

INFO RESSOURCES JURIDIQUE

NOTE D'INFORMATION

Dispositifs d'appui à la coordination, Dispositifs Spécifiques Régionaux, Réseaux Régionaux :

Quels enjeux pour l'échange et la conservation des données patients ?

Si les Dispositifs d'Appui à la Coordination prennent progressivement forme et que les Dispositifs Spécifiques Régionaux voient leurs aspects réglementaires fixés, une zone d'ombre demeure quant à la future place des Réseaux de Santé à portée régionale. En effet, pour ceux d'entre eux qui n'oeuvrent pas dans le champ des activités de soins soumises à autorisation, la question se pose de déterminer les moyens mis à leur disposition afin de continuer à mener à bien leurs missions, notamment au regard de l'accès aux données patients. Cette question est d'autant plus prégnante avec, en janvier 2022, la mise en place de l'Espace Numérique en Santé.

Problématiques :

- Les professionnels de santé intégrés dans une équipe de soins, et appartenant à un dispositif qui n'est pas inclus dans un DAC ou qui n'a pas le statut de DSR, peuvent-ils partager des données patients avec les autres salariés de la structure ?
- Un dispositif qui n'est pas inclus dans un DAC ou qui n'a pas le statut de DSR peut-il conserver des données de santé ?
- Quels sont les problématiques et les enjeux liés au flou juridique entourant le futur des Réseaux de santé à portée régionale ?

Page 2 >> Les Dispositifs d'Appui à la Coordination

Page 3 >> Les Dispositifs Spécifiques Régionaux

Page 4 >> La problématique du partage des données de santé

Page 6 >> La problématique liée à la mise en oeuvre de l'ENS

Page 8 >> L'insécurité juridique liée aux incertitudes sur l'avenir des Réseaux Régionaux



I - Les Dispositifs d'Appui à la Coordination



1.1 Définition

L'article 23 de la loi du 24 juillet 2019 prévoit l'organisation de « Dispositifs d'appui à la population et aux professionnels pour la coordination des parcours de santé complexes » qui intègre notamment les MAIA, les réseaux de santé territoriaux, les PTA, les CTA PAERPA, ou encore les CLIC sur délibération du Conseil Départemental. Ces dispositifs seront donc, au plus tard le 27 juillet 2022, absorbés de plein droit par les DAC et disparaîtront en tant qu'entités juridiques autonomes.

L'article L.6327-1 du Code de la Santé Publique dispose ainsi que : « Les professionnels de santé, sociaux et médico-sociaux et, le cas échéant, les structures qui les emploient peuvent solliciter un appui à la coordination des parcours de santé qu'ils estiment complexes afin d'améliorer le service rendu à la population et de concourir à la structuration des parcours de santé ». Les DAC doivent donc devenir une ressource pour les acteurs du territoire pour une meilleure coordination des parcours de santé complexes avec, pour ce faire, une gouvernance assurant la représentation équilibrée des acteurs des secteurs sociaux, médico-sociaux et sanitaires, intégrant notamment des représentants des usagers, du conseil départemental et des CPTS.

1.2 Missions

L'article L.6327-2 du Code de la Santé Publique précise les missions des DAC :

- Assurer la réponse globale aux demandes d'appui des professionnels qui comprend notamment l'accueil, l'analyse de la situation de la personne, l'orientation et la mise en relation, l'accès aux ressources spécialisées, le suivi et l'accompagnement renforcé des situations, ainsi que la planification des prises en charge. Cette mission est réalisée en lien avec le médecin traitant, conformément à son rôle en matière de coordination des soins et les autres professionnels concernés ;
- Contribuer avec d'autres acteurs et de façon coordonnée à la réponse aux besoins des personnes et de leurs aidants en matière d'accueil, de repérage des situations à risque, d'information, de conseils, d'orientation, de mise en relation et d'accompagnement ;
- Participer à la coordination territoriale qui concourt à la structuration des parcours de santé.



