

CRSA
MARTINIQUE

Conférence Régionale
de la Santé et de l'Autonomie

Conférence
Régionale de la Santé
et de l'Autonomie

RAPPORT
ANNUEL ANNEE 2012
D'ACTIVITÉ

Sommaire

I - Rapport moral	3
II - Activités des instances	9
III - Autres faits marquants	10
IV - Les indications sur les relations institutionnelles ARS / CRSA	12
V - Moyens nécessaires à l'organisation générale et au fonctionnement de la CRSA	13
VI - Perspectives à court et moyen termes	14
VII - Conclusion	15

Rapport moral

La CRSA de la Martinique a participé à la grande enquête nationale réalisée par la CNS sur la démocratie sanitaire en 2012, dont les conclusions ont été présentées dans un avis au cours de la CNS plénière du 29 novembre 2012. Parmi les constats faits, une quasi-absence de notoriété et de reconnaissance des CRSA : la nôtre ne fait pas exception. Cette reconnaissance s'acquerra avec le temps.

C'est une des raisons nous conduisant à faire de cette introduction une chronique qui permettra dans le futur, de suivre et/ou de revenir sur les événements, grands et petits, auxquels elle a été associée pendant l'année écoulée.

La lecture annuelle des rapports donnera donc une idée de l'évolution sanitaire de la Martinique, selon, bien entendu, la vision de la CRSA.

Compte tenu des orientations annoncées dans le rapport 2011 et de ses thèmes de délibérations, nous traiterons de son activité en 3 points :

- Le PRS ;
- La qualité et sécurité des soins ;
- Le fonctionnement et les moyens de la CRSA.

Le Plan Régional de Santé

Le PRS a été la grande affaire des ARS et des CRSA car il permet de structurer la politique de santé de la Région, et de préciser l'offre de soins présente et à venir, même si tout cela dans un premier temps demeure très compliqué et imparfait aux yeux de certains. Nous sommes dans une phase de construction

de nouveaux concepts, et modèles et surtout de tentative d'intégration de la Prévention, des Soins et de l'accompagnement médico-social, permettant d'aboutir à une véritable politique régionale de Santé.

C'est donc dans cette perspective dynamique que nous reprendrons le déroulement des dossiers car nous avons l'espoir qu'ainsi progressera la santé en Martinique.

Rappelons, pour nos lecteurs peu familiers de ces éléments, que le PRS est constitué de plusieurs séries de travaux synthétisés dans des documents qui sont :

- a) le Plan Stratégique Régional de Santé (PSRS) soumis, en ce qui nous concerne, à l'avis de la CRSA en mai 2011.
- b) les Schémas
 - de Prévention,
 - d'Accompagnement médico-social,
 - de l'Organisation des soins.
- c) les Programmes
 - PRIAC,
 - PRAPS,
 - Programme Régional de Télémédecine (PRT).

Avait été proposé comme élément du PRS, un programme des Investissements dont il n'a plus été question. Le PSRS ayant été arrêté en 2011, en 2012, la CP puis la CRSA Plénière se sont prononcés sur un certain nombre de ces études et projets permettant de progresser vers le PRS dans sa globalité.

Notons que la CRSA s'est attachée, comme elle l'a toujours fait, quel que soit le calendrier

proposé par l'ARS, à ne pas retarder par des avis tardifs, les décisions.

Les 3 schémas ont reçu des avis favorables le 14 juin 2012, avec un certain nombre de recommandations. Les membres de la CRSA sont en effet conscients une fois de plus du travail effectué par les équipes de l'ARS, mais ont constaté des manques cruels de données, de chiffrages et de moyens, manques qui ont fait de l'exercice de programmation, plus un exercice de style qu'une véritable perspective d'amélioration de la situation sanitaire de notre région. Il convenait de le souligner.

Ce constat a été particulièrement vrai, pour le Schéma régional de l'Organisation des Soins, l'avis ayant été donné sans aucune « illusion », nous y reviendrons, puisque tout est lié.

L'Assemblée Plénière de la CRSA a confirmé les avis au cours de sa séance du 28 juin 2012 notre politique étant de soumettre tous les avis de la CP à la Plénière de sorte qu'elle soit complètement informée de la vie de la CRSA et puisse faire les observations nécessaires. Dans le cas présent, il n'y en a pas eu.

