

LA GOUVERNANCE DES INSTANCES
DANS LES
ETABLISSEMENTS
DE BOURGOGNE FRANCHE COMTE

LES DOSSIERS
DE
L'ARUCAH
BOURGOGNE
FRANCHE-COMTE

Table des matières

1. INTRODUCTION :	3
2. LES INSTANCES D’UN ETABLISSEMENT DE SANTE :	4
2.1. Les instances de gouvernance concernées :	4
2.2. Les fiches d’identité des instances :	8
2.2.1. Les instances réglementaires et recommandées :	8
2.2.2. Autres instances ou instances facultatives :	17
3. DISCUSSION :	19
4. CONCLUSION :	21
5. BIBLIOGRAPHIE :	22

1. INTRODUCTION :

Le concept de gouvernance des instances dans tous les secteurs d'activité apparaît après la crise économique de 1929. En 1932, Berle et Means sont les premiers à analyser l'évolution de la propriété et à étudier la théorie des droits de propriété. Ils distinguent deux fonctions principales : d'une part, la fonction décisionnelle qui revient aux dirigeants, et d'autre part, la fonction de contrôle ou de surveillance qui est réservée aux actionnaires.

La gouvernance repose sur la création et la répartition de valeur au sein des établissements. Il existe trois modèles de gouvernance : le modèle financier, le modèle partenarial et le modèle cognitif.

- ❑ **Le modèle financier** : Le modèle financier de gouvernance est issu des théories de la propriété, des coûts de transaction et de l'agence. Il vise à sécuriser la rentabilité de l'investissement financier. Pour Jensen et Meckling, en 1976, « une relation d'agence est un contrat par lequel une ou plusieurs personnes (le principal) engage une autre personne (l'agent) pour exécuter en son nom une tâche quelconque qui implique une délégation d'un certain pouvoir de décision à l'agent.
- ❑ **Le modèle partenarial** : dans ce modèle, l'entreprise est représentée comme un centre de production. Le modèle partenarial de gouvernance recherche toujours la création de valeur mais s'intéresse aussi à la valeur ajoutée organisationnelle directement liée à l'efficacité de l'organisation, avec des parties prenantes, les unes dirigeantes et les autres salariés. Ce modèle de gouvernance a l'avantage de protéger le capital humain de l'entreprise, puisqu'en tant que parties prenantes de l'organisation, les salariés participent au partage de la valeur ajoutée. Le système de gouvernance doit être élaboré par le dirigeant en fonction de sa capacité à créer de la valeur partenariale qui doit dépasser l'aspect purement marchand et être à même d'améliorer la performance de l'entreprise.
- ❑ **Le modèle cognitif** : après s'être investi dans un modèle partenarial, l'entreprise s'intéresse plus précisément au processus de répartition de la valeur ajoutée organisationnelle qui permet de comprendre comment l'efficacité de l'organisation génère de la valeur et peut donner lieu à encore plus de performance dans les pratiques professionnelles. Dans ce cadre-là, les questions à se poser vont porter sur la création et le développement des compétences, l'innovation, la stratégie d'investissement, la transformation de l'environnement, et le développement durable. Avec le modèle de gouvernance cognitif, l'entreprise passe de la résolution de conflits d'intérêts, de la régulation, de la coopération et de la répartition de la valeur ajoutée organisationnelle à l'alignement des comportements des professionnels avec les modes de fonctionnement d'innovation et d'anticipation. La performance ainsi obtenue sera issue de la capacité du management à imaginer, percevoir, construire de nouvelles opportunités, au lieu d'adapter en permanence les organisations à l'évolution du contexte.

Dans les textes réglementaires traitant de la démocratie sanitaire et dans les différents référentiels d'évaluation de la HAS, ont été imposés l'existence d'instances réglementaires de gouvernance encourageant les établissements à gouverner un établissement de santé selon le modèle partenarial.

Ces instances réglementaires visent la performance qualitative, sociale et économique de l'établissement de santé.

Pour autant, un assez grand nombre d'établissement ont mis en place des instances facultatives leur permettant de passer d'un modèle partenarial à un modèle cognitif.

Dans ce document, nous passons en revue toutes les instances réglementaires et quelques rares instances facultatives pouvant exister en expliquant leurs interrelations avec la commission des usagers et les représentants des usagers.

2. LES INSTANCES D'UN ETABLISSEMENT DE SANTE :

2.1. Les instances de gouvernance concernées :

Les travaux d'Aoki ont montré que la richesse d'une entreprise vient essentiellement des bonnes décisions stratégiques et de l'implication opérationnelle de ceux qui la composent.

Aoki propose alors le **modèle managérial coopératif**, issu du modèle partenarial de gouvernance ; il s'agit de créer des structures, des instances qui réunissent toutes les parties prenantes de l'entreprise et de les faire participer au processus de décision dans la gestion de l'entreprise, de l'établissement de santé dans notre cas, partant du principe que celle-ci fonctionnera mieux si tous les acteurs qui la composent coopèrent.

Pour Aoki ce sont les membres de l'entreprise, les managers, qui, en élaborant et en assurant la mise en œuvre opérationnelle des stratégies par une organisation du système de relation, et les salariés qui, en s'impliquant, en coopérant ou en se mettant en retrait, font les résultats de l'entreprise.

Dans le cas d'un établissement de santé privé à but lucratif, il y a des actionnaires mais les actionnaires accompagnent les résultats de l'entreprise, peuvent les maximiser, mais ils ne les créent pas. Ce sont les structures de gouvernance et les salariés qui créent la qualité de la prise en charge des patients.

Tant les instances réglementaires ou facultatives peuvent varier selon la nature de l'établissement (centre hospitaliers régionaux universitaires, les centres hospitaliers, les hôpitaux de proximité, cliniques privées à but lucratif, cliniques privées à but non lucratif) et selon la nature des activités et la présence de certains services comme le bloc opératoire.

Quelle que soit leur nature, tous les établissements appartiennent à un système de santé complexe. Ce système complexe se caractérise, par exemple par la présence de médecins libéraux qui apporte richesse mais aussi complexité dans le système de gouvernance.

Ce système est également hétérogène, composé de très nombreux salariés aux missions distinctes. Sa performance passe par l'intégration de parties prenantes qui ont la particularité d'être issues de dizaines d'employeurs juridiquement distincts et qui travaillent ensemble sur le même site à améliorer toujours la prise en charge des patients.

