



Bilan de la première mandature de la Conférence régionale de la santé et de l'autonomie de la région Provence-Alpes-Côte d'Azur

- Juillet 2010 – Juillet 2014

Destinataires	Membres titulaires et suppléants Membres consultatifs Directeur général de l'agence régionale de santé
Pour information	Préfets de région et des départements PACA, Présidents du conseil général des départements PACA Président du conseil régional Présidents des URPS PACA et des Ordres Ministres de la santé et de la cohésion sociale Directeur général de la santé, de l'organisation des soins et de la cohésion sociale Présidents de CRSA

Le mot du Président

Le mandat de 4 ans de la première Conférence régionale de la santé et de l'autonomie de notre région prend fin en juillet 2014 et nous vous présentons son rapport d'activité, qui est le 4^e depuis l'installation de la conférence en juillet 2010.

Vous constaterez que la CRSA n'a pas à rougir de son bilan ; la forte activité a pu, nous l'espérons tous, faire avancer l'organisation du système de santé et donc la réponse aux besoins de nos concitoyens.



Qu'il me soit permis de remercier en premier lieu, les membres de la conférence qui ont su donner de leur temps et de leurs réflexions pour parvenir à ces objectifs.

Le travail n'est pas facile car la Conférence doit se consacrer à une vision d'intérêt général, de transversalité, alors que chaque membre représente une catégorie de professionnels, d'établissements, de population, etc... et qu'il a par ailleurs des contacts directs avec l'ARS pour des sujets beaucoup plus particuliers. Merci à tous pour avoir su gérer cette situation.

Je pense que les débats menés ont permis aux participants de se rassembler autour de quelques idées forces qui peuvent représenter « une culture commune », notamment :

- *L'idée que la santé ne se résume pas aux soins est une évidence pour tous et est un guide dans nos réflexions, qu'elles concernent le sanitaire, le médico-social, le social, les professionnels de tous ces secteurs en établissements ou en libéral, etc...*
- *En corollaire, il est donc apparu évident aussi de s'intéresser aux déterminants de l'état de santé et de bien être, donc à l'ensemble des politiques publiques qui ont un impact sur ce bien être. La conférence a rappelé sans cesse la nécessité de mieux et bien coordonner ces politiques*
- *La CRSA a marqué un intérêt fort à l'évaluation des actions menées ; que ce soit sur le processus de suivi et évaluation du plan régional de santé ou sur les expériences de l'évaluation de l'impact en santé des politiques publiques*
- *Il a été insisté aussi sur les notions fortes de coopération entre professionnels, de coordination de l'action de toutes les institutions, associations, etc...*
- *Il a été justement tenu compte de la place à donner aux usagers et ce rapport retrace les actions menées et à poursuivre*



En second lieu, des remerciements à l'ARS pour avoir accompagné nos travaux :

- *Le service Démocratie sanitaire, toujours à l'écoute de la Conférence, malgré ses moyens insuffisants et dont nous pouvons espérer le renforcement*
- *Les directions « métiers » ont répondu à nos demandes d'information et de présentation de dossiers et de thématiques. Par contre, il est indispensable de donner un retour plus rapide aux propositions faites et au suivi de nos avis. C'est la condition d'un véritable dialogue constructif.*

Le présent rapport d'activité contient une partie consacrée à des axes d'amélioration du travail de notre conférence, et je ne ferais, ici, pas plus de commentaires sur ces points.

Je souhaite que la prochaine conférence puisse trouver une place encore plus significative dans le paysage de la Démocratie sanitaire, je salue à nouveau tous ceux qui ont participé à cette première CRSA et les remercie de leur action. Puissent les membres de la seconde conférence, amplifier et améliorer cette action.

Christian DUTREIL



SOMMAIRE

I. LA CRSA EN CHIFFRES	5
A. NOMBRE DE REUNIONS ET TAUX DE PARTICIPATION	5
B. L'UTILISATION DU BUDGET DE LA CONFERENCE	7
II. LES TRAVAUX DE LA CONFERENCE	8
A. LES AVIS RENDUS	8
<i>a. Les avis de la Conférence.....</i>	<i>8</i>
<i>b. Les avis de la CSOS sur les demandes d'autorisation</i>	<i>9</i>
B. LES AUTO-SAISINES	9
C. LES DEMANDES D'INFORMATION	10
D. LA PROMOTION DES DROITS DES USAGERS	10
<i>a. Le programme d'actions du PRS sur les droits des usagers et le rapport annuel de la CRSA sur le respect de ces droits.....</i>	<i>10</i>
<i>b. La labellisation des projets exemplaires en matière de droits des usagers.....</i>	<i>11</i>
<i>c. La défense des droits dans le médico-social.....</i>	<i>11</i>
E. LES DEBATS PUBLICS	12
F. L'AMELIORATION DES MOYENS DE COMMUNICATION	13
III. PROCHAINE MANDATURE ET PISTES D'AMELIORATION, PROPOSEES PAR LE PRESIDENT DE LA CONFERENCE	14
<i>a. La CRSA doit mieux se faire connaître.....</i>	<i>14</i>
<i>b. Obtenir une meilleure coordination avec les « autres » organismes : conférence de territoire et commissions de coordination des politiques publiques.....</i>	<i>14</i>
<i>c. Développer des auditions « externes » sur des sujets spécifiques, comme nous l'avons fait sur la santé publique avec le Pr Rochon</i>	<i>14</i>
<i>d. Obtenir une meilleure utilisation de la CRSA par les « directions métiers » de l'Agence</i>	<i>14</i>
<i>e. Et puis pourquoi ne pas envisager un quasi contrat avec l'agence sur des objectifs précis ?</i>	<i>15</i>
IV. LES « MOTS » DES PRESIDENTS DES COMMISSIONS SPECIALISEES	15
A. LA COMMISSION SPECIALISEE DE PREVENTION	15
B. LA COMMISSION SPECIALISEE DE L'ORGANISATION DES SOINS.....	16
C. LA COMMISSION SPECIALISEE DANS LE DOMAINE DES DROITS DES USAGERS DU SYSTEME DE SANTE	19
D. LA COMMISSION SPECIALISEE POUR LES PRISES EN CHARGE ET ACCOMPAGNEMENTS MEDICO-SOCIAUX 21	

