

## Commission Des Usagers (CDU)

**Proposition d'un représentant d'usager, issu d'une association agréée  
au titre du L 1114-1 du CSP**

**Merci de compléter tous les champs**

<b>Nom de l'établissement de la Commission Des Usagers (CDU) :</b>	
<b>Informations relatives à l'association agréée (selon les termes prévus du L 1114-1 du CSP)</b>	
<b><u>Nom de l'association agréée</u> (Merci d'expliquer le sigle) :</b>	
<b><u>Numéro d'agrément régional ou national</u> :</b>	
<b><u>Adresse mail de l'association</u> :</b>	
<b><u>Numéro de téléphone de l'association</u> :</b>	
<b><u>Nom et prénom du président</u> :</b>	
<b><u>Coordonnées postales de l'association</u> :</b>	
<b><u>Motivations de l'association pour présenter le candidat</u> :</b>	

**Quel accompagnement vous apporterez à ce candidat ?**

## Informations relatives à la personne proposée

**Nom et prénom du candidat :**

**Année de naissance :**

**Code postal du lieu d'habitation du candidat (permet d'évaluer la distance entre le lieu de résidence et l'établissement) :**

**Numéros de téléphone :**  
*(Portable et/ou fixe)*

**Adresse mail :**  
*(sur laquelle vous recevez les convocations et documents relatifs aux commissions)*

**Votre parcours professionnel :**  
(Présentez-vous en quelques mots et merci de préciser le lieu d'exercice si vous avez été professionnel de santé)

**Votre situation actuelle :**  
(Merci de préciser le lieu d'exercice si vous êtes professionnel de santé ou professionnel au sein de l'établissement)

**Pour les nouveaux candidats, quelles sont vos motivations à intégrer une CDU ?**

**Pour les candidats qui renouvellent leur engagement, quels mandats avez-vous déjà occupé ?**

**Si ma candidature est retenue en qualité de RU, je m'engage à faire des formations (prises en charge dans le cadre de votre mandat) :**

**RAPPEL : La formation de base est obligatoire pour tous les représentant des usagers (Exemple : RU en avant)**

OUI  NON

**Avez-vous une préférence pour un siège de titulaire ou suppléant ?**

*Dans la pratique des CDU, Les établissements invitent systématiquement Les titulaires et Les suppléants aux différentes réunions.*

- Titulaire
- Suppléant
- Aucune préférence

**Ressource utile : « Guide des bonnes pratiques au sein des Commissions des Usagers »**  
<https://bretagne.france-assos-sante.org/2021/04/09/commissions-des-usagers-le-guide-des-bonnes-pratiques-est-arrive-en-bretagne/>



Date :

Signature du (ou de la) président(e) ou son représentant

(+ cachet de l'association)

Signature du candidat

Pour rappel, les RU nouvellement nommés doivent suivre une formation obligatoire (18h de formation) de base financée par les organismes habilités.

J'autorise l'ARS Bretagne à communiquer mes coordonnées aux associations habilitées par le Ministère de la Santé à délivrer la formation de base des représentants des usagers du système de santé prévue à l'article L. 1114-1 du code de la santé publique.

OUI

NON

Date :

Signature du candidat :

Les candidatures sont à adresser à la délégation du département de l'établissement auquel vous candidatez :

**Délégation départementale d'Ille-et-Vilaine**

A l'attention de Mme LE GUENNEC  
Bâtiment 3 soleils  
3 place du Général Giraud  
CS 54257 - 35042 Rennes Cedex

**Courriel :** ars-dd35-direction@ars.sante.fr (à l'attention de Mme LE GUENNEC)

**Délégation départementale du Morbihan**

A l'attention de Mme VENON-BLANDIN  
32, boulevard de la Résistance  
CS 72283 - 56008 VANNES CEDEX

**Courriel :** ars-dd56-animation-territoriale@ars.sante.fr (à l'attention de Mme VENON-BLANDIN)

**Délégation départementale du Finistère**

A l'attention de Mme BESCOND  
5, venelle de Kergos  
29324 QUIMPER CEDEX

**Courriel :** ars-dd29-animation-territoriale@ars.sante.fr (à l'attention de Mme BESCOND)

**Délégation départementale des Côtes-d'Armor**

A l'attention de Mme MONCHOIX  
12 rue de Paimpont  
CS 82152- 22021 SAINT-BRIEUC

**Courriel :** ars-dd22-animation-territoriale@ars.sante.fr (à l'attention de Mme MONCHOIX)

## **Vos droits concernant vos données**

« L'ARS Bretagne procède à un traitement de vos données personnelles pour la gestion et le suivi de cet appel à candidature, traitement nécessaire à la mission d'intérêt public dont est investie l'ARS en vertu de l'article L. 1431-2 du Code de la santé publique. Vos données sont conservées 5 ans et sont uniquement destinées au département qualité en charge de cet AAC. Vous pouvez accéder aux données vous concernant, vous opposer à leur traitement, les faire rectifier ou geler leur utilisation en exerçant votre demande auprès du délégué à la protection des données : [ARS-BRETAGNE-CIL@ars.sante.fr](mailto:ARS-BRETAGNE-CIL@ars.sante.fr) ou par voie postale.

Vous disposez également du droit d'introduire une réclamation auprès de la Commission Nationale de l'Informatique et des Libertés (CNIL) si vous estimez que le traitement de vos données constitue une violation de la réglementation ».

### **>>> Qui peut signer la fiche de candidature ?**

1. **Votre association a un agrément en santé pour représenter les usagers au niveau régional ou national** dans les instances de démocratie en santé.

Listes complètes des associations agréées en Région :

[liste\\_asso\\_agreees\\_region.pdf \(solidarites-sante.gouv.fr\)](#)

Listes complètes des associations agréées au National :

[liste\\_asso\\_agreees\\_national.pdf \(solidarites-sante.gouv.fr\)](#)

2. **Votre union d'associations**. Si vous adhérez à une union d'associations, vous pouvez passer par elle pour candidater. C'est elle qui porte l'agrément, il relève donc de sa responsabilité de porter les candidatures des représentants d'usagers aux différentes instances dont la composition relève de l'ARS Bretagne. Il en existe plusieurs en Bretagne : France Assos Santé Bretagne, la Maison associative de la Santé, les UDAF (35, 22, 29 et 56), l'UNAPEI Bretagne...

3. **Votre association/union nationale**. Si elle ne vous a pas délégué par un courrier la responsabilité de désigner des représentants dans des instances de démocratie en santé, alors, le ou la président(e) ou son (sa) représentant(e) doit

signer votre fiche de candidature.

[liste\\_asso\\_agreees\\_national.pdf \(solidarites-sante.gouv.fr\)](#)

**Si votre fiche de candidature n'est pas signée par l'organisme détenteur de l'agrément : votre candidature n'est pas recevable.**