Le système de santé vit enfin dans un monde d'incertitude, puisque dépendant de politiques qui peuvent modifier les règles du jeu du système dans lequel nous évoluons, sans concertation, à tout moment. Ce qui était vrai hier devient faux aujourd'hui ; ce qui était cohérent ne l'est plus ; ce qui avait du sens devient insensé...

Il est également en pleine mutation, dans un monde instable. Le système de santé français poursuit sa restructuration qui est loin d'être achevée, sous l'influence de parties prenantes extérieures, européennes ou mondiales.

Une gouvernance performante est donc bien une gouvernance qui favorise la cohérence et la cohésion entre des parties prenantes dont les idées se heurtent parfois, dont les intérêts peuvent se révéler divergents et les objectifs se confronter. Un certain nombre d'instances doivent donc exister afin que les difficultés soient exposées, que les informations soient délivrées et que les propositions d'améliorations soient décidées, partagées et mises en œuvre.

La cohérence et la cohérence imposent de bien connaître les interrelations entre toutes les instances d'un établissement de santé, qu'il soit public ou privé.

Nous retenons dans ce document l'ensemble des instances de gouvernance réglementaires ou fortement recommandées suivantes, les premières ont des missions plus stratégique et politique, les secondes des missions plus organisationnelles et les troisièmes des missions plus opérationnelles, qui seront décrites dans leurs fiches d'identité.

Dans cette liste, nous écartons les instances facultatives qui peuvent varier de manière significative selon la nature, la taille de l'établissement et selon le secteur d'activité, public ou privé.

❑ MANAGEMENT STRATEGIQUE ET POLITIQUE :

CS : Comité de surveillance
CA : Conseil d'administration
CODIR : comité de direction
CODIRE : comité de direction élargi
CME : comité médical d'établissement
CSIRMPPT : comité de soins infirmiers, de rééducation et médico-technique
COPIL : comité de pilotage qualité et risques

❑ MANAGEMENT ORGANISATIONNEL :

COVIR ou COVIRIS : comité des vigilances et des risques
C.op.risques : comité opérationnel des risques (existence variable)
CDU : comité des usagers
COMEDIMS : comité du médicament et des dispositifs médicaux stériles
CLIAS : comité de lutte contre les infections associées aux soins(= remplace le CLIN)
CLUD : comité de lutte contre la douleur
CLAN : comité de liaison alimentation nutrition
C.BLOC : conseil de bloc opératoire
C.Ethique : comité d'éthique
EPP : comité des évaluations de pratiques professionnelles
CSE : comité social et économique (remplace le CHSCT)
F3SCT : Formation Spécialisée en Santé, Sécurité et Conditions de Travail.
DP : délégués du personnel

❑ MANAGEMENT OPERATIONNEL :

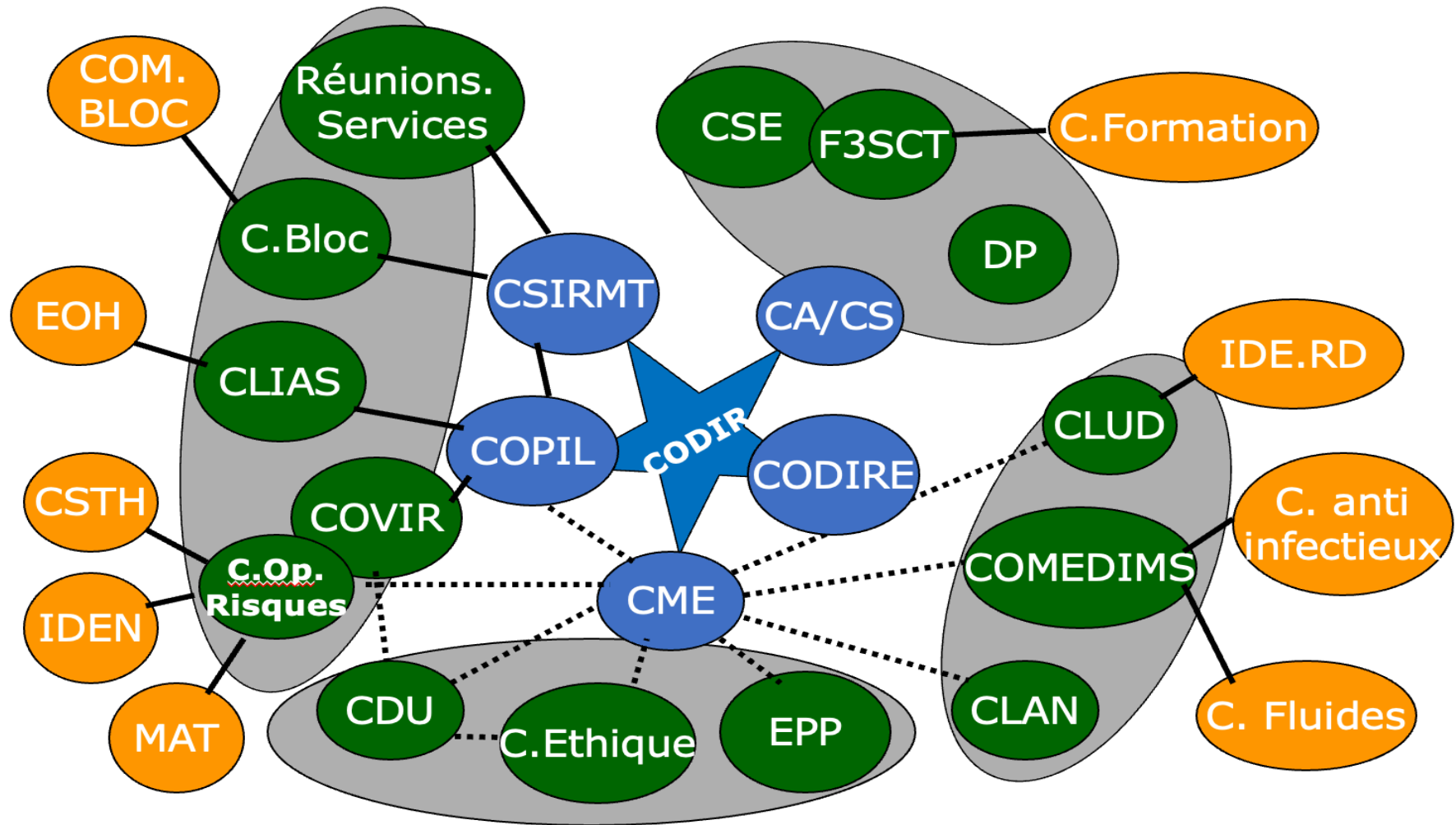
IDE. RD : infirmière gestion de la douleur
C.anti infectieux : comité antiinfectieux
C. Fluides : comité des fluides
MAT : matériovigilant
IDEN : comité d'identitovigilance
CSTH : comité de sécurité transfusionnelle et d'hémovigilance
EOH : équipe opérationnelle d'hygiène
COM.BLOC : commission de bloc opératoire

Toutes ces instances sont représentées visiblement sur deux matrices de gouvernance qui sont présentées dans les deux pages qui suivent.

