

« RENFORCER LES MISSIONS ET L'INDÉPENDANCE DES CONFÉRENCES RÉGIONALES DE LA SANTÉ ET DE L'AUTONOMIE (CRSA)

AFIN D'EN FAIRE DES VÉRITABLES « PARLEMENTS DE SANTÉ »

SYNTHESE DES PROPOSITIONS DES CRSA DU 13 NOVEMBRE 2020

ACTE 2 DE LA DEMOCRATIE SANITAIRE : « Seul on va plus vite, ensemble on va plus loin »

C'est toute la question du bilatéral et du multilatéral qui a été posée, celle d'aller plus vite seul, ou plus loin ensemble, pour s'inspirer du célèbre proverbe africain).

La loi de 2009 a mis en place la multilatéralité en créant les CRSA, ce qui a créé espoir et engouement lors de la première mandature. A ne pas respecter les règles de la déconcentration et de la régionalisation, l'état jacobin a vidé de sens la multilatéralité, ce qui a eu pour conséquence l'émergence d'un sentiment d'être inutile au sein des CRSA, une démotivation et moins de présence.

Les lignes de forces :

La représentativité, la légitimité, la force de nos avis : Nous fédérons différentes formes de démocraties et leurs légitimités et à ce titre, nous devons être les premiers partenaires et incontournables. La question du caractère opposable de nos avis ne fait pas l'unanimité, par contre celle de rendre nos avis plus forts est posée clairement, car elle détermine l'intérêt des uns et des autres à participer à l'élaboration de ces avis qui doivent être utiles et non "décoratifs".

En fait, ce qui ressort de nos débats, c'est la place et la reconnaissance du multilatéral qui constitue une vraie force face au gouvernement (qui devrait dire AVEC), et les moyens de cette multilatéralité :

- **moyens réglementaires pour assurer notre légitimité (question des avis opposables ou conforme, dans un cadre qui doit rester consultatif)**
- **moyens en matériel, en personnel et budgétaire pour fonctionner (être une structure autonome ou rester au sein des RAS)**

Le parlement (de la santé) c'est du collectif, du multilatéral. A l'inverse, le lobbying, c'est du bilatéral. Si le gouvernement veut respecter son engagement à faire des CRSA un véritable parlement de la santé; il doit faire le choix du multilatéralisme.

Cela une fois posé, un autre axe fort de nos débats a été l'animation territoriale et donc de la territorialité avec notamment l'axe CNS /CRSA/CTS qui doit perdurer, et se renforcer.

Voilà ce que l'on peut retenir de nos échanges, et au-delà de nos propositions plus concrètes qui figurent ci-dessous, nous soutenons la constitution d'un annuaire des CRSA et la mise en place d'une fédération des CRSA sous un statut associatif qui traduit bien aller plus loin ensemble.

Propositions de mise en pratique pour l'amélioration du fonctionnement des CRSA dans le cadre actuel

- Passer d'une Démocratie en santé perçue par certains comme quelque peu «décorative» comme un relais d'informations descendantes, à une Démocratie en santé réellement participative, contributive, ascendante.
- Nécessité d'une réflexion préalable et commune CRSA/CTS/ARS sur la méthode d'évaluation: qui évalue-t-on ? qu'évalue-t-on ?
- Maîtrise de l'ordre du jour comme cela est prévu dans le décret relatif à la CRSA. La CRSA doit avoir la maîtrise de l'ordre du jour, du choix des sujets de travaux, des lieux de réunion. Les choix stratégiques de l'ARS doivent se faire en lien avec la CRSA.
- Nécessité d'une amélioration majeure dans la production annuelle d'un bilan d'activité avec retour sur les suites données par l'ARS aux avis et recommandations formulés.
- Avoir le soutien des sous-groupes de travail sur des sujets complexes.
- Associer le plus tôt possible les membres de la CRSA et surtout les usagers aux travaux de l'ARS, type plans PRS.
- Dans l'animation : avoir des temps forts, ouvrir aux associations jeunesse, cibler ou prioriser les sujets de travail en phase avec les problématiques du territoire, approfondir certains sujets ; organiser des échanges approfondis, organiser des temps dans les territoires avec les habitants
- Participer aux AG de fédérations régionales.
- Politique et Programmes d'Investissement (secteurs sanitaire, social et médico-social - Politique de formation des personnels (quotas des écoles paramédicales et sociales, formations médicales)
- Territorialisation (informations sur la constitution des DAC et des CPTS...).
- Augmenter significativement le nombre des sujets faisant l'objet de saisine réglementaire obligatoire.
- Lors de sa nomination, le DG ARS doit présenter à la CRSA sa feuille de route ainsi que le contrat d'objectif et de moyens (CPOM)
- Définir, en concertation avec la CRSA les moyens budgétaires et en personnels mis à sa disposition pour assurer le secrétariat des différentes instances de la CRSA, l'animation des territoires de démocratie sanitaire et des débats publics ainsi que la communication.