Annexe 1 : tableau de suivi des avis de la CRSA

Annexe 2 : rapport d'activité 2013 / 2014

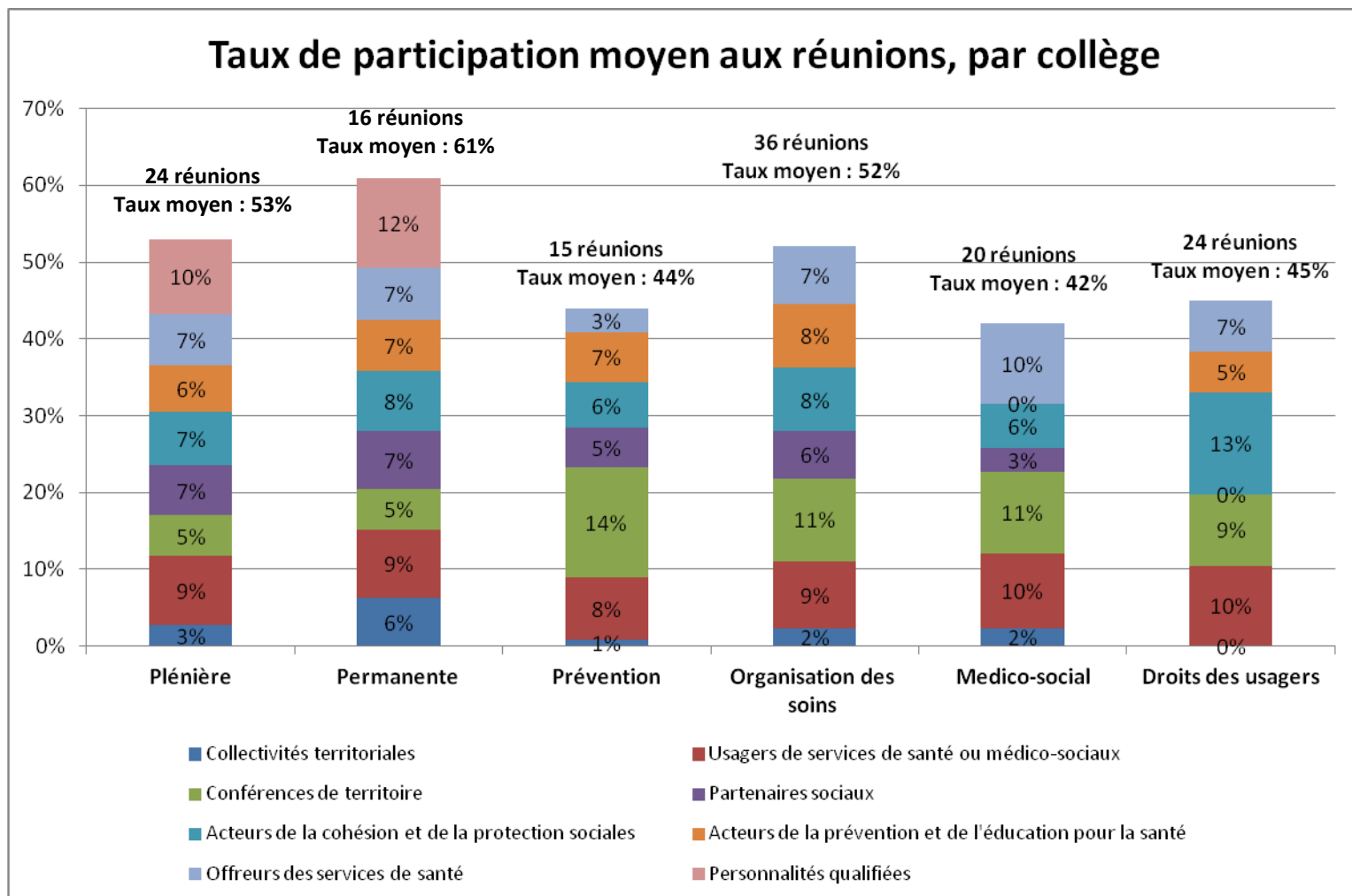
La Conférence régionale de la santé et de l'autonomie (CRSA) a été créée par la loi « hôpital, patients, santé et territoires » du 21 juillet 2009 pour concourir, par ses avis et ses propositions, à la politique régionale de santé.

Nouvelle instance représentative, la CRSA a su devenir l'instance consultative privilégiée pour recueillir les besoins et les aspirations de tous en matière de santé. Si son rôle doit encore être consolidé, cette « jeune » assemblée a d'ores et déjà contribué à la mise en place d'une culture commune entre les différents secteurs représentés par ses membres.

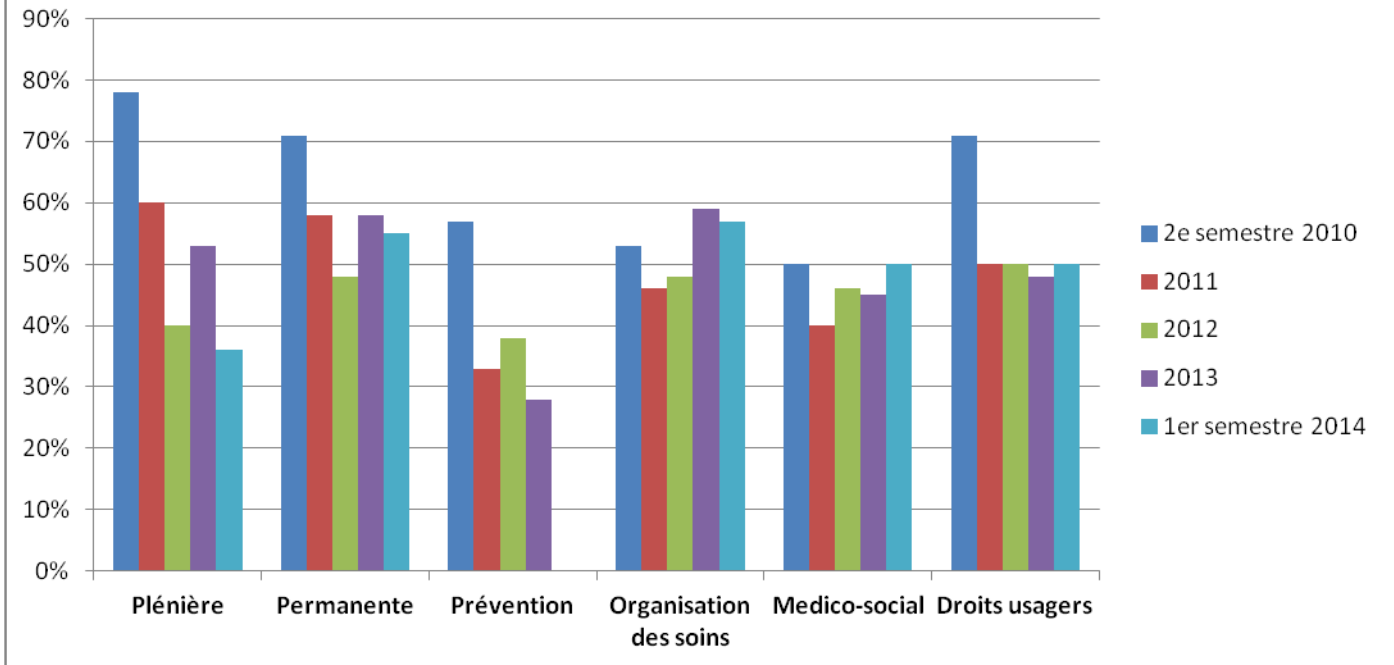
I. La CRSA en chiffres

Sur l'ensemble de sa mandature, la CRSA s'est réunie **132 fois**. Elle a rendu **18 avis**, hors demandes d'autorisations étudiées en commission spécialisée de l'organisation des soins (CSOS). La CSOS a rendu **398 avis** sur les demandes d'autorisation. Entre 2010 et 2014 la Conférence a disposé d'un **budget annuel moyen de 41 751 €**.

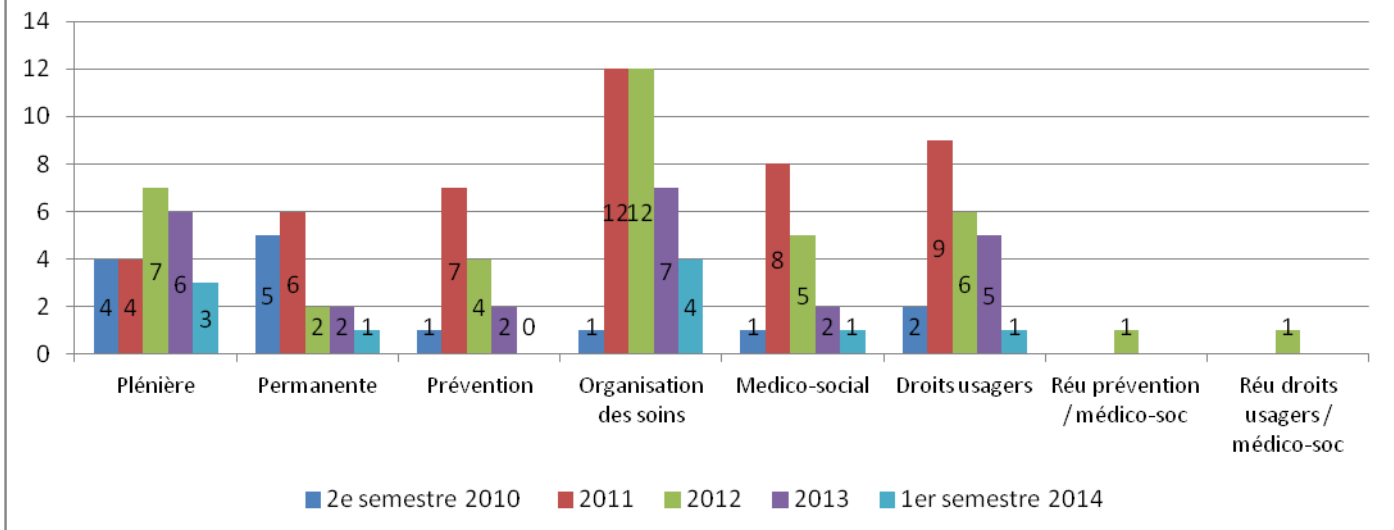
A. Nombre de réunions et taux de participation



Evolution du taux de participation, par année et par formation



Nombre de réunions, par formation de la CRSA Total : 132 réunions (hors groupe de travail)



La CRSA Paca a été très active. On note un « pic » d'activité durant l'année 2011 pour toutes les commissions spécialisées, ce qui s'explique par les travaux relatifs à l'élaboration du PRS.