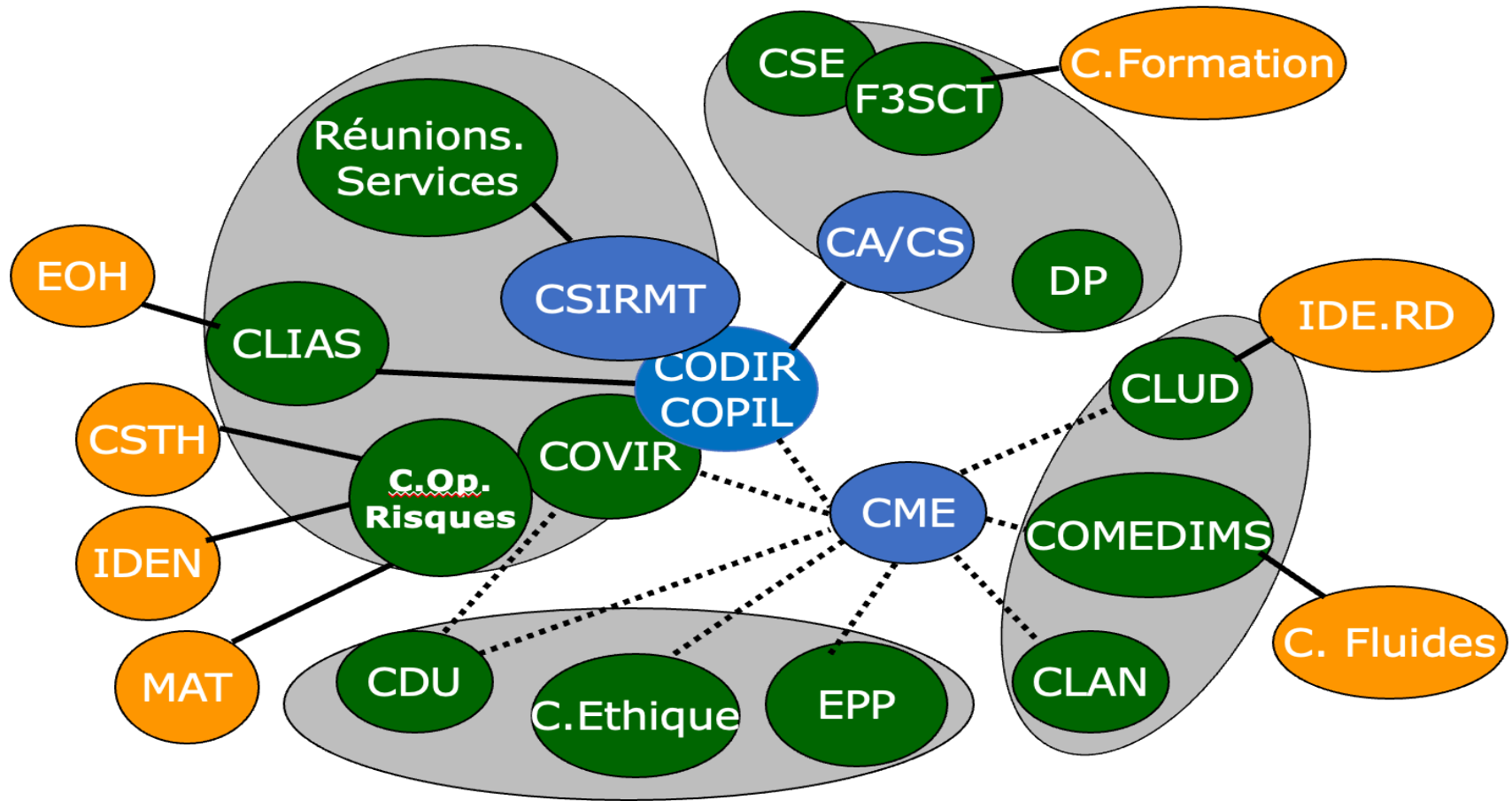
Nous avons retenu deux matrices de gouvernance : l'une concernant les établissements publics et privés avec bloc opératoire et l'autre les établissements publics et privés sans bloc opératoire.

Pour autant, nous citerons quelques instances facultatives, les plus fréquentes, dans les fiches d'identité pour illustrer notre propos sur l'importance du management coopératif entre toutes les instances.