Revoir le décret relatif aux missions, à l'organisation et à la gestion des CRSA afin d'étendre leur capacité de consultation et mieux les articuler avec les autres instances de la démocratie sanitaire dans les territoires.

En période de crise sanitaire, Inscrire dans la Loi ou la réglementation une obligation de consultation des CRSA sur la gestion des crises sanitaires dans leur région :

- la CRSA doit être systématiquement saisie pour avis sur les ajustements importants de l'organisation du système de soins et médicosociaux en région incluant une transmission régulière de données statistiques globale sur l'évolution de l'épidémie.

- Création, en cas de crise sanitaire, d'un comité de liaison ARS/CRSA.

- Consultations en urgence des CSOS et de la CSPAMS

L'obligation ne peut se limiter à la seule phase de la gestion de crise, mais aussi à celle de la prévention et celle de l'évaluation post crise.

De manière pérenne :

- Lors sa nomination, le DG ARS doit présenter à la CRSA sa feuille de route ainsi que le contrat d'objectif et de moyens (CPOM)

- Obligation pour l'ARS de répondre dans le mois qui suit sur les procédures qu'elle va engager pour établir des dispositions qui vont dans le sens de l'avis CRSA, ou donner son argumentation si refus de s'y engager.

- La CRSA doit être sollicitée pour avis par l'ARS sur les grands schémas régionaux d'organisation des habitants ayant des impacts sur la santé, sur la qualité de vie, la qualité de l'air, la qualité de l'eau.

- Donner les moyens aux CRSA d'exercer leurs missions en autonomie par l'attribution de moyens financiers, de temps de personnel dédié en position statutaire de mise à disposition, de locaux et d'équipements dédiés exclusivement à la CRSA. Ces moyens devront permettre d'assurer le secrétariat des différentes instances de la CRSA, l'animation des territoires de démocratie sanitaire et des débats publics ainsi que leur propre communication.

- Attribution d'un quota temps pour les présidents et vice-présidents, compensation attribuée aux institutions qui les emploient (ex un médecin hospitalier président de commission pourrait voir 1/10 temps financé à son hôpital permettant de le décharger)

- Intégrer comme membre de droit les présidents des CTS de la région à la commission permanente de la CRSA.

- En Guyane permettre à la CRSA de constituer, dans chaque territoire de proximité de démocratie sanitaire, un groupe d'animation territoriale, les membres de la CRSA pourront en faire partie.

- Instaurer l'objectif de parité femme-homme de démocratie sanitaire.

- Avoir un meilleur équilibre des collègues.

- Augmenter le nombre de représentants à la CSDU.

- Rendre obligatoires et effectives les commissions de coordination des politiques publiques.

- Evaluation par les CRSA de la qualité des prises en charge et les accompagnements médico sociaux

- Participer à l'évaluation du PRS
- Revoir le décret relatif aux missions, à l'organisation et à la gestion des CRSA afin d'étendre leur capacité de consultation et mieux les articuler avec les autres instances de la démocratie sanitaire dans les territoires.
- Renforcer la dimension délibérative avec la possibilité de pouvoir formuler des avis opposables sur des sujets à définir comme les projets régionaux de santé, et leur déclinaison territoriale, et pour les CLS.
- Associer davantage les usagers et les collectivités représentées au sein des CRSA aux décisions de l'ARS.
- Respecter, pour favoriser l'engagement actif des membres des CRSA, la durée réglementaire des mandats.
- Veiller à l'équilibre entre le secteur public, libéral, les usagers. Trop de directeurs administratifs.
- Rendre obligatoires et effectives les commissions de coordination des politiques publiques.
- Favoriser les partenariats,
- Introduire dans les missions de la CRSA un avis réglementaire sur la politique de communication de l'ARS.
- Étendre le domaine des avis obligatoires : *Exemples* : - *FIR annuel (projet et bilan de réalisation)* - *Système d'information Santé régional.* - *Évaluation (bilan annuel de mise en œuvre du PRS, formation des personnels de santé sur le territoire...)*
- Intégrer dans les missions de la CRSA une consultation systématique des appels d'offres avant publication par l'ARS.
- Autoriser l'accès direct en temps réel à toutes les données des Agences de l'Etat en santé au même titre que les ARS : pas de démocratie en santé sans accès à toutes les données