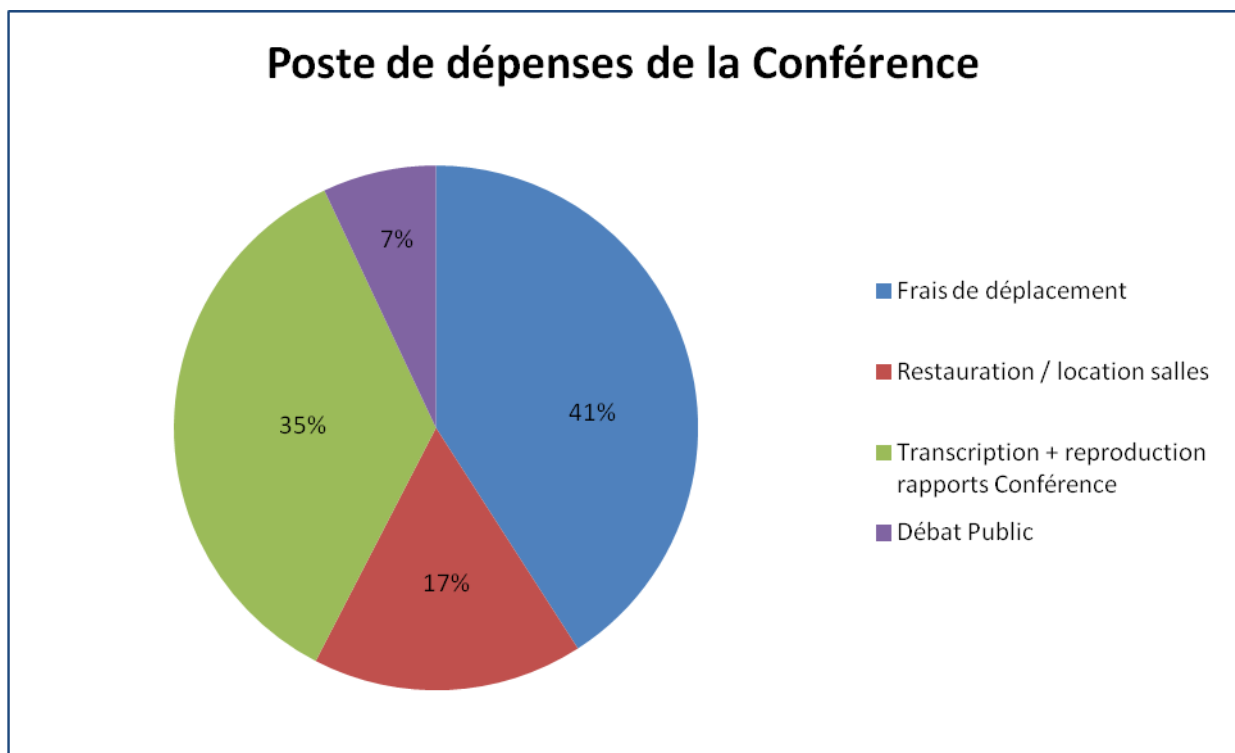
En 2012 et 2013, la CRSA trouve son rythme de croisière et chaque commission adopte un rythme de travail. Après l'adoption du PRS, les commissions décident de s'auto-saisir de certains sujets. Ainsi, si la commission « médico-social » se réunit moins, c'est aussi car elle a mis en place 3 groupes de travail sur des thématiques jugées prioritaires par la commission. Chaque groupe s'est réuni en moyenne 6 fois.

Le nombre de réunions décroît sur fin 2013 et la tendance se poursuit en 2014 avec une seule réunion pour la commission « médico-social » et la commission « droits des usagers », et une absence de réunion pour la commission de prévention. Sur ces mêmes commissions, il existe également une baisse du taux de participation des membres. Il y a donc là un essoufflement sur les 6 derniers mois du mandat.

En revanche, excepté pour la CSOS et la plénière, où le quorum est quasiment systématiquement requis, le taux moyen de participation par réunion pour les commissions spécialisées dépasse rarement les 50%. Seule la moitié des membres se déplace donc pour assister aux réunions.

En ce qui concerne les différents collèges représentés à la CRSA, il faut noter que les collectivités territoriales participent peu aux travaux de la Conférence, suivi par les partenaires sociaux. En revanche, les usagers ont globalement une bonne participation dans toutes les formations de la CRSA.

B. L'utilisation du budget de la Conférence



II. Les travaux de la Conférence

Au cours de ces quatre années, la CRSA a rendu 18 avis « réglementaires ». Elle s'est auto-saisie sur 3 sujets sur lesquels elle a transmis des rapports au directeur général de l'ARS. Elle a également mis en place un certain nombre d'outils visant à accroître sa notoriété.

A. Les avis rendus

18 avis ont été rendus par la CRSA Paca, majoritairement sur le programme régional de santé (PRS) ou ses avenants.

a. Les avis de la Conférence

➤ PRS : 11 avis

- Adoption du PRS : 1 avis rendu sur les schémas et 1 avis rendu sur les programmes (*les commentaires spécifiques à chaque schéma ou programme ont été préparés par les commissions spécialisées, et revus ensuite en commission permanente*)
- 3 avis sur les zonages de cinq professions libérales
- 2 avis sur des modifications du schéma régional d'organisation des soins
- 3 avis sur le programme interdépartemental d'Accompagnement des handicaps et de la perte d'autonomie (PRIAC) et ses actualisations
- 1 avis sur les programmes territoriaux de santé
- 3 avis sur la permanence des soins ambulatoires

➤ Programme stratégique régional de santé : 1 avis

➤ Schéma interrégional d'organisation des soins : 1 avis

➤ Rapport annuel de la CRSA sur les droits des usagers : 3 avis

Ces avis ont été rendus par la CRSA Plénière, à l'exception des avis sur le PRIAC, émis par la commission spécialisée pour les prises en charge et accompagnements médico-sociaux, et des avis sur la permanence des soins ambulatoires, émanant de la commission spécialisée de l'organisation des soins.

Le taux de retour de l'Agence régionale de santé suite à ces avis émis par la CRSA est de 67%. Les retours ont pu prendre deux formes : soit un courrier formel du directeur général de l'ARS, soit un retour oral effectué devant les commissions ayant préparé ou rendu l'avis. Pour la prochaine mandature, il s'agira d'améliorer ce taux de réponse, en prévoyant un retour spécifique de l'ARS suite aux avis rendus par la Conférence.

Concernant l'adoption du PRS, **la CRSA a été associée aux travaux en amont du processus de concertation prévu par les textes.** En effet, dès le début de l'année 2011 et jusqu'à la fin du mois de septembre, les commissions spécialisées ont été progressivement informées de l'élaboration des schémas sectoriels les concernant. Beaucoup d'éléments ont été introduits par l'Agence à la suite de ces consultations.