MATRICE DE GOUVERNANCE D'UN ETABLISSEMENT T AVEC BLOC OPERATOIRE



MATRICE DE GOUVERNANCE D'UN ETABLISSEMENT T SANS BLOC OPERATOIRE



2.2. Les fiches d'identité des instances :

2.2.1. Les instances réglementaires et recommandées :

INSTANCES	MISSIONS DE L'INSTANCE	COMPOSITION DE L'INSTANCE	DOCUMENTS PROPRES A L'INSTANCE	INTERRELATION AVEC LES RU
CODIR	<p>Le CODIR fait le point sur l'activité de l'établissement et sur l'avancement des différents projets. Dans les petits établissements le CODIR peut être également le COPIL qualité et risques de l'établissement.</p> <p>Dans quelques établissements publics, existe un directoire. Le Directoire approuve notamment le Projet médical, le Projet d'établissement et conseille le directeur dans la conduite de l'établissement.</p>	<p>CODIR : membres de l'équipe de direction. Le président de la CME y est rarement présent.</p> <p>Directoire : Directeur/directrice, président de CME, directeur/directrice des soins, membres de professionnels médicaux et paramédicaux.</p>	<p>Projet d'établissement. PSE. Tableaux de bord de l'établissement. Comptes-rendus du comité de direction.</p>	<p>Le CODIR doit être garant de la cohérence de l'avancement de toutes les politiques des instances et de la cohérence des projets et des plans d'action de toutes les instances, dont le projet des usagers. La direction est membre de droit de la CDU.</p>
CME	<p>La CME est associée, par ses avis, ses propositions ou ses délibérations aux décisions prises par l'administration dans le domaine de l'organisation des soins et sur les questions relatives aux personnels médicaux qu'elle représente. Elle contribue à l'élaboration de la politique d'amélioration continue de la qualité et de la sécurité des soins, ainsi que des conditions d'accueil et de prise en charge des usagers.</p>	<p>Membres de droit (les chefs de pôle clinique et médico technique, pharmacie, laboratoire), membres élus, représentants des internes et membres avec voix consultative, dont le président de la CSIRMT.</p>	<p>Règlement intérieur de la CME. Projet médical. Protocoles médicaux. Protocoles thérapeutiques. Dossiers informatisés des patients. Revue de morbi-mortalité.</p>	<p>Un médecin médiateur est présent dans la CDU. Les représentants des usagers doivent pouvoir participer aux médiations médicales. Ils peuvent également participer à l'analyse des événements indésirables associés aux soins et aux revues de morbi-mortalités.</p>

INSTANCES	MISSIONS DE L'INSTANCE	COMPOSITION DE L'INSTANCE	DOCUMENTS PROPRES A L'INSTANCE	INTERRELATION AVEC LES RU
<p>CSIRMT</p>	<p>La commission des soins infirmiers, de rééducation et médico-technique, pas toujours présente, est consultée pour avis sur le projet de soins infirmier, l'organisation générale des soins infirmiers, la politique d'amélioration continue de la qualité et de la sécurité des soins. Des sous-commissions peuvent exister comme la commission des parcours de soins.</p>	<p>Directeur ou directrices des soins, cadres infirmiers de tous les secteurs d'activité.</p>	<p>Projet de soins infirmiers. Protocoles paramédicaux.</p>	<p>La qualité des soins est un droit du patient. Un représentant des usagers doit pouvoir participer aux travaux de cette commission.</p>
<p>COFIL OU COMITE QUALITE ET RISQUES</p>	<p>Ce comité est chargé de superviser la mise en œuvre de la démarche d'amélioration continue de la qualité et de coordonner les vigilances et la gestion des risques au sein de l'établissement. Elle coordonne la mise en œuvre et le suivi des plans d'action.</p>	<p>Directeur/directrice qualité, ou responsable qualité, direction, présidents CLIAS, CLUD, CLAN, cadres des secteurs d'activité, représentants des professionnels.</p>	<p>Politique qualité et risques. Plans d'amélioration de la qualité et de la sécurité des soins. Rapports d'audit. Indicateurs IQSS. Enquête de satisfaction des patients. Enquête E-Satis.</p>	<p>La présence d'un représentant des usagers peut être très utile dans ce comité car y sont suivis tous les plans d'amélioration de la qualité portant la qualité des soins dans les parcours de soins au sein de l'établissement. C'est déjà le cas dans quelques établissements où cette instance existe. Dans les petits établissements, le CODIR peut tenir lieu de COFIL qualité et risques.</p>

INSTANCES	MISSIONS DE L'INSTANCE	COMPOSITION DE L'INSTANCE	DOCUMENTS PROPRES A L'INSTANCE	INTERRELATION AVEC LES RU
COVIR OU COVIRIS	Le comité des vigilances et des risques participe à la définition de la politique des vigilances et des risques sanitaires de l'établissement. Elle assure la mise en œuvre et le suivi des plans d'amélioration suite au constat d'événements indésirables et d'événements indésirables graves associés aux soins.	Responsable qualité, président ou vice-président de la CME, président des CLIAS, CLUD et CLAN, directeur/directrice des soins, vigilants, représentants des cadres des secteurs d'activité.	Politique qualité et risques. Signalement des événements indésirables. Signalement des événements indésirables graves. Cartographies des risques. Procédure de signalement des EI. Procédures de vigilance : matériovigilance, hémovigilance, infectiovigilance, biovigilance, pharmacovigilance, identitovigilance.	La présence permanente d'un représentant des usagers n'est pas utile dans cette instance puisqu'un suivi périodique des événements indésirables et des événements indésirables associés aux soins est faite en CDU.
COMITE OPERATIONNEL DES RISQUES	Le comité opérationnel des risques est peu fréquent. Quand il existe, il n'existe que dans les centres hospitaliers et les cliniques privées de taille plus importante. La mission de comité est d'analyser et de traiter en continu les événements indésirables et les événements indésirables associés aux soins. Les actions d'amélioration proposés par ce comité sont suivies en COVIR.	Il s'agit d'un comité restreint qui réunit généralement la direction qualité, la pharmacienne mais aussi les vigilants en fonction de la nature des événements indésirables signalés.	Évènements indésirables associés aux soins. Plans d'amélioration suite au signalement des événements indésirables.	Un représentant des usagers peut faire un signalement d'événement indésirable auprès de la direction ou de la/le responsable qualité de l'établissement.