En outre, les Dispositifs d'Appui à la coordination :



- Exercer une mission de service public et d'appui polyvalente des parcours de santé complexes quels que soient les publics, les besoins et les lieux du territoire.
Plus précisément, aux termes du nouvel article D.6327-1 du CSP, il s'agit pour lui de délivrer « un service polyvalent à tout professionnel afin d'offrir à la personne prise en charge une réponse globale et coordonnée quels que soient son âge, sa pathologie, son handicap ou sa situation en concertation avec le médecin traitant » ;
- Contribuent à la fonction de coordination territoriale exercée par le système de santé et donc de participer « à la coordination territoriale des acteurs notamment par l'analyse des besoins et la structuration du parcours de santé complexes, par l'appui aux pratiques interprofessionnelles et par le soutien aux initiatives des professionnels » ;
- Doivent recourir à un « système d'information unique partagé entre les professionnels intervenant dans le dispositif. Il permet l'échange et le partage d'informations concernant une même personne prise en charge entre professionnels exerçant au sein du dispositif d'appui à la coordination et avec les professionnels tiers intervenant auprès de la personne dans l'équipe de soins ». Sont concernés par référence à l'article L. 1110-4 du CSP concernant le secret partagé, tous les professionnels de santé libéraux, les professionnels des établissements de santé et ceux des établissements et services sociaux et médico-sociaux qui interviennent au profit de l'utilisateur du système de santé.
- Sont soumis à la signature d'un CPOM avec l'ARS et le Conseil départemental, sur la base d'une mise en cohérence des politiques respectives de ces derniers en matière d'appui aux parcours de santé complexe.



II - Les Dispositifs Spécifiques Régionaux

2.1 Définition

Les DSR, mentionnés à l'article L.6327-6 du Code de la Santé Publique, ont pour objectif d'apporter aux professionnels de santé, établissements de santé et ARS une expertise particulière et leur apporter un appui spécialisé en matière d'activités de soins soumises à autorisation.

Ces activités sont énumérées à l'article R.6122-25 du CSP : Médecine, Chirurgie, Gynécologie-obstétrique, néonatalogie, et réanimation néonatale, Psychiatrie, Soins de suite et de réadaptation, Soins de longue durée, Greffes d'organes et greffes de cellules hématopoïétiques, Traitement des grands brûlés, Chirurgie cardiaque, Activités interventionnelles sous imagerie médicale (par voie endovasculaire) en cardiologie, Neurochirurgie, Activités interventionnelles par voie endovasculaire en neuroradiologie, Médecine d'urgence, Réanimation, Traitement de l'insuffisance rénale chronique par épuration extrarénale, Activités cliniques et biologiques d'assistance médicale à la procréation et activités biologiques de diagnostic prénatal, Traitement du cancer, et Examen des caractéristiques génétiques d'une personne ou identification d'une personne par empreintes génétiques à des fins médicales.

Pour exercer leurs missions, les DSR peuvent mobiliser :

- D'autres établissements de santé ;
- Des professionnels de santé libéraux ;
- Des Centres et Maisons de Santé ;
- Des CPTS ;
- Des établissements et services sociaux et médico-sociaux ;
- Des organisations à vocation sanitaire, sociale, ou médico-sociale ;
- Des représentants d'usagers.



2.1 Missions

Les missions des DSR sont précisées à l'article D.6327-6 du CSP.

