

Démarche : ARS BFC - Appel à candidature pour les sièges de représentants des usagers (RU) au sein des conseils de surveillance des établissements publics de santé (établissements concernés par le renouvellement des mandats en 2026 et pour les sièges vacants dans les autres établissements)

Organisme : Direction de l'Organisation des Soins et de l'Autonomie

Identité du demandeur

Email	
Civilité	
Nom	
Prénom	

Formulaire

 Renouvellement des représentants des usagers siégeant dans les conseils de surveillance

L'Agence Régionale de Santé Bourgogne-Franche-Comté lance une campagne de renouvellement des mandats des représentants des usagers (RU) siégeant dans les conseils de surveillance des établissements publics de santé. Cet appel à candidature ne concerne que les conseils de surveillance des établissements dont les mandats arrivent à échéance en 2026 et les conseils de surveillance des établissements dont les sièges n'ont pas été pourvus en 2025.

 Aucun renouvellement n'est automatique.

 Qui peut déposer une candidature ?

 Seules les associations agréées du système de santé peuvent déposer ce formulaire.
Aucune candidature individuelle ne sera acceptée.

 Un formulaire = un représentant des usagers proposé.

 Postuler à plusieurs établissements ? C'est possible !

Dans ce formulaire, vous pouvez :

Sélectionner un ou plusieurs établissements pour lesquels le représentant est candidat.

 Calendrier

- Date limite de dépôt des candidatures : 31 décembre 2025

- Désignations officielles : arrêté ARS nommant les membres

 Les nouveaux mandats entreront en vigueur à compter de la date de l'arrêté ARS fixant la composition du conseil de surveillance.

 Les RU actuellement en poste sont donc invités à poursuivre et honorer leur mandat en cours jusqu'à cette date, pour assurer la continuité de la représentation dans les conseils de surveillance.

Informations complémentaires :

 Le rôle des représentants des usagers

ARS BFC - Appel à candidature pour les sièges de représentants des usagers (RU) au sein des conseils de surveillance des établissements publics de santé.

Les représentants des usagers (RU) jouent un rôle essentiel au sein des conseils de surveillance des établissements publics de santé.

Ils portent la voix des patients et de leurs proches, veillent au respect de leurs droits et contribuent activement à l'amélioration de la qualité de l'accueil et de la prise en charge.

Leur présence garantit que les politiques et les décisions prises tiennent compte des attentes, besoins et expériences vécues par les usagers du système de santé.

?? Comment sont-ils désignés ?

Les représentants sont désignés par le préfet du département siège de l'établissement public de santé, sur proposition des associations agréées du système de santé. L'arrêté nommant les membres est pris par le directeur général de l'ARS. Les mandats sont d'une durée de cinq ans, permettant un engagement durable et une continuité dans les missions exercées.

? L'association doit :

- Remplir l'intégralité du formulaire et joindre les pièces complémentaires demandées (attestation de non incompatibilité et photocopie d'une pièce d'identité du candidat),
- Sélectionner les établissements souhaités (avec un ordre de priorité),
- Joindre les justificatifs d'agrément,
- Attester de la formation obligatoire dans le cas où le candidat l'a effectuée.

? Votre engagement est essentiel

En proposant un ou plusieurs représentants, vous contribuez à renforcer la démocratie sanitaire, à faire entendre la voix des usagers et à améliorer concrètement les parcours de soins.

Nous comptons sur les associations de santé qui partagent ces valeurs pour participer activement à cet appel à candidature.

Consignes : Ce formulaire doit être renseigné exclusivement par une association agréée.

Un formulaire = un représentant proposé.

Etablissements

ETABLISSEMENTS :

(veuillez utiliser l'icône de loupe dans la barre de recherche ci-dessous)

Cochez la mention applicable, plusieurs valeurs possibles

- ☐ 21 - CÔTE D'OR
- ☐ HOSPICES CIVILS DE BEAUNE
- ☐ CH DE LA HAUTE CÔTE D'OR
- ☐ 25 - DOUBS
- ☐ CH MORTEAU
- ☐ 39 - JURA
- ☐ CH MOREZ
- ☐ CH DOLE
- ☐ CHS SAINT-YLIE JURA
- ☐ 58 - NIEVRE
- ☐ CH Henri Dunant LA CHARITE
- ☐ CH Pierre Léo LA CHARITE
- ☐ CH AGGLOMERATION DE NEVERS
- ☐ CH CHÂTEAU-CHINON
- ☐ CH LORMES
- ☐ 70 - HAUTE-SAÔNE
- ☐

ARS BFC - Appel à candidature pour les sièges de représentants des usagers (RU) au sein des conseils

- ☐ 71 - SAÔNE-ET-LOIRE
- ☐ CH AUTUN
- ☐ CH BOURBON-LANCY
- ☐ CH CHAGNY
- ☐ CH CHALON-SUR-SAONE
- ☐ CH CLUNISOIS
- ☐ CH LA GUICHE
- ☐ CH LOUHANS
- ☐ CH MÂCON
- ☐ CH MONTCEAU-LES-MINES
- ☐ CH TOURNUS
- ☐ ETABLISSEMENT PUBLIC DE SANTE MENTALE (EPSM 71)

Candidat :

Première candidature de représentant des usagers dans les conseils de surveillance des établissements de santé.

Cochez la mention applicable, une seule valeur possible

- ☐ Oui
- ☐ Non

Civilité :

- ☐ Mme
- ☐ M.

NOM (Majuscule) et Prénom :

Adresse électronique :

Numéro de téléphone :

Adresse :

Code postal :

Ville :

Rôle au sein de l'association :

ARS BFC - Appel à candidature pour les sièges de représentants des usagers (RU) au sein des conseils

Activité professionnelle :

Cochez la mention applicable, une seule valeur possible

☐ En activité

☐ En retraite

En activité ou en retraite : Veuillez indiquer le nom de l'entreprise ou de la structure.