Les Programmes qui constituent la mise en application des schémas en matière de Prévention et d'accompagnement médico-social, ont été eux examinés ultérieurement.

- Le PRIAC, le 27 septembre 2012, n'a pu recevoir en l'état un avis favorable, malgré tout l'intérêt du sujet, car il n'y avait :

- ni moyens annoncés,
- ni Programmation,
- ni ligne directrice affirmée.

- Le PRAPS n'a pu être examiné car la CP n'avait pas reçu l'avis préparatoire de la CS Prévention.

- Enfin le Programme Régional de Télémédecine a reçu un avis favorable de la CP le 22 novembre 2012. Elle a fait quelques recommandations en exprimant le souhait que la télémédecine puisse pallier quelque

peu les énormes difficultés de l'accès aux soins dans notre région.

Nos avis étant d'une manière générale exprimés avec des recommandations, il nous appartiendra de mettre en place des tableaux de bord, permettant de structurer et d'objectiver le dialogue avec l'ARS afin de connaître la suite donnée à ces recommandations. Notons que cette méthode a été préconisée par la CNS dans le bilan de la démocratie sanitaire opéré.

Ainsi que cela peut être constaté la construction du PRS a occupé une très grande partie du temps de la CRSA et a constitué la quasi-totalité des saisines par l'ARS.

L'OFFRE de soins : son accessibilité, sa qualité, sa sécurité

Ainsi que nous l'avions souligné dans notre rapport 2011, la nécessité d'avancer de manière concrète, dans l'attente du PRS, oblige l'ARS à apporter des réponses pratiques pendant la phase d'élaboration des schémas et autres programmes.

Pour autant, les questions traitées en amont et/ou en parallèle, doivent être replacées dans le PRS, au niveau adéquat, de sorte de garder le cap de la programmation et afin de ne pas se perdre au cours de la construction du PRS. Cela a été en tout cas un besoin très fort de la CRSA.

La question du « Zonage » des masseurs Kinésithérapeutes a été, hors PRS, soumise à la CRSA du 27 septembre 2012 et a donné lieu à un débat très constructif. Un avis favorable a été émis, à l'unanimité des présents, accompagné de recommandations permettant d'adapter ce zonage non à des situations moyennes nationales mais à la situation géographique de la Martinique. Aucun retour sur les décisions prises et sur les recommandations n'a encore été fait.

La CRSA a eu à donner un avis sur l'implantation

des quatre Maisons Médicales de Garde et sur leurs conditions de fonctionnement, le 9 février 2012. Cet avis a été favorable, après les explications données par le Médecin Conseil de l'ARS.

Par contre la CRSA n'a pu se prononcer sur le dispositif des Maisons de Santé, le cahier des charges se révélant trop imprécis. Aucune autre présentation n'a été faite à la CRSA suite à cette impossibilité d'émettre un avis.

Pour autant des Maisons de Santé ont été autorisées, et inaugurées, sans que la CRSA n'ait reçu aucune information sur les raisons de leur localisation et sur leurs missions en termes d'apports à la population.

Il s'agit cependant d'un élément important du dispositif d'accès aux soins ambulatoires, alors que la situation de notre région est particulièrement critique.

Enfin, malgré des demandes répétées, aucune présentation n'a été faite à la CRSA des «CR3P», la CRSA ne sachant comment ils se situent dans le dispositif d'accès aux soins ambulatoires, leurs conditions de fonctionnement, leurs modalités de financement et les lieux d'implantation de ces structures. Elle ignore également si ces structures fonctionnent.

En conclusion, dans ce domaine, la CRSA n'a quasiment pas pu jouer son rôle, tout particulièrement s'agissant de la réponse apportée à l'offre de soins ambulatoires assurée par ces nouvelles structures. C'est dommageable, car dans le même temps, la CRSA a été alertée par la dégradation de l'offre de soins hospitaliers, tout particulièrement, les soins assurés par les 3 hôpitaux MCO de la Martinique.

Avant d'aborder ce thème crucial, un point positif a pu être constaté par la CRSA : celui de la réussite à ce jour, de la fusion des Hôpitaux

de Saint-Pierre, du Carbet et de l'EPHAD du Prêcheur.