- Assurer l'animation et la coordination des acteurs de soins à des fins de prévention primaire, secondaire et tertiaire, ainsi que de soins, sans se substituer aux structures et aux acteurs qui en ont la responsabilité ;
- Mener des actions visant à promouvoir la lisibilité de l'offre de soins, notamment par l'information au grand public ;
- Mener des actions de promotion de la qualité et de la coordination des soins auprès des acteurs de santé hospitaliers et de ville, du secteur social et médico-social intervenant dans les parcours de soins des patients concernés ;



- Mener des actions favorisant l'adéquation du niveau de prise en charge au degré de complexité des situations. A cet effet, les dispositifs spécifiques régionaux veillent aux équilibres d'accès aux soins sur le territoire au regard des évolutions des pratiques et des techniques de prise en charge ;
- Participer, notamment par la formation et la diffusion de protocoles régionaux, à l'amélioration et à l'actualisation des connaissances et des pratiques professionnelles ;
- Assurer, le cas échéant et sans préjudice des interventions du DAC, des missions de prévention et d'accompagnement aux parcours de soins des patients requérant des expertises particulières, déterminés par les ARS en fonction des besoins identifiés sur leur territoire.

III - La problématique du partage des données de santé

3.1 Définitions

3.1.1 La notion d'équipe de soins

L'[article L.1110-12 du Code de la Santé Publique](#) définit l'équipe de soins comme un ensemble de professionnels qui participent directement au profit d'un même patient à la réalisation d'un acte diagnostique, thérapeutique, de compensation du handicap, de soulagement de la douleur ou de prévention de perte d'autonomie, ou aux actions nécessaires à la coordination de plusieurs de ces actes.

Ces professionnels :

- Soit exercent dans le même établissement de santé, au sein du service de santé des armées, dans le même établissement ou service social ou médico-social, ou dans le cadre d'une structure de coopération, d'exercice partagé ou de coordination sanitaire ou médico-sociale (la liste est dressée par l'[article D.1110-3-4 du CSP](#)) ;
- Soit se sont vu reconnaître la qualité de membre de l'équipe de soins par le patient qui s'adresse à eux pour la réalisation des consultations et des actes prescrits par un médecin auquel il a confié sa prise en charge ;
- Soit exercent dans un ensemble, comprenant au moins un professionnel de santé, présentant une organisation formalisée et des pratiques conformes à un cahier des charges fixé par l'[arrêté du 25 novembre 2016](#).



L'[article L.1110-4 du Code de la Santé Publique](#) dispose qu'un professionnel peut échanger avec un ou plusieurs professionnels identifiés des informations relatives à une même personne prise en charge, à condition qu'ils participent tous à sa prise en charge et que ces informations soient strictement nécessaires à la coordination ou à la continuité des soins, à la prévention ou à son suivi médico-social et social. Lorsque ces professionnels appartiennent à la même équipe de soins, ils peuvent partager les informations concernant une même personne qui sont strictement nécessaires à la coordination ou à la continuité des soins ou à son suivi médico-social et social. Ces informations sont réputées confiées par la personne à l'ensemble de l'équipe.

3.1.2 [Les données médicales et le secret professionnel](#)

Le Règlement Européen 2016/679 relatif à la protection des personnes physiques à l'égard du traitement des données à caractère personnel et à la libre circulation de ces données définit les données de santé dans son [article 4.15](#) de la manière suivante : "données à caractère personnel relatives à la santé physique ou mentale d'une personne physique, y compris la prestation de services de soins de santé, qui révèlent des informations sur l'état de santé de cette personne". Cette définition large comprend donc les informations relatives à une personne physique, les informations obtenues lors d'un test ou d'un examen, ou encore les informations concernant une maladie, un handicap, un risque de maladie, les antécédents médicaux, un traitement clinique ou l'état physiologique ou biomédical de la personne concernée.

Ces données sont protégées par le secret professionnel, défini à l'[article L.1110-4 du Code de la Santé Publique](#) qui dispose que toute personne prise en charge par un professionnel de santé, un établissement ou service, un professionnel ou organisme concourant à la prévention ou aux soins dont les conditions d'exercice ou les activités sont régies par le présent code, le service de santé des armées, un professionnel du secteur médico-social ou social ou un établissement ou service social et médico-social mentionné au I de l'[article L. 312-1 du code de l'action sociale et des familles](#) a droit au respect de sa vie privée et du secret des informations la concernant. Excepté dans les cas de dérogation expressément prévus par la loi, ce secret couvre l'ensemble des informations concernant la personne et venues à la connaissance du professionnel, de tout membre du personnel de ces établissements, services ou organismes et de toute autre personne en relation, de par ses activités, avec ces établissements ou organismes. Il s'impose à tous les professionnels intervenant dans le système de santé. Un professionnel peut échanger avec un ou plusieurs professionnels identifiés des informations relatives à une même personne prise en charge, à condition qu'ils participent tous à sa prise en charge et que ces informations soient strictement nécessaires à la coordination ou à la continuité des soins, à la prévention ou à son suivi médico-social et social.



