

Programme d'Auto-Formation DÉMOCRATIE EN SANTÉ

57

LES ASSOCIATIONS D'USAGERS DU SYSTÈME DE SANTÉ AGRÉÉES

Niveau
Régional

L'agrément est obligatoire pour toute association souhaitant représenter les usagers dans les instances hospitalières ou de santé publique. Les associations participent ainsi activement à la démocratie en santé.



Texte juridique

Les lois du 4 mars 2002 et 9 août 2004 relatives aux droits des malades et à la politique de santé publique ont institué, après concertation avec les associations intéressées, un agrément des associations de malades et d'usagers du système de santé.



A consulter

[Liste des Associations \(nationales\) d'usagers du Système de Santé Agréées](#)

MISSIONS

REPRÉSENTER LES USAGERS, au sein des instances en portant la parole des usagers pour faire connaître les attentes des patients et des usagers.

SOUTENIR, accompagner les personnes malades et mettre en œuvre des aides (exemple : information sur le parcours personnalisé de soin, orientation concernant les démarches administratives, accompagnement personnalisé...).

INFORMER et former ses adhérents et le public par la réalisation et la diffusion de publications et par la tenue de permanences et de réunions d'informations.

S'IMPLIQUER dans le fonctionnement des établissements de santé, en contribuant à veiller à la qualité et la sécurité des soins, à l'amélioration de la vie quotidienne du patient, à faire le lien entre les patients et les professionnels de santé dans le respect de ses droits.

PARTICIPER à l'élaboration des politiques de santé, en proposant de nouvelles orientations pour l'amélioration du système de santé.

LES ESSENTIELS

L'agrément est subordonné à l'activité effective et publique de l'association en vue de la défense des droits des personnes malades et des usagers du système de santé ainsi qu'aux actions de formation et d'information qu'elle conduit, à la transparence de sa gestion, à sa représentativité et à son indépendance.

C'est la commission nationale d'agrément qui procède à l'examen des demandes d'agrément et délivre les agréments pour 5 ans.

Il existe 167 associations agréées nationalement (octobre 2021) et 45 associations agréées en Île-de-France (janvier 2022).

Avant de demander un agrément, l'association doit avoir exercé ses activités durant 3 années pleines (1).

Le Code de la santé publique prévoit une formation de 2 jours pour les représentants des usagers, délivrée par les associations habilitées*. Elle est obligatoire pour les représentants nouvellement nommés depuis 2016.

[Guide agrément](#)

[Formulaire de demande d'agrément](#)

[Associations habilitées à délivrer la formation de base des représentants d'usagers du système de santé \(Arrêté du 27 avril 2022\)](#). France Assos Santé (U.N.A.A.S.S) ; L'Association des accidentés de la vie (FNATH) ; L'Association «Actif Santé»

«Habilité» signifie la capacité d'accomplir certaines actions, d'un point de vue légal, ici : organiser des formations qui sont reconnues valables par l'administration.



Information

(1) Code de la santé publique, L.1114-1 I

Programme d'Auto-Formation DÉMOCRATIE EN SANTÉ

58

LES UNIONS RÉGIONALES DES ASSOCIATIONS AGRÉÉES DU
SYSTÈME DE SANTÉ (FRANCE ASSOS SANTÉ RÉGION)

Niveau
Régional

Les U.R.A.A.S.S. ou France Associations Santé Région ont été créées par la Loi de «Modernisation du Système de Santé» (1).



Texte juridique

La loi de modernisation du système de santé précise qu'à la différence de l'U.N.A.A.S.S. «Les Unions Régionales n'ont pas la personnalité morale, mais le statut d'établissement juridique rattaché au siège national. Elles inscrivent donc leurs actions dans le cadre des missions confiées à l'U.N.A.A.S.S. Cette dernière pouvant leur déléguer des missions et le pouvoir d'engager des dépenses afférentes.»



A consulter

Associations d'usagers du système de santé agréées

MISSIONS (2)

CONTRAINTES DANS LE CADRE DES MISSIONS DE L'UNION NATIONALE ET DE SON PLAN STRATÉGIQUE

AVEC LA DÉLÉGATION NATIONALE :

ENGAGER des dépenses afférentes aux actions conduites au niveau régional, signer des conventions de coopération avec les associations ou structures partenaires et signer des conventions de co-financement avec les partenaires publics (3).

ÉMETTRE des avis et faire des propositions aux Directeurs Généraux des ARS, sur les questions relatives au fonctionnement du système de santé à l'échelle régionale.

SANS LA DÉLÉGATION NATIONALE :

ANIMER éventuellement un réseau d'associations agréées d'usagers au niveau régional.

REPRÉSENTER en proposant des représentants d'usagers du système de santé auprès des instances hospitalières et de santé publique à l'échelle régionale (4).

CONDUIRE des actions spécifiques au niveau régional.

LES ESSENTIELS

Elles sont composées de représentants régionaux des associations agréées au niveau national et de représentants volontaires d'associations agréées au niveau régional.

Elles accueillent aussi des associations non agréées (dans les conditions fixées par leur statut et leur règlement intérieur). Les règles d'attribution de fonctionnement, de compétences, d'organisation et de délibération relèvent des statuts et du règlement intérieur.

La gouvernance repose sur : une assemblée régionale, un comité régional, un bureau et un coordonnateur régional (nommé par le DG de l'U.N.A.A.S.S. sur proposition du Président et après accord du bureau).

La ressource financière principale des unions régionales est issue de la dotation du fonds national pour la démocratie sanitaire (5).



Information

Le fonds national pour la démocratie sanitaire est composé d'une dotation de la Caisse Nationale de l'Assurance Maladie des travailleurs salariés (CNAMTS), issue de la Taxe sur le tabac. Il est noté que tout financement issu des industries pharmaceutiques est interdit, toutes autres sources étant autorisées. Les actions régionales et locales peuvent recevoir des financements sur le FIR* de la part des ARS (en plus de la dotation CNAMTS à l'U.N.A.A.S.S.) (6).

* FIR : Fonds d'intervention régional

(1) Loi n° 2016-41 du 26 janvier 2016 et nouveaux articles du Code de Santé Publique L.1114-6 et L.1114-7
(2) Code de la santé publique R.1114-29 et R.1114-30
(3) Code de la santé publique, R.1114-31
(4) Code de la santé publique, R.1114-36
(5) Code de la santé publique, R.1114-37 et l'article 575 du Code général des impôts
(6) Code de la santé publique, R.1114-38 al.3

Programme d'Auto-Formation DÉMOCRATIE EN SANTÉ

59

LES UNIONS RÉGIONALES DES PROFESSIONNELS DE SANTÉ (URPS)

Niveau
Régional

Les Unions Régionales des Professionnels de Santé (URPS) ont été créées par la loi Hôpital, Patients, Santé et Territoires (HPST) (1). Les articles L4031-1 à 7 du Code de la santé publique et le décret du 2 juin 2010 en fixent les modalités de fonctionnement.



Texte juridique

Selon l'article L4031-1 du Code de la santé publique, «dans chaque région (...), une union régionale de professionnels de santé rassemble, pour chaque profession, les représentants des professionnels de santé exerçant à titre libéral». Les URPS contribuent à l'organisation et à l'évolution de l'offre de santé régionale.