La CRSA avait en effet émis fin 2011 un avis favorable à cette fusion qui a pris effet au 1^{er} janvier 2012 et n'a été l'objet d'aucune critique ni de manifestation dans notre région. La CRSA avait noté que cette fusion avait été dûment et longuement préparée au cours des 6 ou 8 années précédentes, en particulier au niveau financier et du Système d'Information, colonne vertébrale des Etablissements Hospitaliers, publics ou privés.

S'agissant donc du projet de fusion des 3 hôpitaux MCO publics qu'étaient le CHU de FDF, le CH du Lamentin et le CH de Trinité jusqu'au 31 décembre 2012, une grande partie du temps de la CRSA lui a été cette année consacrée.

La réunion de la CP du 31 janvier 2012 a été consacrée à la présentation du projet de fusion par le Directeur Général, D. RIAM.

La CP a noté en point important que pour le responsable de cet établissement, le Projet de S.I. était un point incontournable. Elle a eu, par ailleurs, l'occasion d'émettre des réserves sur le calendrier (6 mois) annoncé pour la mise en place d'un S.I. commun aux 3 Hôpitaux.

Par ailleurs le Directeur Général du CHU s'est aussi engagé à faire le point régulièrement des avancées du projet à la CRSA.

Pour se cantonner aux points essentiels concernant les malades et usagers, la CP a aussi appelé l'attention de tous sur les conditions d'accessibilité aux dossiers médicaux des malades ayant fait l'objet d'une précédente hospitalisation dans l'un des 3 établissements et sur les questions d'identification des patients, points essentiels à la qualité et à la sécurité des soins.

Notons que la seule promesse tenue a été l'envoi à la CRSA du projet de plateau technique du CHU de FDF. Aucune des

études et/ou des dossiers annoncés n'a été communiqué à la CRSA. Nous en avons pris acte.

Le 20 mars la CP a évoqué la question de la démission des 3 Présidents de Commission Médicale d'Établissement, sur laquelle le Directeur Général de l'ARS avait été sollicité par lettre de la Présidente, sans qu'aucune réponse ne soit apportée.

- Face à l'inquiétude des membres de la CP quant à l'absence de Direction médicale dans les pôles, au non-fonctionnement des CME, éléments majeurs de la politique de soins au sein des Établissements publics d'Hospitalisation,
- Face à l'absence de réponse du DG de l'ARS à la lettre qui lui avait été adressée le 09.03.12 par la Présidente, à propos de la démission des Présidents de CME,
- Face aux remontées auprès des membres de la CP et en particulier les représentants des usagers, exprimant *l'inquiétude des malades,* le grand désarroi des personnels médicaux et non médicaux, et *les départs en nombre des médecins, après un très important débat, la CP a décidé qu'une alerte serait adressée au DGARS et au Président du Conseil de Surveillance de l'ARS.

Cette alerte a été envoyée par lettre en date du 29 mars 2012. La CRSA a, dans le même temps décidé de ne pas relayer ses inquiétudes dans la presse, totalement consciente de la nécessité de ne pas affoler la population qui, rappelons-le, est captive des soins locaux, la Martinique étant une île.

La CP, après avoir discuté de l'absence de suites concrètes données à cette alerte, a décidé de solliciter la tenue d'une réunion spéciale avec les IGAS présents en Martinique, pour aider à préparer la Fusion.

Cette réunion a eu lieu le 5 juillet 2012.

Tous les points d'inquiétudes ont été abordés

par les membres de la CP, des réponses ont été données, qui ont porté principalement sur les questions d'un Plan de Retour à l'Équilibre financier. La situation des malades, la qualité des soins, les départs des médecins, bref, tout ce qui concerne la qualité des soins ou l'accès aux soins a été promis pour 2016, avec le retour de l'équilibre financier.

La CP a constaté que, au-delà des réponses courtoises, aucun élément rassurant n'a été avancé, sauf le principe d'un PRE.

Les choix qui ont été faits par la Tutelle de fusion de 3 hôpitaux, donc des 3 déficits, sans assainir au préalable leur gestion et prendre le temps de préparer cette « mégafusion » sont de sa compétence et donc de son entière responsabilité.

La CRSA constate simplement que ces choix n'ont pas fait progresser la sécurité des malades, ne garantissent pas la pérennité de l'institution hospitalière publique, et tout particulièrement l'activité Universitaire qui s'était avec beaucoup d'efforts développée au cours des 25 dernières années au CHU de FDF, et qu'ils n'ont rien apporté à la qualité des soins.