Lorsque ces professionnels **appartiennent à la même équipe de soins**, au sens de l'[article L. 1110-12](#), ils peuvent partager les informations concernant une même personne qui sont strictement nécessaires à la coordination ou à la continuité des soins ou à son suivi médico-social et social. Ces informations sont réputées confiées par la personne **à l'ensemble de l'équipe**.

Cependant, un [décret du 20 juillet 2016](#) précise que le patient doit être préalablement informé lorsque l'échange d'informations a lieu entre des professionnels de l'équipe de soins appartenant à des **catégories différentes**. Il existe en effet deux catégories :

- Les professionnels de santé, mentionnés à la quatrième partie du Code de la santé publique (dont les médecins, les pharmaciens, les infirmiers, les masseurskinésithérapeutes...)
- Les autres professionnels relevant du champ social ou médico-social, dont la liste est dressée par ce même décret (notamment, psychologues, psychothérapeutes, ostéopathes, assistantes sociales, ...).

En cas de partage d'informations entre professionnels de catégories différentes au sein d'une même équipe de soins, ces derniers devront tenir compte, pour la mise en oeuvre de ce partage, des recommandations élaborées par la Haute Autorité de santé avec le concours des ordres professionnels, en particulier pour ce qui concerne les catégories d'informations qui leur sont accessibles.

Le partage, entre des professionnels **ne faisant pas partie de la même équipe de soins**, d'informations nécessaires à la prise en charge d'une personne requiert son consentement préalable, recueilli par tout moyen, y compris de façon dématérialisée. Le patient est par ailleurs dûment informé de son droit d'exercer une opposition à l'échange et au partage d'informations le concernant. Il peut exercer ce droit à tout moment.

[L'article R.1110-1 du Code de la Santé Publique](#) dispose que les professionnels participant à la prise en charge d'une même personne peuvent, en respectant les principes du secret professionnel énoncés plus haut, échanger ou partager des informations relatives à la personne prise en charge dans la double limite :

- Des seules informations strictement nécessaires à la coordination ou à la continuité des soins, à la prévention, ou au suivi médico-social et social de ladite personne ;
- Du périmètre de leurs missions.

[L'article R.1110-2 du CSP](#) détaille les catégories de professionnels autorisées à échanger ou partager ces informations. Enfin, [l'article R1110-3 du CSP](#) rappelle l'importance fondamentale du recueil du consentement du patient en l'informant d'une part de la nature des informations devant faire l'objet de l'échange, et d'autre part, soit de l'identité du destinataire et de la catégorie dont il relève, soit de sa qualité au sein d'une structure précisément définie.



3.1.3 Le consentement et le droit d'opposition

Durant l'intégralité du parcours du patient, celui-ci doit recevoir une information loyale, claire et appropriée sur son état de santé, les investigations et les soins qui lui sont proposés. Ceci afin qu'il puisse, le cas échéant, donner un consentement libre et éclairé comme le précise [l'article L.1111-4 du CSP](#).

L'article L.1111-4 du CSP dispose également que toute personne a le droit de refuser ou de ne pas recevoir un traitement. Aucun acte médical ni aucun traitement ne peut être pratiqué sans le consentement libre et éclairé de la personne, et ce consentement peut être retiré à tout moment durant son parcours.