A consulter

Décret n°2010-585 du 2 juin 2010 relatif aux modalités de fonctionnement des URPS

MISSIONS

LES URPS PARTICIPENT NOTAMMENT À :

- la **préparation et la mise en œuvre** du projet régional de santé,
- l'**analyse des besoins** de santé et de l'offre de soins,
- l'**organisation** de l'exercice professionnel : permanence et continuité des soins, de veille sanitaire, de gestion des crises sanitaires et d'éducation thérapeutique,
- la **mise en œuvre** de Contrats Pluriannuels d'Objectifs et de Moyens (CPOM) avec des réseaux, des maisons et des pôles de santé, ou des contrats dont l'objectif est d'améliorer la qualité et la coordination des soins*,
- le **déploiement** et l'utilisation des systèmes d'informations partagés,
- le **développement** professionnel continu.

*Avec l'intégration des réseaux de santé dans les nouveaux dispositifs d'appui de coordination (DAC), les URPS, notamment celles regroupant des médecins libéraux sont amenés à travailler avec les DAC sur la coordination des parcours des personnes en situation complexes

LES ESSENTIELS

Structurées en associations loi 1901, les URPS sont au nombre de 10 par région : biologistes, chirurgiens-dentistes, infirmiers, masseurs-kinésithérapeutes, médecins, orthophonistes, orthoptistes, pédicures-podologues, pharmaciens et sages-femmes.

Elles contribuent à l'organisation et à l'évolution de l'offre de santé dans leurs régions respectives. Expertes de l'exercice libéral, les URPS sont les interlocuteurs privilégiés des Agences Régionales de Santé (ARS) sur les questions relatives aux soins ambulatoires, contribuant ainsi au décloisonnement ville-hôpital.

Les membres des URPS sont élus par les professionnels de santé exerçant à titre libéral dans le régime conventionnel national, pour une durée de 5 ans renouvelable.

Le nombre total des membres élus est fixé par arrêté et varie selon les professions



Information

Les 9 URPS en Île-de-France : Médecins / Masseurs-Kinésithérapeutes / Sages-femmes / Infirmiers / Chirurgiens-Dentistes / Pédicures-podologues / Pharmaciens / Orthoptistes / Orthophonistes

(1) Loi n°2009-879 du 21 juillet 2009 portant réforme de l'hôpital et relative aux patients, à la santé et aux territoires

Programme d'Auto-Formation DÉMOCRATIE EN SANTÉ

60

L'AGENCE RÉGIONALE DE SANTÉ (ARS)

Niveau
Régional

Créée par la loi HPST (1), l'ARS définit et met en œuvre la politique de santé dans la région. Interlocutrice unique de tous les acteurs de santé, elle agit dans les domaines : prévention et promotion de la santé, veille et sécurité sanitaires, organisation de l'offre de soins en ambulatoire et en établissements de santé, organisation de la prise en charge médico-sociale.



Texte juridique

La loi HPST Hôpital, Patients, Santé et Territoires (1) a simplifié et unifié le service public régional de la santé en créant les Agences Régionales de Santé.



A consulter

[Livret de présentation des ARS – Septembre 2014](#)

MISSIONS

PILOTER la politique de santé publique en région qui comprend trois champs d'intervention :

- la veille et la sécurité sanitaire, ainsi que l'observation de la santé,
- la définition, le financement et l'évaluation des actions de prévention et de promotion de la santé,
- l'anticipation, la préparation et la gestion des crises sanitaires, en liaison avec le préfet.

RÉGULER l'offre de santé en région qui vise à mieux répondre aux besoins et à garantir l'efficacité du système de santé (ambulatoire, médico-social et hospitalier).

Grâce à la transversalité et à la territorialisation des politiques régionales de santé, **les ARS permettent :**

- de mettre en synergie tous les acteurs des territoires,
- d'être au plus près des besoins de la population,
- de développer une vision globale de la santé et de décloisonner les parcours de santé,
- d'assurer qualité, efficacité et sécurité de la prise en charge et de l'accompagnement dans le système de santé.

Concernant cette mission de régulation, la loi OTSS revoit les modalités d'établissement, par les ARS, du zonage en matière de santé. Ainsi, les zones caractérisées par une offre de soins insuffisante ou par des difficultés dans l'accès aux soins ne devront plus être déterminées globalement, mais par profession de santé et par spécialité ou groupe de spécialités médicales (2).

L'action des ARS est incarnée par les [Projets Régionaux de Santé](#) qui définissent la stratégie régionale de santé, organisent et programment sa mise en œuvre opérationnelle et fixent les ambitions et les priorités régionales de santé.

LES ESSENTIELS

Représentées dans chaque département par une délégation départementale (au nombre de 8 en Île-de-France) qui décline localement la stratégie régionale de santé, elles assurent une mission de proximité.

Les Directeurs Généraux sont les interlocuteurs privilégiés des élus, des préfets et des services de l'État, ainsi que des professionnels de santé dans leur territoire.

Ainsi, **elles constituent l'interface entre le niveau régional et les acteurs de proximité et accompagnent les acteurs locaux dans la mise en œuvre de leurs projets.**



Information

(1) Loi n°2009-879 du 21 juillet portant réforme de l'Hôpital et relative aux patients, à la santé et aux territoires
(2) Loi n°2019-774 du 24 juillet 2019 relative à l'organisation et à la transformation du système de santé

Dans un paysage de la santé en pleine mutation, devant une période de transition épidémiologique profonde et face aux nombreuses inégalités de santé caractérisant la région, **l'ARS Île-de-France s'est engagée à relever trois défis :**

- assurer à chaque Francilien un parcours de santé lisible, accessible et sécurisé,
- améliorer la qualité et l'efficacité du système de santé,
- conduire une politique de santé partagée avec tous les acteurs au plus près de la réalité des territoires.

En Île-de-France, on compte 7 Directions : Offre de soins, Autonomie, Promotion de la santé et de la réduction des inégalités, Qualité, Sécurité et de la protection des populations, Stratégie, Secrétariat général, Cabinet. 533,9 M € sont consacrés aux actions de transformation du système de santé (FIR* 2016).

8 délégations départementales animent les territoires

* FIR : Fonds d'intervention régional

Programme d'Auto-Formation DÉMOCRATIE EN SANTÉ

61

LE PROJET RÉGIONAL DE SANTÉ (PRS)

Niveau
Régional

Élaborés par les Agences Régionales de Santé, les «PRS» définissent les objectifs sur cinq ans des actions que mènent les agences. C'est l'ensemble des priorités que l'Agence met en œuvre avec ses partenaires pour améliorer l'état de santé de la population, favoriser l'accès à la santé, lutter contre les inégalités sociales et territoriales de santé.



Texte juridique

Le PRS s'inscrit dans une logique de planification et de programmation des moyens. Il précise, en cohérence avec la stratégie nationale de santé et dans le respect des lois de financement de la Sécurité sociale, les objectifs et les mesures tendant à les atteindre (1). La loi de modernisation a renforcé le caractère stratégique du PRS en inscrivant ses objectifs dans une temporalité de 10 ans.