Pour les membres de la Conférence, cette phase a cependant été trop limitée au regard de la richesse des éléments présentés, et des enjeux qui engagent les professionnels jusqu'en 2016 et qui auront des effets durables sur la vie de chacun. Après l'adoption du PRS, la Conférence a été moins informée en amont des consultations à venir et les membres se sont clairement interrogés sur l'effectivité de la démocratie sanitaire. Ce fut notamment le cas pour toutes les révisions du PRIAC et pour le premier avis de la CSOS sur la permanence des soins ambulatoires.

Pour « l'après PRS », la Conférence avait vivement souhaité être associée au suivi et à l'évaluation du PRS. L'ARS a suivi cet avis puisque toutes les commissions spécialisées ont été informées des indicateurs retenus pour le suivi des schémas et ont pu proposer des modifications ; la commission permanente a été associée aux choix des questionnements évaluatifs qui serviront à sélectionner l'évaluateur externe en charge de l'évaluation intermédiaire et finale du PRS.

Le tableau de suivi des avis de la Conférence (contenu des avis et actions mises en place par l'Agence en réponse) est disponible sur en annexe.

b. Les avis de la CSOS sur les demandes d'autorisation

Au cours de ces quatre ans, **la commission spécialisée de l'organisation des soins a rendu 374 avis** sur les demandes d'autorisations sanitaires. La commission est régulièrement informée de la suite donnée à ses avis, par la transmission d'un tableau de suivi des demandes d'autorisation. **En moyenne, le directeur général de l'ARS a suivi à 97% les avis de la commission. Lorsque l'avis de la CSOS et l'avis du rapporteur étaient différents, le directeur général a suivi à 50% l'avis de la CSOS.**

B. Les auto-saisines

Une fois le PRS adopté, la Conférence régionale a pu davantage travailler sur des sujets qu'elle estimait prioritaires. Ainsi, la commission spécialisée dans les prises en charge et accompagnement médico-sociaux (CSPAMS) a mis en place des groupes de travail sur les trois thématiques suivantes :

- personne handicapée vieillissante
- 16/25 ans en situation de handicap
- Age, handicap et parcours de santé

Ces groupes, qui ont travaillé sur une durée d'un an, se sont réunis très régulièrement et ont rencontré un bon taux de participation. Chaque thématique a donné lieu à un rapport très complet, et des propositions concrètes, transmis au Directeur général de l'Agence.

La commission spécialisée de prévention a quant à elle auditionné les actions de prévention mises en œuvre en région PACA par la Caisse Primaire d'Assurance Maladie (CPAM), la Caisse d'Assurance Retraite et Santé au Travail Sud-Est (CARSAT), le Régime Social des Indépendants (RSI), la Mutualité Sociale Agricole (MSA), la Mutualité, les rectorats de Nice et d'Aix-Marseille. La commission a ensuite mis en place un groupe de travail chargé de reprendre les observations émises au cours de ces différentes auditions et a émis une synthèse des demandes et propositions.

Ces travaux ont montré la volonté de la CRSA de n'être pas seulement une instance de consultation « saisie » par l'ARS mais bien un organisme autonome émettant des propositions sur l'organisation régionale du système de santé. La réponse de l'ARS sur les deux rapports émis par la commission « médico-sociale » montre qu'un grand nombre de préconisations ont suivi et que le rapport a été porté au niveau national. Les actions à mener dans le prolongement de ce rapport impliqueront un nécessaire renforcement des liens entre la direction métier de l'ARS et la commission spécialisée.

C. Les demandes d'information

La CRSA et ses commissions ont régulièrement demandé à l'Agence de l'informer sur un certain nombre de sujets. **L'Agence a toujours donné une suite favorable à ces demandes.** Des présentations ont été effectuées sur :

- les dépenses de santé en région et l'utilisation du Fonds d'intervention régional
- le bilan de l'appel à projets 2012 mis en place dans le cadre du schéma régional de prévention
- la prise en compte du handicap et de l'âge dans la formation et l'exercice professionnel paramédical
- la pertinence des soins
- les travaux sur les hospitalisations potentiellement évitables
- le pacte territoire santé
- les diagnostics territoriaux de santé
- les droits des usagers
- SISAC : outils de signalement des événements indésirables

La CRSA a également bénéficié d'interventions extérieures et notamment :

- La santé publique : intervention du Pr Rochon, ancien ministre de la santé au Québec. Visite de l'Espace partagé de Nice, avec le Pr Pradier
- L'évaluation du projet régional de santé : intervention de Stéphane Paul, vice-président de la société française d'évaluation
- Les maisons pluridisciplinaires de santé : présentation du Dr Graglia
- Intervention du défenseur des droits, délégué pôle santé

D. La promotion des droits des usagers

- a. Le programme d'actions du PRS sur les droits des usagers et le rapport annuel de la CRSA sur le respect de ces droits

La loi HPST du 21 juillet 2009 confère aux conférences régionales de la santé et de l'autonomie (CRSA) la mission de procéder chaque année à « l'évaluation des conditions dans lesquelles sont appliqués et respectés les droits des personnes malades et des usagers du système de santé, de l'égalité d'accès aux services de santé et de la qualité des prises en charge ». Préparé par la Commission spécialisée dans le domaine des droits des usagers (CSDU) de la CRSA, ce rapport est établi tous les ans selon un cahier des charges fixé par le niveau national.

Au-delà de ce rapport, la Conférence a également insisté pour que le PRS intègre un programme d'actions dédiées aux droits des usagers. L'Agence a accueilli favorablement cette demande.

Ce programme d'actions et les rapports annuels ont permis une certaine avancée dans le respect des droits des usagers. Parmi les réalisations majeures, il est possible de citer :

- Recueil dématérialisé des données issus des rapports des CRUQPC, avec la volonté d'étendre ce dispositif aux établissements et services médico-sociaux (prévu pour juillet 2014 sur le secteur personne âgée). Il est également envisagé dans le futur de développer des outils pour évaluer le respect des droits des usagers dans le secteur ambulatoire.
- Etat des lieux de l'application de la loi de 2002 dans le médico-social
- Réalisation d'un guide sur les droits des usagers et lancement d'une campagne d'information à destination du grand public et des professionnels de santé
- Journées de formation, organisée avec le CISS Paca, à destination des représentants des usagers siégeant dans les instances de démocratie sanitaire (CRSA, Conférence de territoire, Conseil de surveillance de l'ARS)
- Mise en place d'une plate-forme de formation démocratie sanitaire, en partenariat avec le CISS Paca et l'Institut d'Etudes Politiques d'Aix-en-Provence.

b. La labellisation des projets exemplaires en matière de droits des usagers

Chaque année, depuis 2010, le ministère des affaires sociales et de la santé, relayé par l'agence régionale de santé, a mis en place un dispositif de labellisation, complété par un concours national, « droits des usagers de la santé ».

L'objectif de la labellisation et du concours est de valoriser et récompenser des expériences exemplaires dans le champ de la prévention, des soins ambulatoires et hospitaliers ou de la prise en charge et des accompagnements médico-sociaux. Ces actions doivent présenter un caractère innovant et reproductible, et impliquer des usagers dans des initiatives contribuant à promouvoir les droits individuels et collectifs des patients. Ce label, comme le concours, est largement ouvert à tous les acteurs du système de santé, mais également aux collectivités territoriales qui développent des projets expérimentaux au niveau de leurs territoires.