Lorsque la personne est hors d'état d'exprimer sa volonté, aucune intervention ou investigation ne peut être réalisée, sauf urgence ou impossibilité, sans que la personne de confiance prévue à [l'article L. 1111-6](#), ou la famille, ou à défaut, un de ses proches ait été consulté. Ces principes qui prévalent dans la relation de soins, sont également applicables aux échanges et au partage des informations sur le patient.

Ainsi, l'accord du patient pour les échanges et le partage des informations le concernant, qui correspondent à des données personnelles de santé s'exprime juridiquement de deux manières distinctes selon les cas : le droit d'opposition ou l'exigence du recueil de consentement.

- Dans une équipe de soins, telle qu'elle a été définie plus haut, les échanges et le partage se réalisent sous le régime juridique de l'accord implicite du patient, sous réserve de son droit d'opposition.
- En dehors de cette équipe de soins, les échanges et le partage, ne peuvent se faire que sous le régime juridique du recueil préalable du consentement exprès du patient.

3.2 Conclusion

Ici, la problématique posée est de déterminer si les professionnels de santé intégrés dans une équipe de soins, et appartenant à un dispositif qui n'est pas inclus dans un Dispositif d'Appui à la Coordination ou qui n'a pas le statut de Dispositif Spécifique Régional, peuvent partager des informations relatives à la santé des patients avec les autres salariés de cette structure.

À la lecture des différentes définitions permettant de poser le cadre de cette problématique, il apparaît clairement que cela ne peut être le cas. En effet, la possibilité d'échanger et de partager des informations relatives au patient est réservée exclusivement aux professionnels étant identifiés comme faisant partie de l'équipe de soins. Cette possibilité est octroyée intuitu personae, en raison de la nature, des compétences ou de la qualité du professionnel, de ses aptitudes à concourir au parcours de soins du patient.

La capacité d'un professionnel de santé à partager et échanger des données de santé est donc indépendante de la structure dans laquelle il est susceptible d'exercer. Que celui-ci exerce au sein d'un Dispositif d'Appui à la Coordination, d'un Dispositif Spécifique Régional, ou d'un autre dispositif de coordination n'a pas d'influence sur cette capacité si sa qualité de membre de l'équipe de soins est avérée. En revanche, le professionnel concerné sera soumis au secret professionnel et ne pourra partager les informations relatives aux patients avec les autres salariés de la structure dans laquelle il exerce, à l'exception d'éventuels autres professionnels de ladite structure faisant également partie de l'équipe de soins.



IV - La problématique liée à la mise en oeuvre de l'Espace Numérique en Santé

4.1 Contexte

L'article L.1111-7 du Code de la Santé Publique dispose que toute personne a accès à l'ensemble des informations concernant sa santé détenues, à quelque titre que ce soit, par des professionnels de santé, par des établissements de santé, par des centres de santé, par le service de santé des armées ou par l'Institution nationale des invalides qui sont formalisées ou ont fait l'objet d'échanges écrits entre professionnels de santé, notamment des résultats d'examen, comptes rendus de consultation, d'intervention, d'exploration ou d'hospitalisation, des protocoles et prescriptions thérapeutiques mis en oeuvre, feuilles de surveillance, correspondances entre professionnels de santé, à l'exception des informations mentionnant qu'elles ont été recueillies auprès de tiers n'intervenant pas dans la prise en charge thérapeutique ou concernant un tel tiers.

Ces informations ont désormais vocation à être centralisées au sein de l'Espace Numérique de Santé (ENS), dont les modalités de mise en oeuvre (à compter du 1er janvier 2022) sont détaillées dans [le décret n°2021-1048 du 4 août 2021](#). Outre le contenu et les titulaires de l'ENS, ses modalités de création et d'accès, ce décret modifie [l'article R.1110-2 du CSP](#), qui liste les professionnels susceptibles d'échanger ou de partager des informations relatives à la même personne prise en charge, en y incluant :



- Les personnels des dispositifs d'appui à la coordination des parcours de santé complexes mentionnés à [l'article L.6327-1](#) ;
- Les personnels des dispositifs spécifiques régionaux mentionnés à [l'article L.6327-6](#) ;
- Les personnels des dispositifs d'appui mentionnés au II de [l'article 23 de la loi n° 2019-774 du 24 juillet 2019](#) relative à l'organisation et à la transformation du système de santé intervenant dans le cadre de leur mission de coordination du parcours de santé de la personne concernée et spécialement habilités par les représentants légaux de ces dispositifs.