A consulter

Décret n°2016-1023 du 26 juillet 2016 relatif au projet régional de santé

MISSIONS (2)

TRADUIRE les orientations de l'ARS dans un schéma unique de santé, afin de développer une approche plus intégrée et territorialisée du système de santé, au plus près des besoins de la population.

La réforme de la loi de modernisation, vise à simplifier le PRS et à améliorer la transversalité, au profit de l'organisation des parcours de santé.

Ainsi, le PRS de 3ème génération ou «PRS 3» dans la continuité du PRS 2, prévoit un :

- **Cadre d'Orientation Stratégique (COS) qui détermine les objectifs et résultats sur 10 ans** (PRS IDF 2023-2028 | Cadre d'orientation stratégique),
- **Schéma Régional de Santé (SRS) établi pour 5 ans** : il détermine pour l'ensemble de l'offre des soins et services de santé, y compris en matière de prévention, de promotion de la santé et d'accompagnement médico-social, des prévisions d'évolution et des objectifs opérationnels. Il remplace les anciens schémas sectoriels (prévention, offre de soins, médico-social) (PRS IDF 2023-2028 | Schéma régional de santé),
- **Programme Régional relatif à l'Accès à la Prévention et aux Soins des personnes les plus démunies (PRAPS)** décline les objectifs opérationnels du SRS dans leurs composantes «réduction des inégalités sociales et territoriales de santé» et «amélioration de l'accès à la prévention et aux soins» des personnes démunies à échéance de 5 ans (PRS IDF 2023-2028 | Schéma régional de santé),

LES ESSENTIELS

Le Projet régional de santé 2023-2028 Ile-de-France a été publié le 31 octobre 2023. La dimension transversale du PRS implique qu'il concerne l'ensemble des activités et secteurs de la santé au sens large afin d'assurer la fluidité de l'organisation des parcours : prévention et promotion de la santé, offre de soins de ville et hospitalière, offre médico-sociale, veille et sécurité sanitaire.

L'ensemble des acteurs du domaine de la santé, voire des acteurs dont l'action a un impact sur la santé (collectivités, services publics, ...) sont donc concernés et chaque étape d'élaboration a fait l'objet d'une concertation.

En Île-de-France, la révision du PRS a été alimentée par les nombreuses propositions et contributions, issues de la concertation menée avec les partenaires de l'ARS, les Franciliens et les instances de démocratie sanitaire (Commission régionale de la santé et de l'Autonomie - CRSA - et Conseils territoriaux de santé), mais aussi par le diagnostic de l'ORS Île-de-France, le bilan et l'évaluation externe ainsi que les propositions issues du Conseil national de la refondation (CNR) en santé.



Information

La loi «OTSS*» crée les projets territoriaux de santé basés, élaborés et mis en œuvre par des communautés professionnelles territoriales de santé [...], ainsi que par des établissements et services de santé, sociaux et médico-sociaux.

Ce projet territorial de santé doit respecter les objectifs du PRS sous peine que le directeur général de l'ARS s'y oppose (4).

* OTSS : *Organisation et Transformation du Système de Santé*

(1) Code de la santé publique, L1434-1
(2) Loi n°2019-774 du 24 juillet 2019 relative à l'organisation et à la transformation du système de santé, article 22 et L.1434-10 III al.8 du Code de la santé publique

Programme d'Auto-Formation DÉMOCRATIE EN SANTÉ

62

LE CONSEIL DE SURVEILLANCE DE L'ARS

Niveau
Régional

La loi «Hôpital, Patients, Santé, Territoires» (HPST) de 2009 (1) modifie le champ de la gouvernance en santé en créant les Agences Régionales de Santé.

Le législateur prévoit un conseil de surveillance, instance de gouvernance consultée sur les grandes orientations de l'agence et sur la mise en œuvre de la politique régionale de santé.



Texte juridique

La composition et le fonctionnement de ces conseils sont prévus par décret.



A consulter

Décret n°2012-1286 relatifs aux conseils de surveillance des agences régionales de santé

MISSIONS (2)

DONNER son avis sur les orientations et la mise en œuvre de la politique régionale de santé.

APPROUVER à l'instar d'un conseil d'administration, le budget de l'agence sur proposition du directeur général (il peut le rejeter à la majorité qualifiée s'il ne lui paraît pas conforme à l'activité de l'ARS).

ÉMETTRE un avis sur le Contrat Pluriannuel d'Objectifs et de Moyens (CPOM) de l'ARS, le plan stratégique, les résultats de l'action de l'agence (au moins une fois par an).

LES ESSENTIELS (3)

Présidé par le Préfet de région, le conseil est composé d'une trentaine de membres :

• 24 avec voix délibérative : représentants de l'État, de l'assurance maladie, des collectivités territoriales, des usagers (patients, personnes âgées, personnes handicapées), personnalités qualifiées.

Pour la région Île-de-France, aux trois représentants de l'État, s'ajoute le préfet de police ou son représentant.

• 6 avec voix consultative : représentants de l'ARS (directeur général assisté des personnes de son choix) et l'agent comptable, le président de la Conférence Régionale de la Santé et de l'Autonomie, représentants du personnel (élus par leurs pairs au sein du comité d'agence prévu par l'article L1432-10 du Code de la santé publique), représentant de l'État et des services de l'État (Directeur régional des finances publiques ou, pour la région Île-de-France, le contrôleur budgétaire et comptable du ministère chargé de la santé).

Le conseil de surveillance de l'ARS établit son règlement intérieur. Il se réunit au moins 2 fois par an et siège valablement lorsque la moitié au moins de ses membres sont présents ou représentés. Lorsque ce quorum n'est pas atteint, le conseil de surveillance est à nouveau convoqué dans un délai maximal de huit jours avec le même ordre du jour. Il délibère alors valablement quel que soit le nombre de membres représentés.

Aucune rémunération n'est prévue pour les membres du conseil de surveillance. Toutefois, les intéressés peuvent être indemnisés au titre des frais de déplacement.

(1) Loi n°2019-879 portant réforme de l'hôpital et relative aux patients, à la santé et aux territoires

(2) Décret n°2012-1286 du 22 novembre 2012 relatif aux conseils de surveillance des ARS

(3) Code de la santé publique, D.1432-15 à D.1432-2

Programme d'Auto-Formation DÉMOCRATIE EN SANTÉ

63

LES COMMISSIONS DE COORDINATION DES POLITIQUES PUBLIQUES
(CCPP)

Niveau
Régional

La loi HPST (1) prévoit qu'après de chaque Agence Régionale de Santé (ARS) sont constituées «deux commissions de coordination des politiques de santé» (CCPP). Ces commissions ont pour mission d'assurer la cohérence et la complémentarité des actions déterminées et conduites par leurs membres, dans deux domaines : d'une part, celui de la prévention, de la santé scolaire, de la santé au travail et de la protection maternelle infantile et, d'autre part, celui des «prises en charge et des accompagnements médico-sociaux».