L'octroi de ce label a été confié aux agences régionales de santé (ARS), avec l'appui de la Commission spécialisée dans le domaine des droits des usagers du système de santé de la Conférence régionale de la santé et de l'autonomie (CRSA), sur la base d'un cahier des charges national élaboré par le ministère. **Tous les ans, la commission spécialisée a donc donné son avis sur les dossiers ayant candidaté à la labellisation. Au total, en Paca, c'est 19 projets qui ont été labellisés.**

Les projets labellisés sont disponibles sur le site internet de l'ARS : <https://www.paca.ars.sante.fr/label-concours-droits-des-usagers-de-la-sante>

c. La défense des droits dans le médico-social

La reconnaissance des droits des usagers, aussi bien dans le secteur sanitaire que dans le secteur médico-social, s'est opérée par touches successives dans différents textes législatifs avant que ces droits ne soient rassemblés et développés par les lois de 2002. Dans le secteur sanitaire, les RU sont appelés à intervenir en tant que promoteur et défenseur des droits des patients et de la qualité à travers l'ensemble des instances auxquelles ils participent. Dans le secteur médico-social, le rôle des RU porte moins sur la question de la défense des droits que sur la question de la vie quotidienne. La participation des RU au sein des établissements se concentre sur le Conseil de

la Vie Social (CVS). La question de la défense des droits dans ce secteur est insuffisamment traitée et prise en compte, ce qui est d'autant plus problématique qu'il s'agit de populations particulièrement vulnérables.

Pour cette raison, la CRSA a lancé une expérimentation sur une durée d'un an, visant à faire participer des représentants d'usagers issus d'associations agréées à des réunions de CVS. Cette initiative avait deux objectifs :

- évaluer si la présence d'un représentant des usagers « extérieur » permettait une meilleure expression de la parole de la personne accueillie
- essayer de rapprocher les pratiques des CVS avec celui des CRUQPC sur la gestion des plaintes et des réclamations.

Quatre établissements ont participé à l'expérimentation : un ESAT et un IME, qui disposaient chacun d'un CVS, le centre gérontologique départemental et le centre hospitalier intercommunal d'Aix-Pertuis, qui ont chacun un CVS et une CRUQPC. A l'exception de l'ESAT, au moins 3 réunions de CVS ont été organisées en présence du représentant des usagers extérieur. Pour les établissements disposant d'une CRUQPC et d'un CVS, une réunion commune a également été organisée.

Il est ressorti de cette expérimentation que **le point de vue des représentants des usagers invités aux réunions des CVS a été utile de par leur connaissance des procédures de gestion des plaintes et des réclamations. Leurs prises de position ont été également plus neutres** que celles des représentants des personnes accueillies et ont permis de faire progresser sereinement le débat. En revanche, les établissements ont été plus **critiques sur les réunions communes CRUQPC / CVS**. En plus de la lourdeur de l'organisation, il a été indiqué que les débats n'avaient pas été concluants, du fait notamment d'une incompréhension du fonctionnement différent des deux instances. Enfin, le secrétariat de la CRSA a rencontré certaines **difficultés à trouver des représentants d'usagers acceptant de participer à cette expérimentation**, ce qui est compréhensible au regard des sollicitations très nombreuses auxquelles doivent répondre les représentants des usagers.

E. Les débats publics

La loi (art. L.1432-4 du code de la santé publique) donne à la CRSA la mission d'organiser le débat public sur les questions de santé de son choix. **Au cours de sa mandature, la Conférence a organisé deux débats publics.**

Son premier débat s'est tenu en 2011 sur le thème « les relations entre les professionnels des secteurs sanitaire et médico-social et les citoyens (le patient et son entourage, les usagers) ». Pour cette première réalisation, et avec des moyens modestes, la CRSA a combiné deux approches puisqu'elle a donné la parole au grand public et aux professionnels par l'ouverture d'un forum et questionnaire pendant plusieurs mois sur un mini-site internet, avant d'organiser des tables rondes composées de professionnels, illustrées par des scénettes, orchestrées par un journaliste professionnel, et éclairées par des analyses psychosociologiques. **600 connexions ont été enregistrées sur le site internet et une centaine de personnes ont assisté à la matinée-débat.**

Pour son deuxième débat, en 2013, la Conférence avait choisi pour thème « comment réduire les inégalités sociales de santé dans la périnatalité et la petite enfance ». Un site internet entièrement dédié au débat public a été ouvert. **Le site internet a connu une fréquentation importante entre décembre 2013 (date de son lancement) et mars 2014 avec près de 3 000 visites d'internautes.** En revanche, si la consultation de la rubrique « informations » a été un succès, il n'en a pas été de même avec les rubriques participatives « posez vos questions » et « partagez vos projets et vos idées ». Il est également apparu que les membres de la Conférence avaient très peu relayé l'existence de ce site et la tenue prévue du débat.

Un chat en ligne était prévu en février pour répondre aux questions des internautes et une journée de restitution devait ensuite être organisée en juin 2014. **Devant le très faible taux de participation (une question posée et trois projets postés), ces deux manifestations ont été annulées.** En revanche, il a été proposé que la prochaine Conférence puisse, si elle le souhaite, se saisir de nouveau de la question et, sur la base des informations disponibles sur le site internet, puisse réfléchir à de nouvelles modalités quant à l'organisation de ce débat public.

F. L'amélioration des moyens de communication

En quatre ans, la CRSA s'est petit à petit dotée de moyens de communication :

- fin 2012, **la lettre d'information mensuelle de la Conférence** a vu le jour. En mars 2014 elle comptait près de 400 abonnés. Elle a fait l'objet d'une brève dans la lettre du ministère de la santé, et a notamment été citée à de nombreuses reprises dans le rapport du CESER PACA sur la mise en place des ARS.
- Après avoir utilisé, entre 2010 et 2013, un espace collaboratif, **la Conférence s'est dotée d'un site internet.** Tous les travaux de la Conférence (avis, rapports...) sont accessibles au grand public, répondant ainsi aux objectifs de publicité et de transparence d'une instance de démocratie sanitaire. Ce site propose également un espace dédié aux membres de la CRSA, accessible sur mot de passe.
- **Les rapports d'activité de la Conférence, ainsi que ses rapports annuels sur le respect des droits des usagers, sont communiqués** à tous les établissements sanitaires et médico-sociaux, à tous les organismes ayant désigné des membres pour siéger au sein de la CRSA (soit environ 80 organismes) ainsi qu'au Préfet de région, aux Préfets de départements, au Conseil régional, aux Conseils généraux, au Ministère, aux Conférences de territoire et aux CRSA des autres régions.

La CRSA est une instance de démocratie sanitaire de mieux en mieux identifiée par les acteurs du système de santé. Tout au long de ces quatre ans, plusieurs organismes ont demandé à pouvoir y être représentés (par exemple le CREAL, les COREVIH, UNICANCER...) et, à l'inverse, la CRSA est représentée dans plusieurs organismes, en plus de ce qui est prévu par le décret fixant ses missions : le Conseil économique, social et environnemental (CESER), et la Commission de coordination pour l'offre de soins de proximité (CCOP).

Si sa notoriété s'améliore, la CRSA reste cependant connu des seuls initiés et des actions sont encore à mener pour en faire un partenaire incontournable permettant de porter la parole de toutes les parties prenantes du domaine de la santé.

III. Prochaine mandature et pistes d'amélioration, proposées par le président de la Conférence

A la lumière de cette première mandature, je souhaite évoquer quelques pistes permettant d'améliorer l'efficacité et la visibilité de la Conférence :

a. La CRSA doit mieux se faire connaître

Il y a lieu de définir un plan de communication plus efficient ; en voici quelques possibilités :

- Diffuser plus largement la lettre d'information
- Poursuivre le bon développement du site internet
- Relancer les débats publics
- Se réunir plus souvent dans les territoires et, à ces occasions, sensibiliser les médias locaux
- Faire plus de conférences de presse, en espérant pouvoir arriver à intéresser les médias !
- Et toute autre idée, avec l'aide du service Communication de l'ARS

b. Obtenir une meilleure coordination avec les « autres » organismes : conférence de territoire et commissions de coordination des politiques publiques.