INSTANCES	MISSIONS DE L'INSTANCE	COMPOSITION DE L'INSTANCE	DOCUMENTS PROPRES A L'INSTANCE	INTERRELATION AVEC LES RU
COMEDIMS	Le COMEDIMS participe à la définition de la politique du médicament et des dispositifs médicaux stériles à l'intérieur de l'établissement.	Les Pharmaciens, le responsable du management de la qualité de la prise en charge médicamenteuse, un représentant de la commission du service de soins infirmiers, le coordonnateur de la Gestion des Risques, préparateur(s) en pharmacie.	Règlement intérieur de la COMEDIMS Projet du COMEDIMS. Élaboration et suivi du CBUM : Bonnes Pratiques Pharmaceutiques. Dossiers informatisés des patients. Indicateurs de suivi des consommations des médicaments.	Une/un phamacien doit pouvoir être présent dans la CDU. Les représentants des usagers doivent pouvoir participer aux revues de morbi-mortalité donnant lieu au constat d'erreurs médicamenteuses.
CLIAS (Remplace le CLIN)	Le comité de lutte contre les infections associées aux soins (CLIAS) est chargé de la lutte contre les infections nosocomiales et infections associées aux soins au sein de l'établissement, notamment par l'élaboration et la mise en œuvre de recommandations de bonnes pratiques d'hygiène et l'information/formation aux personnels.	Président de la CME ou son représentant, directeur d'établissement ou son représentant, coordonnateur général des soins, représentants médicaux, pharmaciens, représentants non médicaux : cadres de santé, cadres de santé formatrice, IDE, IDE hygiénistes, conseillères en hôtellerie, et représentants des usagers.	Projet du CLIAS. Indicateurs IQSS. Protocoles d'hygiène.	La sécurité des patients est un droit du patient. Un représentant des usagers doit pouvoir travailler aux réunions du CLIAS et aux groupes de travail visant l'amélioration des pratiques de de la prévention des infections nosocomiales. Il doit participer également aux actions pédagogiques aux actions de formation portant sur le lavage des mains et la friction des mains avec une solution hydroalcoolique.

INSTANCES	MISSIONS DE L'INSTANCE	COMPOSITION DE L'INSTANCE	DOCUMENTS PROPRES A L'INSTANCE	INTERRELATION AVEC LES RU
<p>CLUD</p>	<p>Le CLUD vise à améliorer la prise en charge de la douleur. Il est force d'analyse, de proposition, de validation, de coordination et de communication vis-à-vis du public et des professionnels.</p> <p>Il aide au développement de la formation continue et à la mise en place de plans d'amélioration de la qualité pour l'évaluation et le traitement de la douleur.</p>	<p>Représentants médicaux, direction des soins, cadres infirmiers, IDE, aides-soignantes, représentant des usagers.</p>	<p>Projet du CLUD. Protocoles douleur. Indicateur IQSS. Rapports d'audit. Enquête de satisfaction. Enquête E-Satis de la HAS.</p>	<p>La prise en charge de la douleur est un droit fondamental du patient.</p> <p>Un représentant des usagers doit pouvoir siéger dans le CLUD</p> <p>Les représentants des usagers doivent pouvoir suivre les indicateurs concernant la prise en charge de la douleur, notamment l'indicateur IQSS.</p>
<p>CLAN</p>	<p>Le CLAN est une instance consultative en lien avec la CME</p> <p>Les missions de cette instance sont de prévenir et gérer les risques nutritionnels, d'améliorer la qualité des repas, de renforcer la sécurité alimentaire, d'optimiser les pratiques professionnelles et d'évaluer et améliorer la restauration au sein de l'établissement.</p>	<p>Direction de l'établissement (représentant du directeur) ;</p> <p>Professionnels de santé : médecins, diététiciens, pharmaciens, infirmiers ;</p> <p>acteurs de la restauration : cuisiniers, responsables de la production alimentaire ;</p> <p>représentants des usagers : patients ou membres de leurs familles et autres parties prenantes : cadre de santé, service qualité, hygiénistes.</p>	<p>Projet du CLAN. Protocoles sur la restauration. Indicateurs qualité. Rapports d'audit. Enquête de satisfaction. Enquête E-Satis de la HAS.</p>	<p>La sécurité alimentaire est un droit du patient.</p> <p>Un représentant des usagers doit pouvoir siéger dans le CLAN.</p> <p>Les représentants des usagers doivent pouvoir suivre les indicateurs qualité concernant la restauration et la sécurité alimentaire.</p>

INSTANCES	MISSIONS DE L'INSTANCE	COMPOSITION DE L'INSTANCE	DOCUMENTS PROPRES A L'INSTANCE	INTERRELATION AVEC LES RU
<p>CONSEIL DE BLOC</p>	<p>Le rôle du conseil de bloc est de faciliter l'organisation harmonieuse du bloc opératoire et qui comprendra au minimum un Chirurgien, un anesthésiste, un cadre infirmier et un cadre infirmier anesthésiste, s'il existe. Le conseil de bloc peut s'élargir à des professionnels médicaux, paramédicaux et à la direction. Ses missions sont alors d'élaborer un projet de bloc et de faciliter l'organisation du bloc opératoire. A côté du conseil de bloc, il peut exister une commission de bloc dont la mission est d'élaborer le programme opératoire semaine après semaine.</p>	<p>Un chirurgien. Un anesthésiste. Un cadre infirmier. Un cadre infirmier anesthésiste. Représentants des professionnels paramédicaux.</p>	<p>Décret n° 92-272 du 26 mars 1992. Décret n° 94-1050 du 5 décembre 1994. Circulaire DGS-SP1-SQ/DH-EO-AF/n° 98-647 du 17 novembre 1998. Circulaire DGS-SP1-SQ/DH-EO-AF2/n° 99-627 du 16 novembre 1999. Charte de bloc opératoire.</p>	<p>Aucune interrelation avec la CDU et les représentants des usagers avec cette instance très organisationnelle. Cela étant des insatisfactions de patients peuvent porter sur les temps d'attente et l'information au bloc opératoire. Un représentant des usagers peut dans le cadre d'une médiation demander à visiter le bloc opératoire pour comprendre la nature des insatisfactions rapportées par un patient.</p>
<p>COMITE ETHIQUE</p>	<p>Le comité éthique est une instance consultative dont le rôle est de permettre une réflexion pluridisciplinaire sur les problèmes d'ordre éthique qui se posent au sein d'un établissement à propos des pratiques et des soins. Il a des missions d'information et de formation, d'aider à la décision sur des cas cliniques de patients en soin et à valider des projets de recherche.</p>	<p>Le comité éthique est composé de professionnels de la santé et de personnes choisies pour leur compétence et leur intérêt pour les problèmes éthiques.</p>	<p>Règlement intérieur du comité d'éthique. Document de saisine du comité éthique.</p>	<p>La loi n°2002-303 du 4 mars 2002 relative aux droits des malades et à la qualité du système de santé a imposé l'organisation d'une réflexion éthique au sein de chaque établissement de santé. Un représentant des usagers doit participer à cette réflexion au sein du comité éthique interne à l'établissement.</p>

