**Formation**

**« Garantir le bon accompagnement de l’usager en médiation »**

**Date : jeudi 17 et vendredi 18 juin 2021**

**Lieu : en visio-conférence**

**Durée : 2 après-midis – 2 modules d’1h30 : de 14h30 à 16h00 + temps de travail personnel entre les deux demi-journées.**

**Coût :** **Gratuit pour les bénévoles membres des associations adhérentes de France Assos Santé**

**Animateur : Myriam ELSO, formatrice France Assos Santé**

**OBJECTIFS**

* Connaître la spécificité et le cadre de la médiation.
* Cerner le rôle du RU dans le processus de médiation.

**CE DONT NOUS PARLERONS**

* Ce qu’est la médiation et le rôle du RU.
* Évaluer la recevabilité de la plainte pour l’orienter en médiation.
* Se préparer et préparer l’usager à la rencontre avec le médiateur.

**PRE REQUIS POUR POUVOIR SUIVRE CETTE FORMATION** :

* RU ayant suivi atelier ou formation en présentiel RU en CDU et analyser les plaintes.

**Inscription obligatoire**

**(Formulaire ci-dessous)**

**Bulletin d’inscription**

**Formation « Garantir le bon accompagnement de l'usager en médiation »**

**Jeudi 17 et vendredi 18 juin 2021**

**En visioconférence en 2 après-midis de 14h30 – 16h00 +**

**temps de travail personnel entre les deux-demi-journées en visio**

**Merci de renvoyer ce bulletin à France Assos Santé Ile-de-France (URAASS Ile-de-France)**

**par mail :** [formation-idf@france-assos-sante.org](mailto:formation-idf@france-assos-sante.org)

**Pour toute question vous pouvez nous contacter au 01 43 29 92 38**

***Pour rappel, dans le cadre de la RGPD – règlement n° 2016/679 vous disposez d’un droit de modification ou de suppression de vos données personnelles, n’hésitez pas à en informer France Assos Santé Ile-de-France : ile-de-france@france-assos-sante.org.***

Nom : \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_

Prénom : \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_

Association : \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_

Adresse mail : \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_@ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_

Téléphone : \_ \_ \_ \_\_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_

*Pour rappel, pour participer à cette formation, il faut avoir suivi un atelier ou formation en présentiel RU en CDU ET un atelier ou une formation analyser les plaintes et les réclamations.*

* **Etablissement** dans lequel vous êtes Représentant des Usagers :

\_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_\_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_

\_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_

* **Département** dans lequel vous êtes Représentant des Usagers : \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_
* **Instance(s)** dans laquelle/lesquelles vous êtes Représentant des Usagers :
* Commission des usagers (CDU)

Au sein de cette instance êtes-vous :

□ Titulaire

□ Suppléant

* Conseil de Surveillance d’établissement public ou Conseil d’Administration d’établissement de santé privé

Au sein de cette instance êtes-vous :

□ Titulaire

□ Suppléant

* Conférence Territoriale de Santé (CTS)

Au sein de cette instance êtes-vous :

□ Titulaire

□ Suppléant

* Conférence Régionale de la Santé et de l’Autonomie (CRSA)

Au sein de cette instance êtes-vous :

□ Titulaire

□ Suppléant

* Commission de Conciliation et d’Indemnisation (CCI)

Au sein de cette instance êtes-vous :

□ Titulaire

□ Suppléant

* Comité de Protection des Personnes (CPP)

Au sein de cette instance êtes-vous :

□ Titulaire

□ Suppléant

* Conseil de la Caisse Primaire d’Assurance Maladie (CPAM)

Au sein de cette instance êtes-vous :

□ Titulaire

□ Suppléant

* Autre (précisez) : \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_\_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_\_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_
* Est-ce votre première inscription aux formations de France Assos Santé ?

□ OUI □ NON

* Avez-vous suivi la formation « RU en commission des usagers » ?

□ OUI □ NON

* Avez-vous suivi la formation « Analyser les plaintes et réclamations » ?

□ OUI □ NON

* **Date de votre première nomination** en tant que Représentant des Usagers :

\_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_

**Quelles sont les principales difficultés qui se présentent à vous pour intervenir dans le processus de médiation ?**

**Si vous n’êtes encore jamais intervenu lors d’une médiation, quelles sont vos questions, vos craintes et appréhensions (si vous en avez) ?**

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