En effet, les résultats financiers de l'année 2012 des 3 hôpitaux montrent qu'un management n'a pas été mis en place, en mesure de maîtriser la gestion de trois hôpitaux de développement très différent, de culture hospitalière différente et de niveau qualitatif de soins inégal. Le CHU de FDF a progressé dans la maîtrise de ses coûts, les 2 autres C.H. ont augmenté leur déficit...

Malgré les promesses faites, notamment par l'IGAS, la CRSA constate qu'aucune amélioration n'a pu être apportée dans la diminution des tensions énormes au travail, les constats et les plaintes des personnels, les manques de matériels, produits et équipements, les possibilités d'investir, le développement d'un CHU.

Le montant astronomique du déficit est de fait, un handicap difficile à franchir, car les sommes accordées en trésorerie servent prioritairement et principalement à assurer les salaires des Personnels. Les autres fournisseurs et prestataires de services de tous ordres souffrent de délais de paiement ne leur permettant pas d'assurer services et prestations de qualité, conformément aux besoins des malades. Ce constat est une évidence pour qui connaît le fonctionnement d'un hôpital et les lois de l'économie.

Les rencontres individuelles avec les usagers, les personnels, les médecins, tous témoignent de la poursuite de la dégradation de la situation des soins. Les publications dans la presse nous indiquent que rien ne s'arrange : les personnels perdent confiance et foi dans leurs activités, la réaction étant aussi bien pour les malades que pour les personnels de fuir quand ils le peuvent.

Notre CRSA, comme la loi le prévoit, voudrait que tous les malades aient le choix de se faire traiter ici dans les conditions dont bénéficient les autres citoyens français dans leurs régions. Nos constats et observations ont été faits dans une totale autonomie de pensée, dans le respect de l'éthique et de la déontologie et en ayant comme premier objectif, l'intérêt des malades. Par ailleurs, tous ceux qui l'ont souhaité ont pu s'exprimer sur ces questions en son sein.

Rien ne permet à ce jour d'être optimiste. Ceci explique le vote par la CP du SROS, « sans illusion » évoqué plus haut. Et cependant la CRSA continue de souhaiter, d'espérer et de travailler pour des choix réalistes afin d'arrêter la dégradation des hôpitaux MCO de la Martinique et qu'un redressement de la situation soit enfin entamé et puisse être constaté.

Les Moyens accordés à la CRSA et son Fonctionnement

Les locaux.

Après deux années de fonctionnement, aucun local propre à la CRSA lui permettant de conserver ses archives, de déposer et consulter les rapports reçus, de recevoir ou de travailler, d'attendre entre deux Rendez-vous... n'a été encore attribué à la CRSA.

Dans le plan de restructuration de l'ARS, le DG avait notifié à la CRSA l'attribution d'une pièce unique, devant répondre à ces besoins.

La CRSA dès le départ s'est placée dans une attitude de compréhension des difficultés de mise en place d'une nouvelle structure (l'ARS). Les travaux de restructuration arrivant cependant à leur terme nous devrions pouvoir enfin disposer d'un local propre à la CRSA.

Le Fonctionnement et les Moyens de la CRSA

Les points précédemment traités confirment que la CRSA a réussi à travailler de manière régulière et suivie puisqu'elle a tenu une réunion plénière, 11 CP et de nombreuses réunions des Commission spécialisées dont il sera fait état dans le corps du rapport.

Parce que, ainsi que nous l'avons déjà signalé, nous sommes dans un processus de construction et d'apprentissage de la mise en pratique de la démocratie sanitaire, nous nous sommes attachés à avoir des documents en adéquation avec la réglementation : ceci implique régularité et rigueur dans leur rédaction et leur contenu, leur mise au point, leur conservation et leur diffusion.

Saluons ici, la qualité du travail de la secrétaire de la CRSA, sans laquelle, nos instances auraient bien du mal à fonctionner. En fonction dès la mise en place de la CRSA, outre sa grande disponibilité et ses connaissances techniques, elle a su acquérir les connaissances indispensables à sa fonction.