Il y a eu quelques avancées du côté des commissions de coordination (retour de travaux, diffusion de procès-verbaux, invitation des présidents CRSA à présenter leurs travaux...) ; cela reste à poursuivre et à amplifier. Il en est de même avec les conférences de territoire, mais il y a eu peu de retour de leur part.

c. Développer des auditions « externes » sur des sujets spécifiques

La Conférence a déjà procédé à des auditions externes, par exemple sur la santé publique avec le Professeur Rochon. Il faudra continuer en ce sens afin d'avoir une expertise sur des sujets précis. De même, la Conférence peut définir des sujets particuliers d'étude, par exemple une analyse économique sur les apports du système de santé.

d. Obtenir une meilleure utilisation de la CRSA par les « directions métiers » de l'Agence

- Plus d'implication des directions métiers de l'ARS permettrait de diminuer les doublons avec des groupes de travail ARS d'un côté et CRSA de l'autre, avec souvent les mêmes personnes ;
- Organiser un retour rapide et systématique sur les avis et propositions émis par la Conférence.
- Demander à ce que la Conférence soit informée le plus en amont possible des avis à donner et dispose des documents nécessaires de travail, et ce avant la transmission du document à examiner ; c'est-à-dire un vrai travail collaboratif.
- Mieux organiser le programme de travail de chaque commission, avec des rencontres plus régulières des présidents

e. Et puis pourquoi ne pas envisager un quasi contrat avec l'agence sur des objectifs précis ?

Il faudrait bien évidemment que ces objectifs soient bien définis, réalistes et évaluables. Par exemple, augmenter les crédits de prévention et promotion de la santé de x% sur les 4 ans à venir.

Il conviendra, bien évidemment, que les membres de la Conférence apportent leurs réflexions et propositions sur ces objectifs d'amélioration.

IV. Les « mots » des présidents des commissions spécialisées

A. La commission spécialisée de prévention



Jean-Claude Thill est président de l'Association française des diabétiques Aix-Pays de Provence.

Il est également membre du Collectif interassociatif sur la santé.

Il est nommé à la CRSA au titre du collège 2^a pour représenter les « associations agréées représentant les usagers dans les instances hospitalières ou de santé publique ».

La Commission Spécialisée de Prévention (CSP) s'est acquittée de deux missions essentielles. La première a été de préparer un avis sur le projet de Schéma Régional de Prévention (SRP) du Plan Régional de Santé (PRS), la seconde de formuler des propositions sur la politique régionale de prévention.

Les travaux relatifs au SRP ont, tout au long des phases de préparation puis de concertation, permis de très riches échanges d'information et de points de vue entre les membres de la CSP et les collaborateurs de l'ARS. Pour affirmer sa primauté, le SRP a été placé en première place dans l'ordre du PRS et la prévention est également inscrite dans les deux autres schémas relatifs à l'offre médico-sociale et sanitaire. Même si les moyens financiers alloués à la prévention et à la promotion de la santé restent insuffisants et bien en deçà de la hauteur des enjeux, nous pouvons constater qu'ils ont légèrement augmenté depuis l'entrée en vigueur du PRS. Pour ce qui concerne le suivi et l'évaluation du PRS, la CSP a proposé des indicateurs spécifiques de suivi relatifs au SRP et a contribué à l'élaboration des questions évaluatives du PRS. Espérons que ces contributions permettront à la prochaine CSP d'apprécier plus facilement les résultats de l'évaluation du PRS en matière de prévention.

S'agissant de la politique régionale de prévention, la CSP a souhaité, avant de formuler des propositions, s'informer sur les activités des principaux acteurs de la prévention (Assurance maladie, CARSAT, Mutualité, Rectorats, ...). A l'issue de ces auditions, des demandes et des recommandations ont été élaborées (elles sont consultables sur le site de l'ARS). Elles concernent notamment la possibilité de mise en place de financements pluriannuels pour des programmes de prévention, le respect du principe d'universalité proportionné, l'élargissement des partenariats entre l'ARS et les différentes directions régionales des services de l'Etat afin de construire un dispositif interministériel régional ainsi qu'une meilleure communication sur les actions mises en œuvre. Approuvées par la CRSA, ces recommandations ont été proposées à l'ARS et sont à l'étude.

Postérieurement à la formulation de ses recommandations, et avec le même souci d'une meilleure connaissance de l'action de prévention d'acteurs majeurs, la CSP a auditionné les représentants de deux collectivités territoriales (Conseil Régional et Conseil régional 13) qui interviennent complémentirement dans le champ de la sexualité des jeunes. Cet échange pourrait enrichir la réflexion de ceux qui, dans le domaine de la santé, s'intéresseraient à l'adaptation future de notre « mille feuilles » territorial.

Quoi qu'il en soit, la CSP a tenté, tout au long de son mandat, d'apporter sa contribution au bon fonctionnement de la démocratie sanitaire pour la préservation de la santé de nos populations.

B. La commission spécialisée de l'organisation des soins



Le Dr Sylvia Benzaken est vice-présidente de la CME du CHU de Nice, et responsable secteur Auto immunité du Laboratoire central d'immunologie.

Elle est également présidente de la Communauté interhospitalière Provence-Alpes-Côte d'Azur Est (CIPE) et son Comité Qualité (CQPE).

Elle est nommée à la CRSA au titre du collège 7° "offreurs des services de santé" pour représenter les établissements publics de santé.

La première Commission spécialisée de l'organisation des soins (CSOS) de l'ère HPST qui a vu éclore les ARS et la démocratie sanitaire via les CRSA achève son mandat de quatre années. Très vite immergée dans le bain des « autorisations » et du SROS-PRS (schéma régional d'organisation des soins - projet régional de santé) la CSOS a dû acquérir professionnalisme, maturité et adaptabilité, les dossiers « urgents » se succédant à un rythme parfois très rapide et difficilement appropriable. Mais la présidente que je suis est fière du trajet parcouru et la CSOS appartient aujourd'hui au paysage régional de la santé et ses membres, tant « offreurs » de santé, usagers, politiques, syndicalistes... issus de l'assemblée pluriprofessionnelle, pluriculturelle, que constitue la CRSA auprès de la gouvernance de l'ARS, ont participé avec conviction à la construction de la « démocratie sanitaire ».

On peut constater beaucoup de points positifs dans cette nouvelle modalité de travail entre la tutelle régionale et les acteurs et usagers de la santé, mais il ne faut pas en cacher les défauts, afin de proposer

des solutions pour optimiser notre système de soins à l'heure où la ressource diminue et où le nombre de patients y ayant recours pour des actes innovants mais de plus en plus coûteux ne fait qu'augmenter...

Sur le plan gouvernance la CSOS a reflété la volonté d'asseoir représentativité et équilibre. Durant la période complète, élue par les membres, je suis un médecin immunologiste, exerçant au CHU de Nice, et à la vice présidence à été élu en cours de mandat de la CSOS, le Professeur Henri Escojido, chirurgien dans une clinique marseillaise, responsable des présidents de CME de l'hospitalisation privée, suite au départ vers une retraite bien méritée de Madame Biju Duval, responsable dans le secteur de l'hospitalisation à domicile en PACA Est. La gouvernance de la CSOS a ainsi bien reflété l'équilibre géographique Est/Ouest, la parité homme/femme, l'équité public/privé et la complémentarité entre deux personnalités issus du monde médical et qui ont fait consensus auprès des autres membres de la CSOS.

Avec une réunion quasi mensuelle, soient près de 36 réunions, les rencontres sont régulières entre les membres de la CSOS, ainsi qu'entre la présidente et les acteurs de l'Agence. La préparation des séances, la relecture des compte rendus qui doivent être clairs, succincts, mais refléter les exacts propos de chacun, sont des temps importants et qui impliquent tant les membres de la CSOS que les responsables administratifs de la démocratie sanitaire. Qu'ils et elles soient ici remerciés pour la qualité de leur travail d'accompagnement et de formalisation. Monique Thomas qui a accompagné la démocratie sanitaire sur les fonds baptismaux et qui a aujourd'hui choisi de rejoindre le pôle organisation des soins de l'Agence et Marie Lopez à la plume et à la diplomatie toujours idoines à l'interface CSOS/ Agence ont avec leur équipe contribué à la qualité du travail réalisé.

