

# OPTIMISER LA GESTION DES PLAINTES ET DES RÉCLAMATIONS EN ÉTABLISSEMENT DE SANTÉ

🕒 2 jours

€ 1065 € TTC

📍 06-07/03/2025 - Paris / Malakoff  
02-03/10/2025 - Distanciel

📍 Disponible en Intra

## OBJECTIFS

- Comprendre la typologie des plaintes et réclamations : améliorer la qualité de la prise en charge et la satisfaction des usagers
- Clarifier le circuit interne des plaintes et réclamations : structurer les processus internes pour une gestion efficace
- Favoriser la médiation et réduire le contentieux : renforcer la communication et la résolution amiable des conflits
- Maîtriser les procédures d'indemnisation : assurer une indemnisation équitable et rapide

## PROGRAMME

### I. CONTEXTE ET ÉTAT DES LIEUX

- Typologie des plaintes et réclamations en établissement de santé
- Participation des représentants des usagers à l'amélioration de la qualité de la prise en charge
- Évaluation de la qualité de la prise en charge et de la satisfaction des usagers
- Obligation d'information des patients

### II. CLARIFIER LE CIRCUIT INTERNE DES PLAINTES ET RÉCLAMATIONS

- Organiser la réception des demandes
- Structurer le traitement des demandes sur la base d'une approche graduée de gestion des plaintes et des réclamations
- Élaborer et déployer des actions correctives
- Faciliter les démarches auprès de l'assureur
- Analyse et discussion autour de cas pratiques

### III. FAVORISER LA MÉDIATION ET RÉDUIRE LE CONTENTIEUX

- Clarifier les missions et les règles de fonctionnement de la Commission Des Usagers (CDU)
- Connaître les conditions d'examen des plaintes et réclamations par la CDU
- Assurer le suivi des décisions de la CDU

### IV. MAÎTRISER LES PROCÉDURES D'INDEMNISATION

- Devant la Commission de conciliation et d'indemnisation des accidents médicaux (CCI)
- Devant les juridictions
- Mise en œuvre de l'action de groupe dans le domaine de la santé
- À l'égard des personnels

### V. ÉVALUATION DE LA SESSION

## LES + PHOSPHORIA

- Approche pratique avec des cas réels
- Intervenants spécialisés en médiation et affaires juridiques
- Focus sur la réduction du contentieux et l'amélioration des processus internes

## MODALITÉS PÉDAGOGIQUES

### Méthodes mobilisées :

- Apports théoriques
- Travail d'analyse et d'échange à partir des expériences des stagiaires et de l'expert-formateur
- Ateliers pratiques
- Séance de questions-réponses
- Évaluation pré-post formation

## PROFIL DES INTERVENANTS

- Dr Jean-François DE FREMONT : praticien hospitalier, expert en médiation
- Marc DUPONT : directeur d'hôpital
- Expert membre du réseau Phosphoria

## PUBLIC CONCERNÉ

- Présidents des Commissions Des Usagers
- Médiateurs des commissions des usagers (médecins et non médecins)
- Directeurs des affaires juridiques ou médicales
- Directeurs adjoints en charge de la clientèle et des droits des patients
- Responsables qualité
- Directeurs des soins et coordonnateurs généraux des soins
- Représentants des usagers

## BULLETIN D'INSCRIPTION

VALANT CONVENTION SIMPLIFIÉE DE LA FORMATION CONTINUE

Merci de bien vouloir retourner ce document complété à [formation@phosphoria-formation.fr](mailto:formation@phosphoria-formation.fr)



Organisme de formation spécialisé du secteur sanitaire et médico-social  
Déclaration d'activité n° 1192 08550 92 (cet enregistrement ne vaut pas agrément de l'État) ODP n°1502

Référence module : MOD\_00515 : Optimiser la gestion des plaintes et des réclamations en établissement de santé

Tarif individuel : 1 065 €	ChoiSIR votre session : Durée : 2 jours - 14h de 9h00 à 17h00	
Notre offre exclusive à la commande : pour 2 participants à la même formation -10% pour 3 participants à la même formation -25%	<input type="checkbox"/> 06-07/03/2025 - Paris / Malakoff	<input type="checkbox"/> 02-03/10/2025 - Distanciel

### RENSEIGNEMENTS CONCERNANT LE PARTICIPANT 1

Civilité	Prénom	Nom	Besoin d'assistance si situation de handicap
<input type="checkbox"/> Mme <input type="checkbox"/> Mr <input type="checkbox"/> Dr. <input type="checkbox"/> Pr.			<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non
Fonction (Métier) :			
N°RPPS	Adresse e-mail (Obligatoire)	Téléphone portable (Obligatoire)	

### RENSEIGNEMENTS CONCERNANT LE PARTICIPANT 2

Civilité	Prénom	Nom	Besoin d'assistance si situation de handicap
<input type="checkbox"/> Mme <input type="checkbox"/> Mr <input type="checkbox"/> Dr. <input type="checkbox"/> Pr.			<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non
Fonction (Métier) :			
N°RPPS	Adresse e-mail (Obligatoire)	Téléphone portable (Obligatoire)	

### RENSEIGNEMENTS CONCERNANT LE PARTICIPANT 3

Civilité	Prénom	Nom	Besoin d'assistance si situation de handicap
<input type="checkbox"/> Mme <input type="checkbox"/> Mr <input type="checkbox"/> Dr. <input type="checkbox"/> Pr.			<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non
Fonction (Métier) :			
N°RPPS	Adresse e-mail (Obligatoire)	Téléphone portable (Obligatoire)	

### RENSEIGNEMENTS DE LA PERSONNE EN CHARGE DU DOSSIER

<input type="checkbox"/> Cocher cette case si la personne en charge du dossier et le participant sont la même personne			
Civilité	Prénom	Nom	
<input type="checkbox"/> Mme <input type="checkbox"/> Mr <input type="checkbox"/> Dr. <input type="checkbox"/> Pr.			
Fonction (Métier) :		Service ou Pôle d'appartenance :	
<input type="checkbox"/> Directeur des affaires médicales <input type="checkbox"/> Directeurs des soins <input type="checkbox"/> Dir/Resp de la formation continue		<input type="checkbox"/> Dir/Resp des ressources humaines <input type="checkbox"/> Responsable administratif <input type="checkbox"/> Autre :	
Adresse e-mail (Obligatoire) :		Téléphone (Obligatoire) :	

### RENSEIGNEMENTS CONCERNANT L'ÉTABLISSEMENT

<input type="checkbox"/> Établissement		<input type="checkbox"/> Personne Physique	
Raison Sociale :		Numéro de SIRET :	
Adresse (numéro, voie et complément) :			
Code Postal :		Ville :	

### SERVICE FACTURATION

<input type="checkbox"/> Cocher si identique à l'adresse du service formation			
Prénom	Nom	E-mail	Téléphone
Frais d'inscription pris en charge par :		Subrogation financière par :	
<input type="checkbox"/> L'Établissement <input type="checkbox"/> Participant		<input type="checkbox"/> ANFH <input type="checkbox"/> Autre OPCO	
Raison Sociale :		Facturation sur Chorus Pro : <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	
Adresse (numéro, voie et complément) :		Si oui, N° d'engagement :	
Code Postal :		E-mail :	

### SIGNATURES ET CACHETS (incluant les Conditions Générales de Vente)

Fait à _____ le _____	Fait à _____ le _____
La client	L'Entreprise Médicale