Une troisième commission pour renforcer le dialogue entre les élus locaux et l'ARS a été créée par la loi du 21 juillet 2019 «OTSS*» (2), elle concerne l'organisation territoriale des soins.

* OTSS : Organisation et Transformation du Système de Santé



Texte juridique

Un premier décret en 2010 indique, qu'elles associent : les services de l'État, les collectivités territoriales et leurs groupements et les organismes de Sécurité sociale et définit la composition (3) et les modalités de fonctionnement (4) des 2 premières commissions.



A consulter

Décret n°2010-346 du 31 mars 2010 relatif aux commissions de coordination des politiques publiques de santé.

MISSIONS (4)

COORDONNER les actions déterminées et conduites par leurs membres, respectivement, dans les domaines de compétences de la prévention et de la promotion de la santé, de la santé scolaire, de la santé au travail et de la protection maternelle et infantile, et des prises en charge et des accompagnements médico-sociaux.

CONTRIBUER à l'élaboration du projet régional de santé, notamment du schéma régional de prévention.

DÉVELOPPER la complémentarité des actions concernant leur domaine de compétence et déterminer un cofinancement.

PRÉVOIR une mise en commun des données pour établir un diagnostic partagé.

Plus spécifiquement (5),

- la **commission dite «Prévention»** définit les conditions dans lesquels les contributeurs financiers (membres de la commission), pourront s'associer à l'Agence pour organiser une procédure d'appel à projets visant à financer les actions de prévention et de promotion de la santé en région.
- la **commission pour les prises en charge et les accompagnements médico-sociaux** décide des travaux à conduire pour contribuer à l'élaboration du PRIAC* et favorise l'adoption d'outils communs d'analyse des besoins de l'offre médico-sociale.

* PRIAC : PProgramme Interdépartemental d'ACcompagnement des handicaps et de la perte d'autonomie

LES ESSENTIELS

Les ARS veillent à ce que la lutte contre les inégalités sociales et territoriales de santé soit prise en compte, lesquelles rendent compte d'actions précises de lutte contre les inégalités, notamment à l'égard des personnes en situation de vulnérabilité ou de précarité sociale, dans le cadre du programme régional relatif à l'accès à la prévention et aux soins des personnes les plus démunies (7).

(1) Loi n°2009-879 du 21 juillet 2009 portant réforme de l'hôpital et relative à la santé, aux patients et aux territoires

(2) Loi n°2019-774 du 24 juillet 2019 relative à l'organisation et à la transformation du système de santé

(3) Code de la santé publique, D1432-1 et D1432-2

(4) Code de la santé publique, L1432-1 et D1432-4 et D1432-5

(5) https://www.centre-val-de-loire.ars.sante.fr/sites/default/files/2016-12/Fiche_pratique_Commissions_coordination.pdf

(6) Code de la santé publique, L1434-2 3

Programme d'Auto-Formation DÉMOCRATIE EN SANTÉ

64

LA CONFÉRENCE RÉGIONALE DE LA SANTÉ ET DE L'AUTONOMIE
(CRSA)

Niveau
Régional

En Île-de-France, la CRSA a été mise en place le 1er juillet 2010 et a achevé sa première mandature en 2014. Elle a été renouvelée le 16 juillet 2014 pour une nouvelle mandature d'une durée de 7 ans. La troisième mandature a débuté le 1er octobre 2021.



Texte juridique

Créée par la loi HPST du 21 juillet 2009, la Conférence Régionale de la Santé et de l'Autonomie (CRSA) est un organisme consultatif qui contribue à la définition et à la mise en œuvre de la politique régionale de santé. Sa composition et ses missions en font une instance de démocratie sanitaire incontournable en région.



A consulter

[Avis de la CRSA sur le PRS 2 datant du 29 mai 2018](#)

MISSIONS (1,2)

FORMULER toute proposition au Directeur Général de l'ARS sur l'élaboration, la mise en œuvre et l'évaluation de la politique de santé dans la région.

RENDRE des avis publics, notamment sur le [Projet Régional de Santé](#) et le rapport annuel sur le respect des droits des usagers.

– Est consultée obligatoirement dans les domaines suivants :

- politique de réduction des inégalités de santé,
- orientation de la politique régionale d'investissement,
- orientations annuelles d'utilisation du FIR*,
- plan régional santé environnement.

– Est associée aux retours d'expérience et évaluations sur la gestion de crise.

ORGANISER des débats publics (3) sur les questions de santé de son choix.

Une commission permanente organise et prépare les travaux de la CRSA en formation restreinte.

Des commissions spécialisées se réunissent pour travailler par thématique : prévention, prise en charge et accompagnement médico-sociaux, droits des usagers du système de santé, organisation des soins.

En outre, la CRSA peut constituer des groupes de travail permanents.

En Île-de-France, deux groupes se réunissent régulièrement :

- **groupe inégalités sociales et territoriales de santé,**
- **groupe régional de réflexion sur la santé mentale.**

* FIR : Fond d'Intervention Régional

LES ESSENTIELS (4)

C'est le lieu privilégié de concertation et d'expression de l'ensemble des acteurs du domaine de la santé, y compris des représentants des usagers.

L'assemblée plénière réunit au moins une fois par an les membres des huit collèges et les membres consultatifs.

Chaque CRSA est composée de 8 collèges représentant les acteurs de santé régionaux : collectivités territoriales, associations d'usagers, acteurs de la cohésion et de la protection sociales, acteurs de prévention, offreurs du système de santé, personnes qualifiées.

Cela représente 109 titulaires et un potentiel de 321 suppléants.

Programme d'Auto-Formation DÉMOCRATIE EN SANTÉ

64

LA CONFÉRENCE RÉGIONALE DE LA SANTÉ ET DE L'AUTONOMIE
(CRSA)

Niveau
Régional



Information

Le décret du 11 décembre 2019 (5) modifie la composition des conférences régionales de la santé et de l'autonomie et certaines de leurs modalités de fonctionnement. Les principales adaptations concernent notamment le remplacement des représentants des conférences de territoires par des représentants des **conseils territoriaux de santé**, la création d'un schéma régional de santé unique dans le **projet régional de santé** ainsi que les modifications relatives aux zones du schéma régional de santé.

La durée des mandats des membres de la conférence régionale de la santé et de l'autonomie est alignée sur la durée du projet régional de santé, soit 5 ans.

Le décret n°2021-847 du 28 juin 2021 élargit les matières sur lesquelles les CRSA sont consultées, instaure une obligation de rapport et d'information du directeur général de l'ARS à la CRSA, notamment en matière budgétaire, et précise les procédures applicables aux travaux de la conférence en cas de crise sanitaire grave

(1) Décret n°2019-1342 du 11 décembre 2019 relatif à la conférence nationale de la santé et de l'autonomie, article 14 : les mandats des membres des conférences régionales de la santé et de l'autonomie en cours à la date de publication du présent décret sont prorogés d'une durée d'un an

(2) www.iledefrance.ars.sante.fr/conference-regionale-de-sante-et-de-lautonomie-1

(3) www.iledefrance.ars.sante.fr/debats-publics-2

(4) Code de la santé publique, D1432-28 à D1432-30

(5) Sont modifiés par le décret n°2019-1342 du 11 décembre 2019 précité, les articles du Code de la santé publique D1432-28 et D1432-29 et D1432-32 à D1432-44

(6) www.legifrance.gouv.fr/eli/decret/2021/6/28/SSAZ2028901D/jo/texte JORF n°0150 du 30 juin 2021

Programme d'Auto-Formation DÉMOCRATIE EN SANTÉ

65

LA CAISSE D'ASSURANCE RETRAITE ET DE SANTÉ AU TRAVAIL (CARSAT)

Niveau
Régional

En 1945 est créée la Sécurité sociale qui a pour objectif de garantir la protection sociale des salariés et de leur famille. En 1967, la Sécurité sociale répartit son activité en 5 branches : maladie, accidents du travail et maladies professionnelles, famille, retraite, recouvrement.