INSTANCES	MISSIONS DE L'INSTANCE	COMPOSITION DE L'INSTANCE	DOCUMENTS PROPRES A L'INSTANCE	INTERRELATION AVEC LES RU
COMITE EPP	<p>Le comité EPP peut s'appeler dans certains établissements commission DPC (Développement Professionnel Continu). Elle est le lieu d'échanges autour des démarches d'évaluation et d'amélioration des pratiques professionnelles (EPP). Elle a pour mission de contribuer par ses études et ses propositions à la validation et surtout à la valorisation des programmes réalisés en interne par les praticiens et/ou les équipes.</p>	<p>Directeur/Directrice qualité, ou responsable qualité. Professionnels médicaux et paramédicaux. Représentants de la direction des Ressources Humaines.</p>	<p>Projet social. Procédure de formation. Procédure de développement professionnel continu. Projet EPP. Programmes DPC individuels ou d'équipes.</p>	<p>Les représentants des usagers peuvent être associés à des actions d'évaluation des pratiques professionnelles portant sur le respect des droits des patients et la qualité des soins : audits patients traceurs, enquêtes, audits de pratiques (accueil par exemple), récits de patients...</p>
CSE	<p>Le CSE est un organe représentatif du personnel. Il est consulté sur la prise de décision concernant l'organisation et le fonctionnement des services, les évolutions technologiques et les méthodes de travail, la gestion prévisionnelle des effectifs, les emplois et les compétences, la formation, l'égalité professionnelle, la protection de la santé, l'hygiène et la sécurité des agents et la qualité et l'accessibilité des services.</p>	<p>Le CSE est composé de représentants du personnel non médical, élus sur des listes présentées par les différentes organisations syndicales de l'établissement. Il est généralement présidé par le directeur générale ou directeur de l'établissement.</p>	<p>Projet d'établissement. Projet social. Procédure de formation. Procédure DPC. Indicateurs RH.</p>	<p>Pas d'interrelation directe de la CDU et des représentants des usagers avec le CSE. Pour autant, les représentants des usagers ne doivent pas rester indifférents à l'égard des comportements, du bien-être et de la satisfaction des professionnels de santé, qui peut impacter le bien-être et le confort des patients. Cela est suivi dans le cadre de la gestion des risques et du suivi des événements indésirables.</p>

INSTANCES	MISSIONS DE L'INSTANCE	COMPOSITION DE L'INSTANCE	DOCUMENTS PROPRES A L'INSTANCE	INTERRELATION AVEC LES RU
COMMISSION DES ANTI INFECTIEUX	Les missions de la commission des anti infectieux est de - promouvoir le bon usage des anti-infectieux, de réfléchir sur la place et l'utilisation des anti-infectieux (référencement, audit des pratiques...) et d'aider à la prescription des anti-infectieux au quotidien.	Pharmacienne et praticiens.	Livret thérapeutique. Procédures et protocoles de pharmacie.	Pas d'interrelations avec la CDU et les représentants des usagers. Cela étant, il peut exister des événements indésirables concernant les anti infectieux, heureusement rares, que doivent pouvoir connaître les représentants des usagers au sein d'une CDU, dans le cadre du suivi des événements indésirables graves.
COMITE DES FLUIDES	La Commission des Gaz Médicaux veille à la sécurisation du circuit des gaz médicaux. Supervise la réception et la maintenance des installations, valide les procédures, participe au contrôle annuel, traite les dysfonctionnements et met en place des formations. Elle doit être consultée lors de travaux, impliquant le circuit des gaz médicaux.	Directeur/directrice ou représentant, pharmacienne, anesthésiste et ingénieur biomédical si présent.	Documents de maintenance des gaz médicaux.	Pas d'interrelations avec la CDU et les représentants des usagers.
COMITE D'IDENTI VIGILANCE	Le comité d'identitovigilance met en place des outils de surveillance et de prévention des risques liés à l'identification du patient.	Responsable qualité. Correspondant identitovigilance. Représentants de cadres infirmiers et de paramédicaux.	Règlement intérieur du comité d'identitovigilance. Procédure identitovigilance.	Le processus d'identitovigilance touche à la sécurité des patients. Les représentants des usagers doivent se l'approprier. Une synthèse des événements indésirables portant sur les erreurs d'identité doivent leur être faite.

INSTANCES	MISSIONS DE L'INSTANCE	COMPOSITION DE L'INSTANCE	DOCUMENTS PROPRES A L'INSTANCE	INTERRELATION AVEC LES RU
CSTH	Le comité de la sécurité transfusionnelle veille à la sécurité des patients transfusés en assurant la mise en œuvre et le respect des règles et procédures d'hémovigilance. Il émet des propositions d'amélioration.	Correspondant sécurité transfusionnelle. Infirmière anesthésique. IDE	Règlement du comité de la sécurité transfusionnelle. Procédure de la sécurité transfusionnelle.	Pas d'interrelations directe avec la CDU et les représentants des usagers. Cela étant, il peut exister des événements indésirables concernant la sécurité transfusionnelle, heureusement rares, que doivent pouvoir connaître les représentants des usagers au sein d'une CDU.
EOHH	L'équipe opérationnelle d'hygiène assure au quotidien une assistance immédiate auprès des équipes en cas d'incident, d'infection associée aux soins isolée ou d'épidémie pour proposer des mesures correctives adaptées à la maîtrise du risque infectieux.	IDE hygiénistes. Infirmières et aides-soignantes.	Règlement intérieur du CLIAS. Protocoles d'hygiène de l'établissement. Indicateurs IQSS : SHA...	Les représentants des usagers doivent collaborer, si besoin, avec l'équipe opérationnelle d'hygiène, dans le cadre, par exemple, de la création de documents à destination des usagers (patients, visiteurs) : comportements, lavage de mains, sécurité,...

2.2.2. Autres instances ou instances facultatives :

Des établissements de santé publics et privés attachés au mode de management collaboratif ont pu créer d'autres instances parmi lesquelles on peut citer la commission de l'organisation de la permanence des soins, le comité de la bientraitance, la commission parcours patient, le comité développement durable, la commission des admissions et des consultations non programmées et le comité du système d'information ou comité de direction du système d'information.

Nous en retenons deux, le comité de développement durable et le comité du système d'information ou comité de direction SI qui sont présents dans un assez grand nombre d'établissements de santé publics ou privés.