Des entretiens trimestriels continuent d'avoir lieu avec le DGARS. Même non signé, notre cahier des charges des relations DGARS/CRSA, est, de notre point de vue, en application. En tout cas nous nous y référons. Les Directeurs délégués de l'ARS continuent d'être invités à nos réunions de CP ou de CS. Nous continuons aussi à travailler de manière régulière avec le cadre de l'ARS en charge de la CRSA et de la démocratie sanitaire : grâce à lui, nous pouvons bénéficier de la documentation et des informations nécessaires à l'exercice de notre mission.

Le constat a été fait dans les résultats de l'enquête de la CNS sur les CRSA (CNS du 29.11.12) : ce cadre est aussi le maillon indispensable entre le Ministère des Affaires Sociales, le cadre du Ministère en charge de la CNS et les CRSA.

Grâce à ce lien nous avons ainsi la garantie de respecter les choix nationaux et surtout de leur mise en œuvre au niveau local ou tout au moins si nécessaire, de leur adaptation et de la prise en considération de nos propositions. Pour la deuxième année nous avons pu organiser le 06 décembre 2012 un forum avec l'OMEDIT, dans le cadre de la semaine de la sécurité des patients sur « la prescription médicamenteuse chez les personnes âgées ». Cette action nous a permis de confirmer notre volonté de promouvoir, au-delà des mots, la sécurité des soins.

Beaucoup de travail reste à faire

Nous n'avons pas encore progressé dans la communication, élément de base de la notoriété et de la reconnaissance qui manquent aux CRSA.

Nos avis devront être publiés comme la loi le prévoit. Cette publication doit être accessible à tous. Les techniques actuelles devraient

nous faciliter la tâche à la condition de disposer des moyens humains, situation qui n'a pas évolué depuis 2010.

L'organisation de notre premier débat public, comme la loi le prévoit, en 2013, devrait contribuer à la mise en évidence auprès de la population, du travail de la CRSA.

L'Avenir

L'annonce par le DGARS le 19 décembre 2012, au cours de notre entretien trimestriel, de sa décision de confier à une direction nouvellement créée, la Direction de la Démocratie Sanitaire, la gestion administrative de la CRSA, ne devrait pas changer les rapports de la CRSA avec l'ARS, dans la mesure où l'équipe en charge de la CRSA, elle, ne change pas.

L'attribution de locaux permettant à la CRSA et à ses membres de travailler, de consulter ses documents, de recevoir des visiteurs n'a pas encore été réalisée. Peut-être verrons-nous en 2013 un changement dans ce domaine.

Ceci ne change cependant pas notre volonté d'accomplir notre mission.

Les perspectives 2013 sont déjà tracées :

Priorité à notre premier débat public, Avis dès que demandé sur le PRS, Soutien aux Commissions Spécialisées et surtout suivi de l'existence de soins, du respect de l'accès à des soins de qualité, et sécurité des soins pour tous principalement pour ceux qui ne peuvent ou ne savent pas faire valoir leurs droits.

Nous sommes dans une île, évidence qu'il nous faut souligner : notre population captive doit voir ses droits respectés. C'est un impératif que nous nous faisons un devoir de rappeler.

Fort-de-France le 10 juin 2013.

La Présidente de la CRSA de la Martinique.



Activités des Instances

A - Les réunions

- Assemblée Plénière.....	1
- Commission Permanente.....	11
- Commission Spécialisée de prévention.....	5
- Commission Spécialisée de l'organisation des soins.....	10
- Commission Spécialisée pour les prises en charge et accompagnements médico-sociaux.....	3
- Commission Spécialisée dans le domaine des droits des usagers du système de santé.....	1

B - Les rencontres spécifiques CRSA-ARS

- Entretiens trimestriels DGARS – Présidente de la CRSA.....	4
- Réunion de la Commission Permanente avec l'IGAS, en mission auprès du DGARS.....	1
- Séances de travail Présidente de la CRSA et Référente du Département Démocratie Sanitaire.....	35

C - Les avis émis par la CRSA

- La fusion du CHU de Fort-de-France, CH Lamentin et CH de Trinité
- L'autorisation de renouvellement du scanner du CH de Trinité
- L'autorisation pour pratiquer des greffes rénales
- Le projet d'adaptation de la Conférence de Territoire
- Le Schéma Régional de prévention
- Le Schéma Régional de l'organisation des soins
- Le Schéma Régional de l'offre médico-sociale
- Le PRIAC
- Le Programme Régional de Télémédecine
- L'installation des maisons de gardes médicales

Observations :

Le nombre de réunions tenues et l'ensemble des avis émis traduisent bien la forte mobilisation de toutes les formations de la CRSA.