Si on regarde l'activité phare de la CSOS que sont les demandes d'autorisation d'activité de soins ou d'équipement ou d'implantation, sur les 374 dossiers étudiés durant cette période, le Directeur général de l'ARS a suivi dans 97% des cas l'avis de la CSOS. On peut même dire les DG ont suivi... puisque durant la période, il y eut deux directeurs d'Agence, Dominique Deroubaix, puis Paul Castel ! De façon encore plus intéressante, on constate que sur les avis de la CSOS différents de ceux donnés par les rapporteurs, le DG ARS a suivi une fois sur deux l'avis de la CSOS ! La démocratie sanitaire fait son chemin...

A côté des autorisations, la CSOS a durant ces années été sollicitée pour rédiger de nombreux avis pour la CRSA, sur la permanence des soins ambulatoires, sur les modifications ou plutôt les ajustements du SROS-PRS, et surtout sur les zonages des professionnels de santé. Pour cette dernière raison, comme lorsque souhaité par les promoteurs de dossiers d'autorisation, la CSOS a reçu les représentants des sages-femmes, des orthophonistes et des chirurgiens-dentistes, ces derniers à plusieurs reprises. Seuls les masseurs kinésithérapeutes n'avaient pas sollicité de rencontre ! Même si la marge de manœuvre régionale était très faible, la CSOS s'est attelée à la cohérence entre le SROS-PRS PACA et ses zones considérées comme fragiles sur le plan sanitaire et les retombées des zonages. Les accords nationaux entre les professionnels et la caisse d'assurance maladie avaient parfois défini des zones d'implantation totalement discordantes avec les besoins de la population identifiés dans le schéma régional !

Enfin la CSOS a donné son avis sur les schémas interrégionaux d'organisation des soins, regrettant le manque de visibilité interrégionale et l'absence de lien avec les autres CSOS concernées. La CSOS a aussi essayé d'avoir du temps pour débattre de vrais sujets de santé publique impactant l'organisation des soins tels les travaux de l'Agence sur la pertinence des soins, sur les activités des laboratoires de

biologie moléculaire, sur la décision médico administrative et sur les axes du pacte territoire santé. Un travail mené avec la commission permanente, autre instance de la CRSA qui rassemble les présidents de ses sous commissions et des membres de la CRSA, a concerné les indicateurs de suivi du SROS-PRS dans lequel la CSOS est particulièrement porteuse. Tous sujets qui vont avoir de nombreux développements et guider les organisations futures.

Un manque de temps a rendu impossible le travail intercommission et même si la Commission permanente et la CRSA regroupent les différentes composantes, des projets entre la CSOS et la Commission des usagers ou entre la CSOS et la commission médico-sociale ou de prévention auraient pu être particulièrement intéressants et novateurs.

Pour terminer, et proposer des axes d'amélioration pour les années à venir, je souhaiterais insister sur l'impérieuse nécessité de renforcer l'information sur le travail et les missions de la CSOS auprès de tous les acteurs du monde sanitaire, médico-social et des usagers/citoyens et leurs élus. Le taux de participation moyen à la CSOS ne veut pas dire grand-chose car on constate des participations de 0 à 100%. Et malgré la mise en place de la procuration dès le décret paru, le quorum a toujours été difficile à atteindre... On peut comprendre que dans un groupe aussi vaste des « offreurs de santé » composé de 25 représentants en « exercice », obtenir chaque mois la présence de tous est une gageure. De même si certains représentants de collectivités territoriales sont actifs au sein de la CRSA les élus sont en majorité peu assidus aux réunions de la CSOS. Comment inciter des membres souvent « désignés » par leur collège d'appartenance à être des représentants présents, quand le plus souvent ils ne savent rien de l'instance et de ses enjeux et n'ont fait aucun effort pour s'en approcher, peut être a priori rebutés par le temps et le travail à y consacrer... Dans un autre axe la communication auprès des Professionnels, des Usagers et des Elus des travaux de la CSOS est quasi nul hormis les grands débats annuels ou comme cette année les débats autour de la Stratégie Nationale de Santé. Concernant la cible des professionnels, selon leur discipline ou leur secteur d'exercice, ils participent à des groupes de travail (Imagerie, AVC, Télémedecine...) mais ils n'ont pas la vision globale « organisation des soins » et face aux décisions prises, ils restent souvent très critiques à l'égard d'instances qui le plus souvent ne font que reprendre leurs conclusions ! De la pédagogie à améliorer sans doute ! Enfin, pour les représentants d'usagers, ou issus du secteur libéral, le temps de « bénévolat » accordé à la démocratie sanitaire est bien lourd et non rémunéré, le récent rapport Compagnon aidera sans doute à réparer partiellement ce défaut. Et pour les représentants issus du secteur public, la faible reconnaissance de ce type de représentation essentielle à la collectivité, dans les carrières, n'incite pas non plus à l'assiduité ! Des réflexions doivent aujourd'hui être engagées pour pallier à ces obstacles à la démocratie.

Enfin, après quatre années de lecture de dossiers d'autorisation et consciente du travail des médecins et pharmaciens inspecteurs, un axe d'amélioration majeur repose sur une harmonisation institutionnelle des dossiers de demandes d'autorisation. Non seulement le travail de la CSOS en serait facilité mais c'est une condition essentielle pour assurer équité de traitement. On peut cependant noter que sous l'impulsion de la CSOS, de nombreux progrès ont d'ailleurs été réalisés durant ces quatre ans, au plus grand bénéfice des porteurs de projets. Notamment en cancérologie, la demande de la CSOS d'avoir une vision globale de l'offre de soins et un suivi des autorisations délivrées ainsi que des visites de conformité correspondantes, a bien été prise en compte et ne peut que profiter aux choix en termes de qualité et de répartition de l'offre.

La Stratégie Nationale de Santé dont les piliers principaux sont les parcours de soins et la démocratie sanitaire va offrir une nouvelle loi de Santé publique en 2015. Souhaitons que l'expérience, l'implication et la volonté des pionniers de la démocratie sanitaire soient entendues afin d'offrir à notre pays un système de santé qui comprenne les besoins des patients, qui reconnaisse les professionnels, et qui soit en adéquation avec les exigences de qualité et sécurité des soins.

C. La commission spécialisée dans le domaine des droits des usagers du système de santé



Le Dr Philippe Hanriat est Président de l'Association Strümpell-Lorrain (ASL/HSP-France) et Délégué régional d'Alliance maladies rares en PACA.

Il est également en charge de la formation au sein du Collectif interassociatif sur la santé PACA.

Il est nommé à la CRSA au titre du collège 2^a pour représenter les « associations agréées représentant les usagers dans les instances hospitalières ou de santé publique ».

Après trois années particulièrement denses, l'exercice 2013-2014 a été, avant tout, marqué par le Non-Remplacement de la Responsable "Relations avec les Usagers" du Service Démocratie Sanitaire, déjà fort peu pourvu en personnel, évènement qui a notablement affecté l'ensemble des Membres de notre Commission .