Afin d'assurer les missions de chacune de ses branches, des organismes nationaux, déclinés en organismes régionaux ont été créés.



Texte juridique

Sous la double tutelle de la Caisse Nationale d'Assurance Vieillesse (CNAV) et de la Caisse Nationale d'Assurance Maladie des Travailleurs Salariés (CNAMTS), les Caisses d'assurance retraite et de la santé au travail (CARSAT) mettent en œuvre les politiques institutionnelles dans les domaines de la retraite, de l'accompagnement social et de la prévention des risques professionnels.



A consulter

[La CARSAT \(site Legisocial\)](#)

MISSIONS

PRÉPARER ET VERSER LA RETRAITE des salariés et des travailleurs indépendants (artisans, commerçants et professions libérales non réglementées) (3).

ACCOMPAGNER les assurés, salariés*, fragilisés par un problème de santé ou de perte d'autonomie.

PRÉVENIR les risques professionnels, assurer la santé et la sécurité au travail : Elle fixe les taux de cotisations des accidents du travail/maladies professionnelles (AT/MP). Elle propose également une offre de formation, une offre documentaire ainsi que des dispositifs d'aides financières pour soutenir le développement de la prévention dans les entreprises.

DÉVELOPPER

- des actions de formation, de conseil et de prévention sanitaire et sociale dans le domaine de la maladie,
- une politique d'action sociale au service des populations en difficultés financières ou sociales,
- une politique d'action sociale au service des retraités.

* Pour les travailleurs indépendants, en cas de difficultés économiques ou sociales, ce n'est pas la CARSAT qui gère l'aide sociale mais l'URSSAF. Pour les AT/MP, même si la législation spécifique prévoit que ce risque n'est pas garanti par le régime d'assurance maladie des travailleurs indépendants, le travailleur indépendant qui est victime d'un accident à l'occasion de l'exercice de son activité professionnelle, percevra des indemnités journalières (IJ) par la CPAM (Caisse Primaire d'Assurance Maladie) au titre de l'assurance maladie.

LES ESSENTIELS

Organisme de droit privé chargé de missions de service public, la CARSAT assure des missions auprès des salariés, des retraités et des entreprises, au titre de la retraite, de l'aide sociale et de la gestion des risques professionnels.

Depuis le 1er juillet 2010 les Caisses Régionales d'Assurance Maladie (CRAM) ont changé d'identité et sont devenues les CARSAT, à l'exception de la CRAM d'Île-de-France.

Ce changement est intervenu à la suite de la création des ARS à qui sont transférées les missions auparavant exercées par les CRAM en matière de politique sanitaire et médico-sociale.



Information

En France, on dénombre 15 CARSAT, 1 CRAM Île-de-France, 4 caisses générales de Sécurité sociale (CGSS) pour les DOM (Réunion, Martinique, Guadeloupe et Guyane) et la caisse de Sécurité sociale de Mayotte (1).

(1) Secu-independants.fr : les travailleurs indépendants doivent créer leur compte sur [lassuranceretraite.fr](#)

Programme d'Auto-Formation DÉMOCRATIE EN SANTÉ

87

L'ASSURANCE MALADIE D'ÎLE DE FRANCE (CRAMIF)

Niveau Régional

Créée en 1946, la CRAMIF est un organisme de la Sécurité sociale. Sous la tutelle de l'Assurance Maladie, sa compétence s'étend sur les 8 départements d'Île-de-France (IdF). Elle exerce des missions d'intérêt général auprès des assurés, des entreprises, des professionnels de santé et des associations du secteur médico-social.



Texte juridique

La Caisse régionale d'assurance maladie d'Île-de-France (CRAMIF) a le même statut et la même organisation que les CARSAT. Même si la CRAMIF a gardé le nom de caisse régionale d'assurance maladie, sa mission principale ne se concentre pas totalement sur les activités relatives à l'assurance maladie.



A consulter

[Site de la Cramif](#)

MISSIONS

CONCOURIR à l'action de solidarité en versant la pension d'invalidité en cas de privation totale ou partielle de la capacité de travail ou de gain, l'allocation Amiante en cas d'exposition durant l'activité professionnelle et en réglant des prestations de grand appareillage directement aux fournisseurs dans le cadre du tiers-payant.

CALCULER les cotisations AT/MP * : elle fixe et notifie aux entreprises les taux de cotisation pour couvrir les risques professionnels : accident de travail ou de trajet et maladie professionnelle. Elle participe à l'équilibre de la branche accidents du travail (AT) et maladies professionnelles (MP) et adresse à la Caisse nationale de l'Assurance Maladie (Cnam) les résultats statistiques des entreprises ou établissements gérés.

PRÉVENIR les risques professionnels : elle développe une politique de prévention des risques professionnels visant à préserver la santé et la sécurité des salariés, à améliorer leurs conditions de travail et à réduire le nombre et la gravité des accidents du travail et des maladies professionnelles.

FORMER les travailleurs sociaux : l'École de Service Social de la CRAMIF est spécialisée dans les formations professionnelles des travailleurs sociaux, et notamment les assistants de service social et des agents intervenant dans le domaine médico-social concernant les problèmes de santé, de maladie, de handicap et liés au vieillissement.

METTRE À DISPOSITION un service social accompagnant les personnes fragilisées par la maladie, le handicap et/ou le vieillissement, en conjuguant ses compétences avec celles de ses partenaires.

FINANCER les projets associatifs : elle gère le Budget d'Action Sanitaire et Sociale ainsi que le budget de prévention, d'éducation et d'information sanitaires pour la région Île-de-France. Elle finance des projets associatifs dans les domaines suivants : situation de handicap ou de maladie, enfance et famille et prévention du suicide.

CONVENTIONNER LES FOURNISSEURS D'APPAREILLAGE : la CRAMIF habilite les fournisseurs d'appareillage, activité permettant aux professionnels de délivrer les prestations, et les conventionne, autorisant ainsi la prise en charge par l'Assurance Maladie des produits et prestations en tiers-payant.

CONTRIBUER à faciliter l'accès aux soins pour les publics fragiles, avec application du tiers-payant et conventionnement avec de nombreuses mutuelles.

CONSEILLER sur le Handicap grâce à son CICAT-ESCAVIE, Centre d'Information et de Conseil sur les Aides Techniques, destiné aux personnes en situation de handicap et aux professionnels intervenant dans ce domaine.