L'article 23 de la loi du 24 juillet 2019 vise les Réseaux de santé, les PTA, et les MAIA qui seront absorbés dans les futurs DAC. Les DSR sont également expressément nommés. Le législateur semble pourtant avoir omis les dispositifs qui ne seront pas inclus dans les DAC, et qui n'auront pas le statut de DSR : les actuels Réseaux de Santé Régionaux.



4.2 Analyse



Ici se pose la question de l'échange et du partage des données de santé, ainsi que de leur conservation, dans les structures non incluses dans les DAC ou les DSR, via l'Espace Numérique en Santé.

Il est néanmoins important de souligner que le titulaire de l'ENS (le patient) peut autoriser un professionnel, un établissement de santé ou un établissement ou service social ou médico-social à consulter ou alimenter tout ou partie de son espace numérique de santé, soit temporairement, soit de manière permanente. Pour autoriser un accès temporaire, un moyen d'identification électronique propre à chaque autorisation d'accès est fourni par l'opérateur de l'ENS. L'autorisation d'accès permanent est délivrée selon les mêmes modalités que celles prévues pour l'accès au dossier médical partagé, c'est-à-dire notamment dans le respect des dispositions de [l'article L.1110-4](#) du code de la santé publique relatives au secret médical partagé. Il convient de rappeler ici que selon [l'article L.1111-17](#) du code de la santé publique, « tout professionnel participant à la prise en charge d'une personne en application des articles L.1110-4 et L.1110-12 peut accéder, sous réserve du consentement de la personne préalablement informée, au dossier médical partagé de celle-ci et l'alimenter. L'alimentation ultérieure de son dossier médical partagé par ce même professionnel est soumise à une simple information de la personne prise en charge ».

Ces éléments permettent en partie de "contourner" la difficulté posée par l'absence des dispositifs non inclus dans les DAC et n'ayant pas le statut de DSR dans la nouvelle version de l'article R.1110-2 du CSP. Cependant, il n'en demeure pas moins que le flou juridique entourant le futur des Réseaux de santé régionaux pose un certain nombre de difficultés pratiques.

La difficulté majeure réside dans le fait que pour les DAC et les DSR, le partage et l'échange d'informations relatives à la même personne prise en charge concerne "les personnels". Outre le fait que cette disposition manque de précision (Le personnel non professionnel de santé est-il inclus ?), elle met en lumière l'absence des autres dispositifs.

Les actuels Réseaux de santé Régionaux seront donc contraints d'évoluer dans une réglementation manifestement moins souple et de circonscrire cet échange et ce partage aux professionnels de santé concernés listés à [l'article R.1110-2 du CSP](#).

Nous sommes donc face à un déséquilibre : les DAC et DSR où l'échange et le partage d'informations concerne tout le personnel de la structure (sans plus de distinction de la part du législateur) et les autres dispositifs, dont les réseaux de santé régionaux, où ces attributions seront très probablement cantonnées aux seuls professionnels de santé identifiés comme faisant partie de l'équipe de soins puisqu'ils seront spécialement habilités par le représentant légal de la structure. Dans la pratique cela nécessitera des éclaircissements car l'activité des dispositifs non inclus dans les DAC ou n'ayant pas le statut de DSR risque d'en pâtir. La fluidité des échanges au sein de ces structures et les services rendus aux patients, si la législation reste inchangée, souffrira de la comparaison puisqu'ici seuls les professionnels habilités seront en mesure de d'échanger, partager et conserver des données de santé (via un hébergeur agréé HDS, [article L.1111-8 du CSP](#)) à travers l'Espace Numérique de Santé.