Malgré cette vive déception, nous avons su faire contre mauvaise fortune, bon cœur, et avons poursuivis l'accomplissement des tâches réglementaires de notre Commission, à savoir :

1°/ L'établissement du Rapport Annuel sur l'Evaluation des Conditions dans lesquelles sont appliqués et respectés les Droits des Personnes Malades et des Usagers du Système de Santé, de l'Egalité d'accès aux services de santé et de la Qualité de la prise en charge;

2°/ La Labellisation régionale annuelle de projets exemplaires dans la promotion des "Droits des Usagers" pour laquelle ont été sélectionnés:

→ *Le Centre hospitalier Jean Marcel à Brignoles dans le Var pour l'action: "Respect des droits des patients en fin de vie";*

→ *L'Institut médico-éducatif les Marronniers à Marseille dans les Bouches-du-Rhône pour l'action: "Quand le handicap soutient l'action sociale et la qualité des soins";*

- *L'Ephad Les Mas de la Côte Bleue à Martigues dans les Bouches-du-Rhône pour l'action "Les silvers droits";*
- *L'Association Jusqu'à la mort accompagner la vie à Nice dans les Alpes-Maritimes pour l'action "Campagne droits des personnes en fin de vie";*
- *Le Centre d'action et de libération des malades éthyliques à Cabris dans les Alpes-Maritimes pour l'action : "L'utilisateur, acteur premier de la thérapie institutionnelle en addictologie";*
- *L'Hôpital local départemental du Luc en Provence dans le Var, pour l'action : "Chez nous c'est ici", qui, il convient de le remarquer, a été distingué par le Ministère, en Décembre dernier, d'une Labellisation Nationale.*

Nous avons également continué à travailler sur certaines des "tâches librement fixées":

1°/ Comme prévu dans le Programme Droits des Usagers du PRS, avec l'appui de Mélanie HUET, Avocate Stagiaire au Service Démocratie Sanitaire, a pu être réalisé un Guide des Droits des Usagers, de même que la détermination des douze "Droits du Mois", qui devraient être déclinés dans les newsletters de l'ARS à venir.

2°/ Nous avons également poursuivi nos réflexions sur le "Parcours de Santé" et l'indispensable harmonisation de l'articulation entre les secteurs sanitaire et médico-social pour laquelle il convient de remarquer le très intéressant Projet Handisanté 13, développé sous la conduite du Dr. P. LAGIER ; projet qui mériterait fort d'être développé dans l'ensemble des territoires de notre Région

3°/ L'expérimentation de "Rapprochement des Pratiques CRUQPC-CVS", avec introduction d'un représentant des usagers extérieur, s'est poursuivie dans deux établissements et deux services médico-sociaux. Les conclusions de ces tests novateurs devraient désormais être très prochainement rendues.

Notre volonté de terminer, cette année, la rédaction et la mise en place d'un questionnaire d'appréciation du respect des droits des usagers dans le secteur médico-social, du fait de la surcharge de travail de la petite, mais très valeureuse, équipe Démocratie Sanitaire de l'Agence, et surtout de son appauvrissement en nombre, a dû être, malheureusement, interrompu, alors qu'il nous aurait fallu pouvoir envisager de débiter nos travaux pour le secteur ambulatoire...

Au total, alors que nous a été présentée la Stratégie Nationale de Santé, reposant tout particulièrement sur le développement de la Démocratie Sanitaire et ses déclinaisons territoriales, comment ne pas nous interroger sur la raréfaction des budgets spécifiques mis à disposition de notre ARS pour réellement faire vivre, de l'intérieur, cet axe de "Santé Publique", présenté comme prioritaire...

Accompagner les évolutions du système de santé dans le respect des Droits des Usagers en favorisant les structures de médiation et la formation de toutes les parties prenantes, ou en renforçant l'évaluation du respect de ces droits, pour améliorer la qualité dans tous les champs de ce système, ne peuvent, ni ne doivent, reposer que sur la bonne volonté des acteurs en présence.

La Démocratie Sanitaire, pour ne pas rester un Vœux Pieux nécessitera, comme tous les autres secteurs de la Démocratie, l'attribution de dotations de fonctionnement spécifiques traçables et que soit instituée une obligation réglementaire, pour chaque Agence, de désigner en son sein un, ou des, interlocuteurs identifiés, Responsable des Relations avec les Usagers, pour atteindre les nobles objectifs qui lui sont fixés au bénéfice de chacun de nos concitoyens.

D. La commission spécialisée pour les prises en charge et accompagnements médico-sociaux



Chantal Matheron est Présidente fondatrice et membre honoraire de l'Union régionale des associations de parents d'enfants déficients auditifs (URAPEDA) PACA Corse.

Elle est également membre du Collectif interassociatif sur la santé, du Comité d'Entente Régional Handicap Paca et du conseil national consultatif des personnes handicapées.

Elle est nommée à la CRSA au titre du collège 2^oc pour représenter les « associations des personnes handicapées et de leurs familles ».

Faire le bilan d'un fonctionnement d'une organisation nouvelle, c'est reconnaître l'empirisme d'un démarrage malgré un cadrage réglementaire très protocolaire où chaque personne au sein de chaque commission cherche sa place, son rôle, sa capacité d'action... La démocratie même celle dite sanitaire ne se décrète pas, mais s'organise en premier lieu, puis se vit dans la quotidienneté des actions qui ont été menées.

La CSPAM a procédé ainsi et malgré un fonctionnement clairement établi a pu apporter des variantes notoires dont la succession de deux présidences, les deux premières années avec Jean-Claude PICAL et la fin du mandat que j'ai assuré ; cette alternance avait été souhaitée au sein du groupe des représentants du secteur médicosocial, afin de promouvoir avec le plus de pertinence possible les idées touchant les Personnes âgées dont Jean-Claude PICAL est un digne représentant et moi-même pour les Personnes en situation de handicap.

La CSPAMS a assuré ses missions principales, à savoir :

- préparer un et/ou des avis sur le projet de schéma régional de l'organisation médico-sociale,
- émettre un et/ou des avis sur l'élaboration et l'actualisation du programme interdépartemental d'accompagnement des handicaps et de la perte d'autonomie,
- contribuer à l'évaluation des besoins médico-sociaux et analyser leur évolution,
- proposer à l'assemblée plénière des priorités pour l'action médico-sociale.

Elle a travaillé par groupes sur des sujets choisis, faisant ressortir les faiblesses et incohérences des systèmes existants au sein du système de Santé (définition de l'OMS). Il s'agit des problématiques des personnes handicapées vieillissantes où les organisations actuelles ne permettent pas de faire face

quantitativement et qualitativement à l'ensemble des demandes, des 16/25 ans exemple prototypique de catégories de personnes fragiles victimes de toutes les ruptures et incohérences des systèmes tant sur le champ des compétences, des territoires que de la réglementation, et en dernier lieu d'actions à mener afin de maintenir la continuité des accompagnements et des soins dans le parcours de Santé global d'un usagers par un transfert d'information opérationnel et efficace entre services et/ou organisations de natures différentes (exemple : la continuité des soins entre les services sanitaires et médicosociaux). Elle a entre autre, formulé des propositions sur des améliorations potentielles concernant les conditions d'accès et/ou de transfert de/vers certains services, sur la qualité des accompagnements et prises en charge à promouvoir... et ce dans une responsabilité citoyenne pleine et entière, et complètement assumée de dépenses maîtrisées en cette période de crise.

La difficulté majeure de notre région est sa taille et l'ampleur de ses besoins qui sont, et de loin, non totalement couverts. A ce jour, l'immense tâche qui permettrait de poursuivre l'objectif noble de notre commission et de l'Agence tout entière serait une évaluation réelle et pertinente des besoins et non pas comme il est d'usage de le faire, au regard d'un existant, face à des statistiques ou ratios issus d'études nationales et concourant à l'élaboration de réponses parcellaires et juxtaposées. Vœux pieux ! Non. L'Homme dès lors qu'il le décide, peut conquérir l'Espace... ! et lui-même par la recherche du mieux vivre pour tous et un chacun dans la quotidienneté de ses gestes.

En tant que Présidente de la CSPAMS, j'ai pu voir les lignes de réflexions se modifier, s'ajuster au sein de notre commission mais aussi avec les autres, j'ai vu s'installer des passerelles, des ponts entre les secteurs... balbutiements naissants d'un dialogue qui se cherche, d'une pensée qui se construit vers une compréhension élargie dans la complexité d'une société en mutation...

Je remercie toutes et tous qui avez œuvré sur ce chemin et transmets aux membres de la prochaine commission l'espoir des plus démunis que chacune de nos actions suscite et le courage y afférent pour les réaliser.