Des débats de qualité ont abouti à des recommandations considérées comme importantes voire majeures en termes de contribution à l'amélioration du système de santé.



Autres faits marquants

A - L'appel à projets en vue de la « Labellisation 2012 »

L'ARS a procédé à l'information des acteurs du système de santé sur la procédure et confié la sélection des dossiers à la CSDU.

Il n'y a pas eu de projet à instruire malgré une relance activée par l'ARS et la CRSA qui ont connaissance d'actions innovantes pour l'amélioration des prises en charge dans les structures de soins.

La démarche de valorisation des actions sera poursuivie auprès des acteurs de santé pour les convaincre de participer aux concours.

B - L'enquête nationale sur la Démocratie Sanitaire

La CRSA a participé à l'enquête selon le protocole établi au niveau national.

Le questionnaire et les entretiens ont porté sur des éléments de bilan et d'évaluation du fonctionnement de toutes les instances de la CRSA et pour la qualité du dialogue avec l'ARS.

Il a été souligné la clarification nécessaire sur les moyens alloués à la CRSA (ressources humaines, espace de travail, équipements matériels, allocation financière...).

C - La « Semaine de la sécurité des patients »

La CRSA a organisé un forum pour la deuxième année consécutive. Il a eu lieu début décembre à l'ATRIUM à Fort-de-France, salle Frantz Fanon, mise à disposition gratuitement par la Présidente du Conseil Général (membre de la CRSA) partie prenante de ce questionnement.

La problématique proposée a contribué au succès de la rencontre notamment sur la qualité des échanges.

Le thème retenu était : « *La prescription médicamenteuse de la personne âgée* ». La CRSA s'inscrivait dans la démarche planifiée par le Ministère, poursuivant ainsi son questionnement sur le bon usage du médicament.

Avec cette manifestation, la CRSA a, confirmé, d'une part, sa volonté d'intensifier sa contribution à la mise en œuvre des politiques de santé et d'autre part, à partir d'études, d'actions en cours et d'échanges d'expériences, de partager un état des lieux sur :

- L'évolution démographique,
- Les pathologies spécifiques aux personnes âgées,
- Les modalités de prescriptions médicamenteuses,
- Les améliorations à envisager.

La sécurisation de la prise en charge médicamenteuse est une priorité nationale qui prend toute son importance pour les populations où le risque iatrogène est élevé. C'est le cas pour les personnes âgées atteintes de polyopathologies.

En Martinique, avec le vieillissement de la population et la forte prévalence de certaines pathologies (diabète, HTA, maladies cardiovasculaires...) nous sommes particulièrement concernés par la mise en place d'actions permettant d'améliorer la prise en charge des personnes âgées.

Les interventions étaient ciblées plus particulièrement sur :

- Les enjeux de sécurité des patients,
- Une vision du vieillissement et de la dimension humaine dans la Caraïbe,
- La politique régionale en faveur des personnes âgées,
- La politique du médicament pour l'Assurance maladie,
- Les caractéristiques socio-sanitaires des personnes âgées de Martinique,
- Les facteurs pronostiques de mortalité chez des patients âgés hospitalisés en Martinique,
- L'intérêt de la vaccination des personnes âgées en 2012 ?
- Latrogénie chez la personne âgée et évaluation de la prescription médicamenteuse chez la personne âgée dans les établissements de santé de Martinique,
- Le livret du médicament : quelle méthodologie et pour quelles prescriptions ?