Le candidat proposé ne doit pas exercer, ni avoir exercé, une activité professionnelle pouvant constituer un conflit d'intérêts avec les missions de représentation des usagers (ex. : salarié ou dirigeant de l'établissement concerné, professionnel de santé en activité dans le même territoire.

Veuillez indiquer le lieu de l'entreprise ou de la structure dans laquelle le candidat exerce ou a exercé une activité professionnelle.

Le candidat déclare sur l'honneur ne pas exercer, ni avoir récemment exercé, une activité professionnelle ou bénévole susceptible de constituer un conflit d'intérêts avec les missions de représentant des usagers, notamment au sein ou en lien direct avec les établissements pour lesquels il candidate.

Le candidat proposé ne doit pas exercer, ni avoir exercé, une activité professionnelle pouvant constituer un conflit d'intérêts avec les missions de représentation des usagers (ex. : salarié ou dirigeant de l'établissement concerné, professionnel de santé en activité dans le même territoire.

Cochez la mention applicable

☐ Oui

☐ Non

Pièce justificative à joindre en complément du dossier

☐ Attestation de non incompatibilité - incapacités avec les fonctions de membre du conseil de surveillance de l'établissement

Pièce justificative à joindre en complément du dossier

☐ Pièce d'identité

Le candidat a-t-il suivi la formation obligatoire ?

En application de l'article 176 de la loi de modernisation du système de santé, merci de joindre à votre candidature, ou le cas échéant dans les 6 mois suivant votre désignation, une attestation de suivi de formation de base répondant au cahier des charges du 17 mars 2016.

Cochez la mention applicable, une seule valeur possible

☐ Oui

☐ Non

Le candidat déclare sur l'honneur qu'il participera à la prochaine session de formation proposée par France Assos Santé, s'il n'a pas encore suivi la formation obligatoire.

Conformément aux exigences de formation des représentants des usagers, toute personne désignée devra suivre la formation de base dans un délai de 6 mois à compter de la date de sa nomination. En l'absence de participation dans ce délai, l'Agence Régionale de Santé se réserve le droit d'annuler la désignation du représentant concerné.

Cochez la mention applicable

☐ Oui

☐ Non

Pièce justificative à joindre en complément du dossier

☐

Sièges de représentant des usagers occupés actuellement :

Précisez pour chaque siège occupé : CDU, CS, CRSA, etc... Le nom de l'établissement et ou de l'instance.

Les motivations du candidat (en quelques lignes) :

Informations complémentaires :

Informations qui vous semblent importantes à nous communiquer

ASSOCIATION :

Nom de l'association :

(en toutes lettres)

Adresse mail de l'association :

Cette adresse sera utilisée pour toutes correspondances avec l'ARS.

Téléphone de l'association:

Adresse :

Code Postal

Ville :

NOM et Prénom du/de la gestionnaire des candidatures au sein de l'association

Adresse électronique du/de la gestionnaire :

Numéro de téléphone du/de la gestionnaire :

AGREMENT au titre de l'article L 1114-1 du code de la santé publique

Vérification de votre agrément :

Pour rappel, seules les associations agréées en santé peuvent représenter les usagers.

Entrez obligatoirement le numéro d'agrément national ou régional de votre association.

Merci de fournir un justificatif d'agrément.

Dans le cas où l'association n'est pas elle-même agréée mais est adhérente ou affiliée à une association agréée, merci de fournir un justificatif signé.

Agrément :

Cochez la mention applicable, une seule valeur possible

☐ National

☐ Régional

National : N20__/_/_/____

Régional : R20__/_/_/____

Pièce justificative à joindre en complément du dossier

☐ Justificatif à fournir :

Notification d'agrément de la Commission Nationale d'Agrément ou de l'ARS BFC

Nom de l'association ayant l'agrément :

Adresse mail de l'association ayant l'agrément :

Numéro de téléphone de l'association ayant l'agrément :

Pièce justificative à joindre en complément du dossier

☐ Un justificatif signé de votre association nationale vous autorisant à utiliser son agrément :

En cochant cette case, le président de l'association ou son représentant certifie l'exactitude des éléments déclarés dans ce formulaire.

Cochez la mention applicable

☐ Oui

☐ Non

En cochant cette case, le président de l'association ou son représentant certifie avoir obtenu l'accord du candidat pour présenter sa candidature et que ce dernier s'engage en cas de désignation à participer avec assiduité aux réunions organisées par la commission de l'établissement dans un esprit collaboratif avec les autres représentants des usagers,

ARS BFC - Appel à candidature pour les sièges de représentants des usagers (RU) au sein des conseils d'administration, quel que soit l'association de référence.

Cochez la mention applicable

☐ Oui

☐ Non

En cochant cette case, le président de l'association ou son représentant certifie avoir informé le candidat de ses droits, et obtenu son accord sur la conservation par l'ARS Bourgogne Franche-Comté de ses données personnelles (nom, prénom, adresse postale, adresse mail, numéros de téléphone) la gestion et le suivi de sa candidature ainsi que sur la transmission de ces données à : l'établissement où le candidat a postulé ; aux associations des 3 autres RU de ce même établissement , à France Assos Santé Bourgogne Franche-Comté ; aux associations habilitées à délivrer la formation de base des représentants des usagers du système de santé prévu à l'article L1114-1 du code de la santé publique relatifs à la commission des usagers, conformément au règlement général sur la protection des données (RGPD) du 25 mai 2018 et à la loi n°78-17 du 6 janvier 1978 relative à l'informatique, aux fichiers et aux libertés.

Cochez la mention applicable

☐ Oui

☐ Non

Merci de votre participation !