* AT/MP : Accident du Travail et Maladie Professionnelle

LES ESSENTIELS

Organisme de droit privé chargé de l'exécution de missions de service public, la CRAMIF assure ses missions auprès des salariés des entreprises, au titre de la maladie et de la retraite, de l'aide sociale et de la gestion des risques.

Elle gère également la maladie pour les travailleurs indépendants* (1) (artisans, commerçants et professions libérales) et les étudiants (2).

* Depuis le 1er janvier 2020, les travailleurs indépendants et les professions libérales sont rattachés au régime général

Programme d'Auto-Formation DÉMOCRATIE EN SANTÉ

87

L'ASSURANCE MALADIE D'ÎLE DE FRANCE (CRAMIF)

Niveau
Régional



Information

Le changement de l'identité des CRAM en CARSAT est intervenu le 1er juillet 2010, suite à la création des ARS à qui sont transférées les missions auparavant exercées par les CRAM en matière de politique sanitaire et médico-sociale. La CRAMIF reste l'exception.

(1) Secu-independants.fr et urssaf.fr
(2) Etudiant.gouv.fr

Programme d'Auto-Formation DÉMOCRATIE EN SANTÉ

91

UNICANCER

Niveau
Régional

**Unicancer est à la fois une fédération hospitalière et un groupe d'établissements de santé.
Créée en 1964, la Fédération Unicancer est l'une des quatre fédérations hospitalières représentatives en France.
Elle défend les intérêts des Centres de Lutte Contre le Cancer (CLCC).**

Créé en 2010, le groupe Unicancer, constitué sous forme d'un groupement de coopération sanitaire (CGS) rassemble tous les CLCC. Son objectif est de mutualiser les ressources et les compétences des CLCC et d'impulser une dynamique nouvelle dans la prise en charge des patients.



Texte juridique

Dédiés exclusivement à la lutte contre le cancer, les CLCC sont des établissements de santé privés à but non lucratif, participant au service public hospitalier, avec une triple vocation : ils assurent des missions de soins, de recherche et d'enseignement avec la volonté permanente d'accroître la qualité de la prise en charge et l'accessibilité aux soins (1).



A consulter

[Le site UNICANCER](#)

MISSIONS

SOUTENIR le modèle de prise en charge du cancer des CLCC combinant excellence, humanisme, solidarité et innovation par :

- des études prospectives sur la cancérologie,
- son projet médico-scientifique,
- son soutien à la démarche qualité des CLCC,
- la diffusion des meilleures pratiques et son soutien à l'innovation dans les soins.

ÊTRE MOTEUR EUROPÉEN de la recherche clinique en oncologie. Il mène actuellement plus de 60 essais cliniques à but non lucratif qui incluent plus de 3 000 patients par an,

AMÉLIORER la performance médico-économique des CLCC et mutualiser leurs achats en permettant innovation et économie,

REPRÉSENTER les CLCC au niveau national et international, en tant que fédération hospitalière représentative,

GÉRER la convention collective des salariés des CLCC.

LES ESSENTIELS

Unicancer réunit 18 CLCC et 2 membres affiliés répartis sur 22 sites hospitaliers en France qui travaillent en réseau : chaque année, plus de 600 000 patients sont pris en charge, plus de 170 000 patients sont hospitalisés et 1 30 000 consultations ont lieu (2).

Les CLCC doivent disposer d'une **organisation pluridisciplinaire** garantissant une prise en charge globale du patient et comprenant au moins des moyens en chirurgie, oncologie médicale, radiothérapie et anatomo-cyto-pathologie (3).

La représentation des usagers est assurée au sein du conseil d'administration des CLCC (4).

La ressource financière principale des CLCC est la tarification à l'activité (T2A) comme les hôpitaux publics (5).



Information

Le patient est au centre des actions des CLCC et, par conséquent, du groupe Unicancer : en 2011, Unicancer s'est doté d'un Observatoire des attentes des patients dont l'objectif est d'identifier les nouvelles attentes des patients pour que ces derniers deviennent les acteurs de leur prise en charge.

En 2018, Unicancer a mis en place une charte à destination des patients, socle du modèle de prise en charge des CLCC. Cet outil apporte les informations essentielles au patient ainsi qu'un repère sur les conditions de prise en charge. On retrouve sur le site une [boîte à outils pour les patients](#).

- (1) Code de la santé publique L6162-1
(2) Rapport d'activité Unicancer – 2023 <https://unicancer.fr/rapport-activite/2023/>
(3) Code de la santé publique L6162-4
(4) Code de la santé publique L6162-7
(5) Loi de financement de la sécurité sociale n° 2003- 1199 du 18 décembre 2003

Programme d'Auto-Formation DÉMOCRATIE EN SANTÉ

93

LES RÉSEAUX RÉGIONAUX DE CANCÉROLOGIE (RRC)

Niveau
Régional

Mis en place sous le deuxième Plan cancer, les réseaux régionaux de cancérologie (RRC) sont des structures régionales d'appui et de coordination.

Ils interviennent au niveau régional en appui des Agences régionales de santé (ARS) dans leurs missions de pilotage régional de l'offre de soins, de l'ensemble des acteurs de la cancérologie et des établissements de santé, ainsi que des autres acteurs locaux intervenant dans ce champ (1).



Texte juridique

Présents sur tout le territoire, les RRC animent et coordonnent l'action des professionnels et des établissements de santé traitant les cancers. Ils veillent aussi à mutualiser les expertises et les bonnes pratiques pour garantir une amélioration continue du parcours des patients, partout en France. Ils n'ont, en revanche, pas vocation à intervenir directement en appui de parcours de soins individualisés (2).



A consulter

[Référentiel organisationnel, Les missions des Réseaux régionaux de cancérologie, Recommandations et référentiels, INCa, mai 2019](#)

MISSIONS (2)

CONTRIBUER à la coordination de l'organisation régionale de la cancérologie et à sa lisibilité en :

- **renforçant la lisibilité** de l'organisation de l'offre de soins en cancérologie,
- **participant à la coordination** des différents acteurs de soins en cancérologie,
- **renforçant le rôle des RRC** dans les champs de la cancérologie du sujet âgé et pédiatrique etc.

PROMOUVOIR la qualité et la sécurité des traitements des patients atteints de cancers en :

- **étant en appui** méthodologique des ARS,
- **participant** à des évaluations sur la qualité des soins,
- **diffusant** les référentiels nationaux.

DÉVELOPPER l'expertise et l'expérimentation de projets communs innovants et accompagner les évolutions de l'offre de soins en :

- **facilitant** l'inclusion des patients dans les essais cliniques,
- **accompagnant** l'accès aux organisations et traitements innovants.

CONTRIBUER à l'information et à la formation des acteurs, des patients et de leurs proches sur le parcours de santé en cancérologie.

LES ESSENTIELS (2,3)

Le RRC dispose d'une organisation médico-administrative organisée, formalisée et stable dont la responsabilité est assurée par un coordinateur.

L'[Institut National du Cancer](#) (INCa) assure la coordination nationale et la labellisation des RRC conformément à la réglementation en vigueur. Les RRC rendent compte annuellement de leur activité à l'INCa, aux ARS et aux membres du RRC.