Les indications sur les relations institutionnelles ARS/CRSA

Références réglementaires décret N° 2010-348 du 31.03.2010	OBJET	DESTINATAIRE	DELAIS
Art-L1432-2	Le DGARS rend compte à la CRSA de la mise en œuvre de la Politique régionale de santé et des suites qui ont été données à ses avis. Cette communication est rendue publique.	CRSA	Au moins 1 fois par an - Non Fait -
Art-L1434-14	Programme pluriannuel régional de Gestion du risque est intégré au Projet Régional de Santé. Il est révisé chaque année.	?	?
Art-L1432-14	Commissions de coordination des politiques publiques-Prévention et Accompagnement médico-social : - Un bilan d'activité de chaque commission est établi chaque année par le DGARS. - Le bilan accompagné le cas échéant des observations des différents membres de la commission, est transmis au Président de la CRSA. - Il est porté à la connaissance de l'Assemblée Plénière de la conférence ainsi qu'à sa formation spécialisée en charge des questions relevant du champ de compétence de la commission.	Présidente de la CRSA	Chaque année - Non Fait -
Art-D1432-36	La Commission spécialisée Prévention est informée : - Des mécanismes mis en place par la Commission de Coordination compétente dans le secteur de la prévention pour assurer la complémentarité des actions de prévention et de promotion de la santé et la cohérence de leurs financements. - Du bilan d'activité de la Commission de Coordination compétente dans le secteur de la prévention, établi chaque année par le DGARS - Des résultats de l'Agence en matière de veille et de sécurité sanitaires.	Commission spécialisée de prévention	Chaque année - Non Fait -
Art-D1432-38	L'ARS informe la Commission au moins 1 fois par an sur : - Les renouvellements d'autorisation intervenus dans les conditions définies au dernier alinéa de l'article L 6122-10 - Les contrats pluriannuels d'objectifs et de moyens signés entre l'ARS et les titulaires d'autorisation, les centres de santé, les maisons de santé et réseaux de santé - L'évolution du nombre de professionnels de santé libéraux installés sur les territoires - Les résultats des évaluations et certifications menées au cours de l'année écoulée.	Commission Spécialisée de l'Offre de Soins	Au moins 1 fois par an - Non Fait -

Moyens nécessaires à l'organisation générale et au fonctionnement de la CRSA

Ressources humaines

- 1 ETP - Secrétaire
- 1 ETP - Cadre coordonnateur
- Assistance-Conseil-Ingénierie pour conduire les débats publics ; études ; enquêtes
- Protocoles pour examen des saisines (à évaluer au vu du programme prévisionnel annuel de travail)

Formation des membres de la CRSA

- Plan ou/et programme à déterminer et à actualiser selon les préconisations du cahier des charges national et la demande des Commissions.

Locaux et équipements bureautiques

- 1 espace bureau modulable pour la permanence de la CRSA et des autres instances de la démocratie sanitaire
- Des salles pour les réunions (Assemblée Plénière – Commission Permanente – Commissions Spécialisées et groupes de travail).
- Besoins d'espaces spécifiques pour forum, débats publics à déterminer en fonction du programme de travail annuel.

Financement

- Frais de déplacements des membres de la CRSA
- Transports et hébergements éventuels pour les missions des membres de la CRSA
- Participation à des manifestations à l'initiative de la CRSA ou en invitation des autres institutions
- Impression de travaux
- Appel à expertises éventuelles...

Observations :

La CRSA a des difficultés à établir une valorisation financière des ressources utiles à son fonctionnement. Elle ne dispose pas d'informations techniques en ces domaines. Aucune procédure de paiement n'ayant été instituée, la CRSA a les plus grandes difficultés à obtenir la moindre décision ayant une implication financière et est traitée comme n'importe quel agent de l'ARS.

VI Perspectives à court et moyen termes

- Renouvellement de membres dans les collèges (5 sur 8 collèges) :
 - Collège N° 2 : représentants des usagers des services de santé ou médico-sociaux
 - Collège N° 4 : représentants des partenaires sociaux
 - Collège N° 5 : représentants des acteurs de la cohésion et de la protection sociales
 - Collège N° 6 : représentants des acteurs de la prévention et de l'éducation pour la santé
 - Collège N° 7 : représentants des offreurs des services de santé
- Election d'une nouvelle présidence pour la :
 - Commission Spécialisée dans le domaine des droits des Usagers
 - Commission Spécialisée de l'Organisation des Soins
 - Commission Spécialisée pour les Prises en Charge et l'accompagnement médico-sociaux
- Elaboration de l'avis global sur le PRS ;
- Préparation des rapports annuels d'activité dont rapport CSDU, à transmettre à la CNS, après approbation Assemblée Plénière ;
- Préparation du 1^{er} débat public, probablement sur le thème : « *Des enjeux du vieillissement* » dans le prolongement du débat national sur « *La dépendance* » ;
- Autres points forts du programme de travail :
 - Concrétiser le programme de formation des membres de la CRSA et plus particulièrement de la CSDU ;
 - Participer activement au plan de mise en œuvre du PRS dans le cadre d'un processus de concertation partagé ;
 - Contribuer à favoriser les fonctions de représentation des usagers du système de santé, à promouvoir les « bonnes pratiques méthodologiques » et l'éthique de la responsabilité nécessaires à l'exercice effectif de la démocratie sanitaire locale ;
 - Poursuivre le questionnement pour l'amélioration de la qualité des soins et de la sécurité des patients ;
 - Préciser les modalités du partenariat avec les autres acteurs de la Démocratie sanitaire locale et interrégionale (CISSM ; CRSA et CT autres DFA...) ;
 - Valoriser l'action et les travaux de la CRSA (publication des avis... ; articles... ; participation à des manifestations...) ;
 - Elaborer un cahier des charges en vue de disposer d'un consultant pour : « procéder 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 » (Art. L.1432-4- loi HPS).