INSTANCES	MISSIONS DE L'INSTANCE	COMPOSITION DE L'INSTANCE	DOCUMENTS PROPRES A L'INSTANCE	INTERRELATION AVEC LES RU
<p>COMITE DE DEVELOPPEMENT DURABLE</p>	<p>Le comité du développement Durable est un groupe pluridisciplinaire dont la mission principale est de définir et mettre en œuvre une politique de développement durable. Elle peut traiter de différents processus : émissions de gaz à effet de serre, amélioration de la gestion de l'eau et de l'énergie, optimisation du tri des déchets, communication interne et externe sur le développement durable, travaux-construction-bâtiment (recommandations, choix des matériaux...).</p>	<p>Direction de l'établissement. Direction achats et logistique. Direction des ressources humaines. Représentants de professionnels médicaux et paramédicaux. Responsable qualité.</p>	<p>Règlement intérieur du comité de développement durable. Protocoles hôteliers et logistique. Tableau de bord des indicateurs développement durable.</p>	<p>Pas d'interrelations des RU avec le comité de développement durable.</p>

INSTANCES	MISSIONS DE L'INSTANCE	COMPOSITION DE L'INSTANCE	DOCUMENTS PROPRES A L'INSTANCE	INTERRELATION AVEC LES RU
<p>COMITE DE DIRECTION SYSTEME D'INFORMATION</p>	<p>Ce comité a généralement les missions principales suivantes : suivi de l'avancement des projets en cohérence avec les axes stratégiques définis, suivi du respect des critères définis dans la mise en œuvre opérationnelle des projets (urbanisation technique et fonctionnelle, cohérence des référentiels, intégration dans le SI existant, normes sectorielles du secteur sanitaire et médicosocial), pilotage et actualisation du portefeuille de projets (priorisation des projets, ressources, budget, planning, risques), arbitrage de l'opportunité de nouveaux projets ou le retrait de projets (Go/No Go par rapport à l'alignement stratégique), respect des bonnes pratiques de gestion des projets, évaluation du niveau de performance du SI avec les secteurs d'activité et arbitrage des difficultés remontées par les chefs de projet pour les projets en cours de réalisation dans les différents parcours et filières de soins.</p>	<p>Directeur/Directrice des systèmes d'information. Direction générale. Président de CME ou son représentant. Direction des soins infirmiers/ Représentants des directions établissement. Chefs de projet des projets informatique en cours. Direction qualité ou responsable qualité</p>	<p>Charte informatique. Procédures du système d'information. Projets de déploiement d'applications informatiques. Indicateurs de suivi du système d'information.</p>	<p>Les RU ne participent pas à ce comité de direction qui est stratégique et organisationnelle. En revanche, dans le cadre d'une gestion de projet d'un projet informatique qui se décompose en trois niveaux, comité de pilotage, comité de suivi opérationnel et club utilisateurs, les représentants des usagers doivent être présents dans les comités de suivi opérationnel (CSO) et les clubs utilisateurs pour des projets de système d'information impactant le respect des droits des patients et la sécurité des patients et pouvant capitaliser des enseignements de l'expérience des patients pour la pertinence de conception d'une application informatique.</p>

3. DISCUSSION :

Les textes de lois et les différents référentiels de la HAS ont permis de poser le cadre d'un management participatif dans les établissements de santé français en imposant ou en recommandant la mise en œuvre de certaines instances que nous avons passées en revue dans le chapitre précédent.

Certaines directions d'établissements sont passées du cadre participatif au cadre collaboratif mais il reste encore trop d'établissements de santé qui demeurent dans le cadre d'un engagement « alibi » des représentants des usagers dans la CDU et dans les instances à caractère stratégique et organisationnelle. Si quelques directions s'opposent encore à une telle évolution, la complexité du système de santé qui s'est encore intensifiée ces dernières années avec un double déplacement dans le parcours de santé, peut expliquer la difficulté de passage des managers dans le mode coopératif : d'une part, la personne quitte son domicile pour des soins et des accompagnements divers, et, d'autre part, les professionnels se déplacent pour intervenir directement au domicile. Cette dynamique crée une pluralité d'espaces relationnels, modifiant en profondeur la nature et l'évaluation de la participation des dirigeants des établissements de santé et des citoyens tout au long du parcours.

Face à ces défis, la Haute Autorité de santé (HAS) a intensifié ses efforts pour transformer la participation dans les instances en un véritable levier d'amélioration des pratiques, notamment par le biais de recommandations et d'avis, tels que celui du 7 décembre 2023, relatif à l'engagement et la participation des usagers du système de santé.

Pour la Haute Autorité, l'engagement des représentants des usagers dans la démocratie sanitaire doit reposer sur trois piliers :

- ❑ la reconnaissance de droits individuels comme autant de garanties de protection de la dignité, de la sécurité et de l'accès à des soins et des accompagnements de qualité ;
- ❑ la représentation des usagers dans des instances dédiées aux questions de santé comme outil de la qualité en santé et de l'adéquation des politiques publiques aux attentes des citoyens ;
- ❑ la mise en place d'actions permettant le renforcement individuel et collectif des personnes soucieuses de leur santé comme de la politique de santé de leur pays en tant que démocratie de l'expérience comme l'exprime la philosophie pragmatique de l'action.

Pour que l'engagement collaboratif des représentants des usagers soit effectif dans toutes les instances stratégiques, organisationnelles et opérationnelles, des étapes doivent encore être franchies :

3.1. Il faut relever les défis structurels et juridiques d'une participation encore entravée :

Les représentants des usagers doivent pouvoir proposer un projet des usagers intégré dans le projet d'établissement en cohérence avec les axes stratégiques du projet d'établissement à l'écriture duquel ils auront participé. La présidence de la CDU devrait pouvoir être assurée par un représentant des usagers comme l'encourage la loi du 28 janvier 2016.

Les représentants de usagers devraient pouvoir être maître d'œuvre de l'écriture du rapport annuel d'activité de la CDU.

Il faut pouvoir également généraliser le remboursement des frais de déplacement de tous les représentants des usagers. Ne pas le faire peut-être une entrave à leurs actions.

3.2. Les représentants des usagers doivent pouvoir s'inscrire dans le cadre d'un management intégré des actions et des informations au sein de l'établissement :

Il convient de garantir un accès à une information claire, adaptée et accessible, non seulement pour les usagers eux-mêmes, mais aussi pour leurs familles, leurs proches, leurs personnes de confiance, leurs représentants et les personnes qualifiées. Une information complète faite dans des délais raisonnables facilite une participation éclairée et constructive.