Le RRC rassemble plusieurs membres notamment : les établissements de santé prenant en charge des patients atteints de cancer, le réseau régional de cancérologie pédiatrique (4), les réseaux de cancérologie territoriaux, d'autres réseaux thématiques (gériatrie, soins palliatifs...), des associations de professionnels de santé et des associations de patients.

Au-delà de ses membres, le RRC associe les professionnels de santé en ville ou à l'hôpital et les autres structures qui peuvent être impliquées, au sein de la région, dans la prise en charge de patients atteints de cancer : libéraux, [réseaux de santé](#)...

Programme d'Auto-Formation DÉMOCRATIE EN SANTÉ

93

LES RÉSEAUX RÉGIONAUX DE CANCÉROLOGIE (RRC)

Niveau
Régional



Information

La représentation des usagers au sein des RRC est exigée dès 2005 (1).

Selon la circulaire de 2007, «leurs représentants doivent disposer d'un temps de parole systématique lors de la tenue des instances» (3).

On retrouve cette mesure dans l'instruction du 2 décembre 2019 qui demande d'«associer davantage les usagers et les patients dans la mise en œuvre de leurs missions. S'agissant de la gouvernance, il est souhaitable que les usagers soient représentés au sein des instances du réseau dans une logique de démocratie sanitaire» (2).

[Boîtes à outils pour professionnels et usagers sur le parcours en cancer](#) et sur les prises en charge spécifiques en Île-de-France.

- (1) Plan cancer 2003-2007 Circulaire DHOS/SDO/2005/101 du 22 février 2005 relative à l'organisation des soins en cancérologie
- (2) Instruction DGOS/R3/INCA/2019/248 du 2 décembre 2019 relative à l'évolution des missions des réseaux régionaux de cancérologie
- (3) Circulaire DHOS/CNAMTS/INCA/2007/357 du 25 septembre 2007 relative aux réseaux régionaux de cancérologie
- (4) Circulaire n°161 DHOS/O/2004 du 29 mars 2004 relative à l'organisation des soins en cancérologie pédiatrique

Programme d'Auto-Formation DÉMOCRATIE EN SANTÉ

95

LES CENTRES RÉGIONAUX DE COORDINATION DES DÉPISTAGES DES CANCERS (CRCDC)

Niveau
Régional

Le dépistage d'un cancer vise à détecter des anomalies à un stade précoce, chez des personnes qui n'éprouvent encore aucun symptôme. C'est un moyen d'agir précocement contre les cancers car les chances de guérison sont d'autant plus importantes que le traitement est proposé tôt.»

Le dépistage doit remplir certains critères comme la performance du test, l'existence de traitements efficace et le caractère détectable du cancer à un stade auquel il peut être soigné. Des programmes de dépistage sont alors organisés et suivis. C'est actuellement le cas pour le cancer du sein, le cancer colorectal et le cancer du col de l'utérus pour certains publics cibles (1).



Texte juridique

Au 15 octobre 2020, les 17 centres régionaux de coordination des dépistages des cancers (CRCDC) sont chargés de la mise en œuvre opérationnelle des programmes de dépistages organisés à l'échelle régionale. Effective depuis le 1er janvier 2019, la centralisation des activités régionales de dépistage organisé au sein des CRCDC vise à faciliter la coordination des acteurs sur le terrain, à améliorer la qualité de l'offre et à mieux accompagner les publics (2).



A consulter

Arrêté du 23 mars 2018 portant modification de l'arrêté du 29 septembre 2006 relatif aux programmes de dépistage des cancers

MISSIONS (3)

ASSURER les relations avec la population : information, communication, sensibilisation, éligibilité, invitations des populations concernées au dépistage, relances, enregistrements des refus et des bilans, actions de lutte contre les inégalités,

ORGANISER l'information, la mobilisation et la formation des médecins et professionnels de santé sur les dépistages,

ASSURER le suivi des dépistages de la population (enregistrement des examens, des résultats) afin que les programmes de dépistages organisés puissent être évalués,

GÉRER le système d'information du dépistage : intégration et mise à jour des fichiers, conservation des données, enregistrement des refus, respect des obligations liées à la loi du 6 janvier 1978 (4),

VEILLER à la qualité du dispositif à la fois dans son organisation et auprès des professionnels de santé impliqués dans les programmes.

LES ESSENTIELS (3)

Le CRCDC est une entité juridique unique constituée d'une structure régionale et de sites territoriaux. La structure régionale est responsable de la mise en œuvre de l'ensemble des missions du CRCDC qui est constitué des 3 instances :

- un conseil d'administration, responsable du centre et de la mise en œuvre des programmes de dépistage,
- un comité technique par programme dédié à l'animation et aux échanges avec les parties prenantes professionnelles et réunissant des représentants des professionnels de santé libéraux et hospitaliers concernés et des usagers,
- un collège réunissant l'ensemble des médecins salariés de l'entité. Pour les professionnels et les usagers, le CRCDC participe au dépistage organisé et à l'orientation par l'information sur les types de dépistage. Le personnel du CRCDC est astreint au secret professionnel et doit assurer la confidentialité des données dont il a connaissance.

Les CRCDC sont financés par une dotation des organismes d'assurance maladie et par l'ARS.



Information

L'arrêté du 23 mars 2018 prévoit que « les centres régionaux de coordination des dépistages organisés des cancers s'engagent dans une démarche d'amélioration continue de la qualité ». Cependant, il existe aujourd'hui une hétérogénéité sur le niveau de déploiement des démarches. Afin de s'assurer d'une mise en œuvre harmonisée des programmes, l'INCa a mis en place une procédure de labellisation pour les CRCDC qui doit permettre de les inscrire dans une démarche d'amélioration continue de la qualité (5).

[Les CRCDC d'Île-de-France](#)

(1) Site de l'INCa <https://www.e-cancer.fr/> (2) Rapport d'activité de l'INCa 2019 « Agir aujourd'hui, Construire l'élan pour demain » (3) Arrêté du 23 mars 2018 portant modification de l'arrêté du 29 septembre 2006 relatif aux programmes de dépistage des cancers (4) Loi n°78-17 du 6 janvier 1978 relative à l'information, aux fichiers et aux libertés (5) Procédure de labellisation des centres régionaux de coordination des dépistages organisés des cancers – INCa – Version 2019

Programme d'Auto-Formation DÉMOCRATIE EN SANTÉ

122

LES RÉSEAUX DE SANTÉ EN PÉRINATALITÉ (RSP)

Niveau
Régional

Dénommés «dispositifs spécifiques régionaux» en périnatalité depuis la loi n° 2019-774 du 24 juillet 2019 relative à l'organisation et à la transformation du système de santé (1), les réseaux de santé en périnatalité (RSP) sont des structures de coordination, d'appui, d'évaluation et d'expertise médicale exerçant des missions dans le champ de la santé périnatale (2).



Texte juridique

Ils ont pour objectifs :

- d'assurer une cohérence et une synergie renforcées des interventions dans le champ périnatal,
- de promouvoir la sécurité des soins et la qualité de la prise en charge pour chaque femme et chaque nourrisson sur le territoire régional,
- d'assurer la cohérence et la qualité du suivi spécifique des enfants vulnérables (3).