VI Conclusion

En conclusion de ce rapport un certain nombre de points positifs et négatifs doivent être relevés.

Points positifs :

- Les membres de la CRSA ont été tous consultés afin de savoir s'ils souhaitaient rester ou non au sein de notre instance, qui malgré son grand intérêt est composée de membres bénévoles. A la quasi-unanimité ils ont confirmé leur volonté de demeurer en son sein. Cette consultation et ses résultats nous permettront de retravailler à la composition des Commissions Spécialisées et de leur bureau.
- Les CRSA conscientes de leur mission prennent de plus en plus de place dans la conception et le suivi de la Politique Régionale de Santé. Ceci est d'autant plus important pour la Martinique que la Conférence de Territoire n'a pas été créée ni par conséquent installée. La CRSA est donc la seule instance régionale à devoir assurer la mission de la démocratie sanitaire.
- Les membres de la CRSA ont bien compris leur mission et ont accepté les impératifs de travail, dans la discrétion quand cela s'est révélé nécessaire. Ils ont permis des débats équilibrés et sérieux, objectifs et sans passion, permettant la confrontation de tous les points de vue qui ont bien voulu s'exprimer.
- Enfin Commissions Spécialisées, Commission Permanente et Assemblée Plénière ont pu, chacune à sa place et dans son rôle, exprimer

les avis et répondre aux sollicitations de l'ARS en 2012, malgré les difficultés.

Points négatifs :

- Les conditions de travail de la CRSA, même en prenant en compte le contexte économique national et ses conséquences, se révèlent par trop précaires et trop fragiles au jour le jour. Il est urgent que la DGARS en charge de par la loi de donner les moyens de fonctionnement à la CRSA, soit plus volontariste dans ce domaine. Soulignons une nouvelle fois que n'ayant pas de Conférence de Territoire, les moyens prévus par la loi propres à cette Conférence sont disponibles pour la démocratie sanitaire.
- La Politique Régionale de Santé ne fait l'objet d'aucun rapport ni compte-rendu d'exécution à la CRSA. Les propositions et recommandations restent sans réponse dans la plupart des cas. Les réunions des Commissions de Politiques Publiques (Prévention et Accompagnement Médico social) ne font l'objet d'aucune communication... Le moment est venu que des procédures soient proposées par l'ARS qui est la maîtresse du rythme et des modalités de sa communication avec la CRSA.
- Enfin, s'agissant des malades, la CRSA a constaté le quasi-abandon de la préoccupation de l'application des droits des usagers par les Etablissements de Santé. Cet abandon a très probablement des causes multiples, bonnes ou moins bonnes.

Mais à ce jour, notre population n'a plus de garantie, même de la mise en œuvre des procédures prévues par la loi pour le respect de leurs droits.

C'est dire que la question de l'égalité d'accès à des soins, pour tous et à des soins de qualité, dans des conditions égales à celles de nos concitoyens se pose de manière très concrète. Il y a donc beaucoup à faire dans les années à venir.

CRSA **MARTINIQUE**

Conférence Régionale
de la Santé et de l'Autonomie

ARS - Martinique

Centre d'Affaires « AGORA » - Zac de l'Etang Z'Abriçot - Pointe des Grives

CS 80656 - 97263 FORT DE FRANCE Cedex

crsa-martinique@ars.sante.fr