, présidée par un membre du corps des tribunaux administratifs et des cours administratives d'appel désigné par le vice-président du Conseil d'Etat. Un ou des suppléants sont désignés dans les mêmes conditions.
Cette chambre dispose en ce qui concerne les pédicures-podologues des attributions des chambres disciplinaires de première instance des ordres des professions médicales.
La chambre disciplinaire de première instance est composée d'un nombre de pédicures-podologues fixé par voie réglementaire, en fonction des effectifs des pédicures-podologues inscrits aux derniers tableaux publiés dans la région.
Elle comprend des membres élus par le conseil régional auprès duquel siège la chambre, pour moitié, parmi les membres du conseil régional dont elle dépend et, pour moitié, parmi les membres et anciens membres des conseils de l'ordre
<i>Les représentants des usagers</i>
Lorsque les litiges concernent les relations entre professionnels et usagers, la chambre disciplinaire s'adjoit deux représentants des usagers désignés par le ministre chargé de la santé.
<i>Niveau de compétences :</i>
région

Liste des instances par ordre alphabétique

Centre de Coordination en Cancérologie(3C)	p92
Centre de lutte contre le cancer- conseil d'administration -	p79
CLAN (Comité de Liaison en Alimentation et Nutrition).....	p81
CLIN (Comité de Lutte contre les Infections Nosocomiales)	p82
CLUD (Comité de Lutte contre la Douleur).....	p93
Comité de l'aide médicale urgente, de la permanence des soins et des transports sanitaires	p59
Commission d'appel d'offres	p94
Commission Régionale Addictions (CRA)	p103
Conférences sanitaires	p62
Conseil d'administration des établissements publics sociaux et médicosociaux locaux.....	p99
Conseil d'administration établissement de santé.....	p84
Conseil de l'ordre des masseurs kinésithérapeutes.....	p106
Conseil de l'ordre des pédicures-podologues.....	p107
Conseil de vie sociale	p101
COREVIH (Comité de Coordination de la Lutte contre l'Infection par le Virus de l'Immunodéficience Humaine).....	p64
CORU-SROS (Comité Régionale des usagers-schéma régional de l'organisation des soins)	p65
CPP(Comité de Protection des Personnes).....	p66
CRCI (Commission Régionale de Conciliation et d'Indemnisation)	p104
CRCSM (Commission Régionale de Concertation en Santé Mentale)	p68
CROS (Comité Régional de l'Organisation Sanitaire).....	p70
CROSEA (Commission Régionale de l'Organisation des Soins de l'Enfant et de l'Adolescent)	p72
CROSMS (Comité Régional de l'Organisation Sociale et Médico Sociale).....	p74
CRS (Conférence Régionale de Santé).....	p75
CRUQPC(Commission des Relations avec les Usagers et de la Qualité de la Prise en Charge)	p87
EFS (Etablissements de transfusion Sanguine)	p90
Groupe certification – comité de pilotage	p95
Groupe certification – groupe auto-évaluation.....	p91
GRSP (Groupement Régional de Santé Publique) - conseil d'administration -	p77
GRSP (Groupement Régionale de Santé Publique)- comité des programmes.....	p78
Instances de participation	p98
Observatoire régional du médicament.....	p96

**Associations des usagers de santé agréées au niveau régional
(Août 2008)**

Nom de l'association	date d'agrément
FNATH groupement de l'OISE	06-mars-07
Association des insuffisants rénaux de Picardie	29-mars-07
UDAF 80	25-mai-07
Amis des petits frères des pauvres de Creil Clermont Liancourt	13-juil-07
UFC que choisir de l'Oise	16-août-07
Familles Rurales Fédération régionale	22-févr-08
JALMALV SOMME	23-mai-08
AISNE JALMALV	23-mai-08

**Document réalisé par le secrétariat de la Conférence Régionale de Santé de Picardie
avec le concours du centre de ressources documentaires commun de la Direction
Régionale des Affaires Sanitaires et Sociales de Picardie et de la Direction
Départementale des Affaires Sanitaires et Sociales de la Somme**

Annexe n°4 : Les formations organisées par le CISS Picardie en 2007.



Formation organisées

du 15 février 2007 (date de création de l'association) au 31 décembre 2007

- 21 mai 2007 Thème : « Rôle des représentants des usagers dans la Commission Régionale de Conciliation et d'Indemnisation (CRCI) »
Durée : 1 journée Nombre de participants : 9
- 25 octobre 2007 Thème : « La représentation des usagers au sein de la Commission des Relation avec les Usagers et pour la Qualité de la Prise en Charge (CRUQPC) »
Durée : 1 journée Nombre de participants : 17
- Novembre 2007 Thème « L'Aide aux aidants – Comment accompagner un malade chronique »
Durée : 3 journées Nombre de participants : 9

Collectif Interassociatif Sur la Santé de Picardie

Association régie par la loi de 1901

Siège Social : 91 rue André Ternynck - 02300 CHAUNY

☎ 03.23. 52.02.01 - ✉ cisspicardie@orange.fr

ADEP Comité Picardie - AEMTC – AFD Picardie - AFM – AFP - AIR Picardie – AJD - APF – ATP - Bien vivre avec le QT long - DIAB 80 – E3M – HUNTINGTON Espoir - Oise ALZHEIMER - UNAFAM – URAF - URAPEI – URCSF