Ainsi les représentants des usagers doivent pouvoir avoir accès à tous les projets de services, et à tous les plans d'actions et d'amélioration des établissements où ils siègent. Ils peuvent même siéger, comme c'est déjà le cas dans quelques établissements de santé (Chu de Dijon, par exemple) dans le comité qualité appelé aussi comité qualité risques.

Les représentants des usagers doivent pouvoir avoir accès aux informations concernant les événements indésirables associés aux soins, participer à leur analyse et à leurs traitements et aux médiations médicales qui pourraient en résulter. Ils peuvent aussi être « lanceurs d’alerte » et pourraient eux-mêmes faire des signalements d’événements indésirables ou d’événements indésirables graves associés aux soins.

3.3. Les représentants des usagers doivent être associés au recueil direct des avis et de l’expériences patients et de leurs familles :

Les représentants des usagers doivent être associés à toutes les formes de recueil de l’avis et de l’expérience des usagers : audits patients traceurs, récit patient, audit expérience patient.

Les représentants des usagers doivent se familiariser avec les indicateurs de la qualité et de la sécurité des soins (IQSS), les indicateurs PREMS (*patient-reported experience measures*) et les indicateurs PROMS (*patient-reported outcomes measures*) qui contribuent à la mesure du respect des droits des patients et de la qualité des soins organisationnelle, informationnelle, diagnostique, clinique, et thérapeutique.

3.4. Les CDU des établissements doivent éviter les approches hospitalo-centrée :

Les CDU des établissements doivent s’ouvrir sur des espaces d’échanges ouverts dans les parcours et les filières de soins auxquels ils participent pour mobiliser pleinement les compétences, les connaissances et les expériences de tous et créer un environnement d’accompagnement respectueux des usagers engagés dans un parcours de soins. Il faudra éviter de se limiter à la seule recherche d’efficacité (= efficacité économique) dans les relations entre l’hôpital ou la clinique, la ville et le domicile.

Des passerelles pourraient être créées entre des commissions des usagers (CDU) et des conseils de la vie sociale (CVS) d’établissements hospitaliers pour personnes âgées dépendantes (EHPAD).

De tout cela, il faut retenir que la mission des RU doit dépasser le cadre des instances devenues traditionnelles dans les établissements de santé et englober tous les espaces de vie collective, là où se construisent les parcours de santé et de vie.

C’est dire que la participation des représentants des usagers ne doit pas se résumer à un enjeu technique ou organisationnel, ni à un simple droit formel : elle constitue un enjeu fondamental de liberté politique et de citoyenneté.

Elle est la manifestation concrète de ce que Hannah Arendt appelait le « droit d’avoir des droits », indispensable pour garantir à chacun la possibilité de participer pleinement au système de santé.

4. CONCLUSION :

Une gouvernance des instances élaborée sur le modèle d'un management collaboratif et coopératif favorise la performance des établissements de santé et la qualité des soins dans les parcours et les filières de soins.

S'il doit y avoir une adaptation de la gouvernance à la nature, à la taille et à la diversité des activités des établissements de santé, pour tenir les engagements d'une gouvernance cohérente, collaborative et performante, elle répondre aux critères suivants :

- Concentrer la connaissance et implique toutes les parties prenantes dont les représentants des usagers dans des espaces vivants de réflexion et de « conflits d'idées »,
- Favoriser la cohésion entre les acteurs et la cohérence dans les travaux et les actions menées,
- Fonctionner en mode projet dans un esprit de contrat,
- Intégrer le développement des compétences des professionnels et des usagers et tout particulièrement dans le traitement des informations,
- Capitaliser et valoriser leur savoir expérientiel des professionnels et des usagers dans leur participation aux processus de décision.

5. BIBLIOGRAPHIE :

1. Aoki, M, « An Information Theoretic Approach to Corporative Corporate Governance », Paper Presented at the Conference of “Corporate Governance” Sitgas (Spain) October 23-24, 1998.
2. Aoki, M, « Information, Corporate Governance and Institutional Diversity », Oxford University Press, 2000.
3. Arendt, H, il n’y a qu’un seul droit de l’homme, Acte Sud, Edition Payot, 6 octobre 2021.
4. Berle A.A. et C.C. Means, « The Modern Corporation and Private Property », New-York, Mac Millan, 1932.
5. Caby, J et Hirigoyen, G, « La création de valeur de l’entreprise », 2^{ème} édition, Paris, Economica, 2001.
6. Cremadez, M, « Organisations et Stratégie », Paris, Dunod Gestion Sup, 2004.
7. Delahaye, S, V.Polsinelli, S.Robin, M.Baristain et L.Hervé, La gouvernance, outil au service de la performance de l’entreprise : comment se structurer pour favoriser la prise de décision et la communication ?, Phileas HEC, CESA, management général avancé Générale de Santé, mémoire, 25 septembre 2008.
8. Fama, E. F, « Agency Problems and the Theory of the Firm », Journal of Political Economy, vol. 88, n° 2, 1980.
9. France Assos Santé, guide du représentant des usagers en commission des usagers, mars 2021.
10. Haute Autorité de Santé, avis n° 2023.0044/AC/SEU du 7 décembre 2023 du collège de la Haute Autorité de santé relatif à l’engagement et la participation des usagers du système de santé.
11. Jensen, M. C. et Meckling, W. H, « Theory of the Firm, Management Behaviour, Agency Cost and Ownership Structure », Journal of Financial Economics, 1976.
12. Jensen, M. C, « Value Maximization, Stakeholder Theory, and the Corporate Objective Function » Working Paper n° 00-04, Harvard Business School, January, 2001.
13. Lazonick, W. et O’Sullivan, « Corporate Governance and the Innovative Economy : Policy Implications » STEP Report, Oslo, 1988.
14. Magnier, A et G.Guyon, Hospitalisation à domicile : faut-il adapter le Code de la Santé Publique à la prise en charge à domicile, Revue française des affaires sociales, p 195-214, 2020.
15. Rabiller, Stéphanie, La Haute Autorité de santé et la participation des usagers aux instances institutionnelles, Médecine et droit, Volume 2025, Issue, p 37-41, avril 2025.

Jacques HOSOTTE

Président