V - L'insécurité juridique liée aux incertitudes sur l'avenir des Réseaux Régionaux

En juillet 2022, l'entrée en vigueur des DAC et des DSR sera effective. Si la structuration juridique et les prérogatives de ces dispositifs prennent forme progressivement, le législateur semble avoir délaissé les dispositions encadrant l'avenir de certaines structures. En effet, que vont devenir les actuels Réseaux de santé à portée régionale ? Ceux-ci ne seront pas, en l'état actuel de l'interprétation des textes, intégrés aux DAC qui auront une vocation territoriale, et ne disposeront pas du statut de DSR si elles n'oeuvrent pas dans le champ d'une activité soumise à autorisation.

Si le législateur n'apporte pas rapidement des éclaircissements sur l'avenir de ces dispositifs, un certain nombre de problématiques risque de survenir :
Concernant le statut de ces dispositifs : les réseaux de santé sont censés disparaître en tant que tel en juillet 2022. Quel sera alors le statut juridique de ces organismes ? S'ils perdent le statut de Réseau de santé, redeviendront-ils de "simples" associations oeuvrant dans le domaine de la santé ?

Concernant les missions et le financement de ces dispositifs. S'il est possible de financer une association, même si elle perd son statut de Réseau de santé, cette possibilité est actuellement liée intrinsèquement aux missions attribuées à ces dispositifs. Se pose alors la question de l'articulation de ces missions avec les futurs DAC et DSR. Les Réseaux de santé régionaux vont-ils devoir adhérer à chaque DAC avec lequel il est susceptible de travailler sur un territoire donné ? Comment s'articuleront les missions entre les DAC, les DSR et les Réseaux de Santé Régionaux ? Quels seront les moyens financiers, matériels et humains mis à disposition de ces dispositifs régionaux pour continuer à remplir leurs missions ? Vont-ils contractualiser avec l'ARS via un CPOM pour pérenniser leurs actions au niveau régional ? Autant de questions auxquelles le législateur va devoir répondre rapidement pour éclaircir ces articulations.

Enfin, concernant leur légitimité et leur représentation. L'absence de précisions des textes posent également un certain nombre de questions sur la future posture de ces organismes dans le domaine de la coordination en santé au plan territorial ou régional, notamment en termes de représentation et de légitimité. Pour continuer à remplir leurs missions, ces organismes doivent pouvoir continuer à avoir une certaine visibilité auprès des partenaires institutionnels et de la population en participation aux débats et aux prises de décisions concernant la coordination en santé sur les territoires. Il est également nécessaire d'asseoir leur légitimité auprès des acteurs et des usagers du système de santé, ce qui semble difficile en l'absence de clarification sur leur avenir.

Il est donc primordial que toutes ces interrogations soient éclaircies par le législateur. Juillet 2022 approche et ces zones grises entraînent une insécurité juridique concernant le statut, les missions, la place, les moyens, et la légitimité des actuels Réseaux de santé régionaux sur l'échiquier du territoire de santé. L'objectif de la mise en place des DAC et des DSR est de rendre plus lisibles les dispositifs de coordination des parcours de santé complexes pour les usagers, les aidants, et les acteurs. Force est de constater que si la législation reste en l'état, la finalité de la loi du 24 juillet 2019 relative à l'organisation et à la transformation du système de santé qui consiste à simplifier et à rendre plus visible les dispositifs et les acteurs de la coordination, ne sera pas respectée. Il est indispensable que les missions de chacun soient clarifiées et articulées de manière complémentaires, et que le statut et les prérogatives de tous les acteurs soit fixées, sous peine de recréer un système peu lisible et accessibles aux patients, aux aidants, et aux acteurs eux-mêmes, perpétuant ainsi les aspects négatifs d'un système qui étaient censés être atténués par la réforme de 2019.