A consulter

[Instruction n°DGOS/PF3/R3/DGS/MC1/2015/227 du 3 juillet 2015 relative à l'actualisation et à l'harmonisation des missions des réseaux de santé en périnatalité dans un cadre régional](#)

MISSIONS (3,4)

CONTRIBUER à la mise en œuvre de la politique nationale et régionale en santé périnatale et apporter son expertise à l'ARS :

- en organisant des parcours de soins adaptés aux enjeux nationaux et régionaux : organisation de la réponse aux demandes d'IVG ; élaboration et déclinaison locales des parcours de soins identifiés par la HAS pour les autres situations (par exemple, pour les femmes présentant des risques obstétricaux et/ou fœtaux identifiés les femmes en situation de handicap ou souffrant de maladies chroniques),
- en contribuant à l'animation de la politique nationale et régionale en santé périnatale : réunions régionales d'information, de partage et de retour d'expérience sur des sujets identifiés par les autorités sanitaires.

AIDER ET ACCOMPAGNER les acteurs de l'offre de soins en santé périnatale :

- en offrant un appui méthodologique aux acteurs locaux de la périnatalité en matière d'organisation, de coordination et d'évaluation de la prise en charge sur le territoire : amélioration de la coordination entre les acteurs ; amélioration de l'organisation interne d'une structure,
- en formant les professionnels de la santé périnatale,
- en diffusant des informations tant de façon ascendante (des secteurs de soins et de prise en charge aux autorités sanitaires), que descendante (à l'intention des professionnels et du grand public).

LES ESSENTIELS (3)

Les RSP font intervenir de nombreux acteurs qui ont vocation à adhérer au réseau : les professionnels de la santé intervenant dans le champ de la santé des femmes, du diagnostic prénatal, de la santé des jeunes enfants et de leurs représentants ; les établissements de santé publics et privés, les établissements médico-sociaux et les services sociaux ; les services du conseil général tels que les PMI et l'ASE, les CPEF ; le secteur associatif ; les usagers et leurs représentants.

La ressource financière principale des réseaux de santé est le Fond d'Intervention Régional (FIR) piloté par l'ARS.



Information

Les RSP sont regroupés au sein de la Fédération Française des Réseaux de Santé en Périnatalité (FFRSP) qui a pour mission de promouvoir et soutenir les réseaux dans leurs missions.

(1) Loi n° 2019-774 du 24 juillet 2019 relative à l'organisation et à la transformation du système de santé, art.23 ; Décret n°2021-295 du 18 mars 2021 relatif aux dispositifs d'appui à la coordination des parcours de santé complexes et aux dispositifs spécifiques régionaux

(2) Code de la santé publique D6327-6

(3) Instruction n°DGOS/PF3/R3/DGS/MC1/2015/227 du 3 juillet 2015 relative à l'actualisation et à l'harmonisation des missions des réseaux de santé en périnatalité dans un cadre régional

(4) Code de la santé publique, art D6327-6

Programme d'Auto-Formation DÉMOCRATIE EN SANTÉ

132

LES COMITÉS DE COORDINATION DE LA LUTTE CONTRE LES INFECTIONS SEXUELLEMENT TRANSMISSIBLES ET LE VIRUS DE L'IMMUNODÉFICIENCE HUMAINE (COREVIH)

Niveau Régional

Crés en 2005 et mis en place en 2007 afin d'adapter l'organisation des soins des patients infectés par le VIH aux caractéristiques de l'épidémie, les COREVIH font suite aux centres d'information et de soins de l'immunodéficience humaine (CISIH) (1). En 2017, les COREVIH voient leurs missions et leur champ d'action étendus aux infections sexuellement transmissibles dans une approche globale de santé sexuelle (2).



Texte juridique

Les COREVIH sont des acteurs majeurs dans la coordination régionale de la prévention et de l'offre de soins dans le champ du VIH et des autres IST. Leur objectif est de permettre une meilleure accessibilité et continuité des soins, sur tout le territoire, en améliorant le lien entre le secteur hospitalier et extra-hospitalier et favoriser l'implication de nouveaux acteurs, notamment des associations des malades et des usagers du système de santé, des réseaux, du champ social et médico-social.



A consulter

[Instruction n° DGOS/R4/DGS/SP2/2018/94 du 5 avril 2018 relative à la compétence territoriale et au fonctionnement des COREVIH](#)

MISSIONS (3)

COORDONNER, dans son champ, les acteurs œuvrant dans les domaines du soin, 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 dans les domaines du soin, de la prévention et des dépistages, ainsi qu'à l'évaluation de cette prise en charge et à l'harmonisation des pratiques.

RECUEILLIR ET ANALYSER l'ensemble des données épidémiologiques (4), ainsi que toutes les données régionales utiles à l'évaluation de la politique nationale en matière de lutte contre les IST et le VIH.

CONCOURIR par son expertise à l'élaboration, la mise en œuvre et l'évaluation des politiques nationales et régionales de la lutte contre les IST et le VIH et dans le domaine de la santé sexuelle, ainsi que, sur demande du directeur général de l'ARS, au projet régional de santé (5).

LES ESSENTIELS

Les directeurs généraux des ARS définissent les zones géographiques et les sièges d'implantation des COREVIH qui seront généralement la région à quelques exceptions près (6).

Constitués pour 4 ans renouvelables, dans la limite de 50 membres titulaires, le COREVIH comprend : des représentants des établissements de santé, sociaux ou médico-sociaux pouvant être choisis parmi les professionnels de santé y exerçant ; des représentants des professionnels de santé et de l'action sociale de la prévention et de la promotion de la santé ; des représentants des malades et des usagers du système de santé ; des personnalités qualifiées (7).

Le comité élit un bureau composé de 2 représentants de chacune des 4 catégories précédemment citées issus du secteur hospitalier et de l'extra-hospitalier (7).

La ressource financière principale des COREVIH est le Fond d'Intervention Régional (FIR) piloté par l'ARS.



Information

23 COREVIH maillent le territoire national

(1) Décret n°2005-1421 du 15 novembre 2005 relatif à la coordination de la lutte contre l'infection par le virus de l'immunodéficience humaine. Circulaire no DHOS/DGS/2005/561 du 19 décembre 2005 relative à l'instauration des coordinations régionales de la lutte contre l'infection due au virus de l'immunodéficience humaine

(2) Décret n°2017-682 du 28 avril 2017 relatif à la coordination de la lutte contre les infections sexuellement transmissibles et le virus de l'immunodéficience humaine. Instruction n°DGOS/R4/DGS/SP2/2018/94 du 5 avril 2018 relative à la compétence territoriale et au fonctionnement des comités de coordination de la lutte contre les infections sexuellement transmissibles et le virus de l'immunodéficience humaine (COREVIH)

(3) Code de la santé publique D3121-35

(4) Code de la santé publique D3121-36

(5) Code de la santé publique L1434-1

(6) Code de la santé publique D3121-34

(7) Code de la santé publique D3121-37