

<p>1- Quel bilan faites-vous de la dynamique de fonctionnement de votre CRSA depuis dix ans ?</p> <ul style="list-style-type: none"> - implication des membres des différents collèges (en Conférence plénière, au bureau, dans les commissions spécialisées). - rythme des réunions, mode d'animation et de fonctionnement. - production d'avis, de recommandations et de contributions diverses . - organisation de débats publics . - points positifs, propositions d'amélioration. 	<ul style="list-style-type: none"> • Plusieurs périodes repérables dans les dix ans : <ul style="list-style-type: none"> . les premières années et 1^e mandature : gagner en autonomie / ARS ; apprendre à vivre ensemble CRSA-ARS, entre membres de la CRSA . la fusion pour certaines entre régions conduisant à se réinterroger in fine le fonctionnement . la 2^e mandature et la 2^e partie de la 2^e mandature : moins d'implication, moins de présence, temps de la déception pour certains en 2^e partie . les temps de contribution et production d'avis pour le Projet Régional de Santé 1 et 2 : forte mobilisation . le temps de l'épidémie Covid 1^e et 2^e vague : la démocratie en santé oubliée • L'enjeu de transversalité en chantier <ul style="list-style-type: none"> - Née par loi HPST, une nouveauté pour l'administration associée à une instance de démocratie plus autonome que les Conférences R. de Santé - Transversalité, approche globale de l'utilisateur, inter-connaissance entre professionnels, responsables du médicosocial et du sanitaire - Transversalité dans le fonctionnement qui a dû s'adapter tout en favorisant la TRANSVERSALITE entre les commissions - Difficulté dans grandes régions : beaucoup moins de proximité dans la grosse ARS, les circuits de décision sont plus longs, tout remonte au siège ; administration très centralisée en région • Implication forte mais variable selon les membres, les périodes et les collègues : <ul style="list-style-type: none"> - mobilisation forte à très forte des membres lors de la phase de préparation du PRS 2 ; A l'époque bonne écoute de l'ARS, sentiment d'être utile, travaux de groupe participatifs - implication moindre, fortes absences de certains membres à d'autres moments (fin de mandature, période épidémie Covid) ; argument souvent évoqué : la CRSA est chambre d'enregistrement, n'est qu'un lieu d'information descendante ; ce n'est pas de la démocratie - forte présence des représentants d'utilisateurs, du médicosocial, des représentants de Conseils Territoriaux de Santé, des syndicats de médecins, des URPS, des représentants de syndicats de salariés, de la prévention, y compris en fin de mandature - Implication faible ou inexistante de quelques collègues comme celui des élus, des internes en médecine ; parfois difficile pour ceux en activité professionnelle avec des agendas fort remplis, sans disponibilités permises par l'employeur quand salarié. - Absence sans excuse des membres invités (préfet, recteur, directeurs régionaux de l'Etat) mais présence systématique du représentant du CESER - Le fonctionnement trinôme titulaire-suppléant ne fonctionne pas bien ou mal ; présence parfois < 50% à plénière, comm. - Si l'ensemble des collègues est pourvu en début de mandature, plusieurs postes vacants de titulaires et de suppléants apparaissent en cours de mandature ; difficultés de trouver de nouveaux membres chez les représentants d'utilisateurs, et aussi chez des fédérations - Présence insuffisante de certains acteurs de soins de santé primaire notamment de médecins (sauf à la CSOS), APHP, Conseil Régional, insuffisance de représentants du social - Rédaction des comptes-rendus : par une secrétaire ARS en début de mandature ; par un membre de la réunion à partir de la mi-mandature • Un rythme régulièrement soutenu et productif des réunions de différents formats <ul style="list-style-type: none"> - <u>Les réunions obligatoires</u> : Commission permanente : de mensuelle à quatre fois par an ; Conférence plénière : trimestrielle, 3 à 4 fois par an Commissions spécialisées : trimestrielle : commissions spécialisées associées si possible en amont de la préparation des avis de la CRSA. - <u>Réunions innovantes</u> : <ul style="list-style-type: none"> . groupes de travail CRSA avec représentation de tous les collègues et des membres extérieurs sur différents thèmes (télémédecine, santé environnementale, personnes handicapées, vieillissement, urgences...) avec réunions régulières pendant leur mandat . séminaires : Plusieurs séminaires entre les membres de la CP et les présidents des CTS (ex territorialisation) séances productives et jugées positives ; plusieurs séminaires des membres du bureau avec intervenants universitaires extérieurs . journées d'études pour tous les membres : deux ou trois dans la mandature . journées de formation sur le fonctionnement de l'ARS en début de mandat. . réunion bureau de CRSA avec présidents des CTS : un à deux annuels en présentiel ; quasi mensuels en visio pendant l'épidémie . apport d'intervenants extérieurs
---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------	-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------

- problème des distances et fréquences : apprentissage à l'utilisation de web conférences, recours à des réunions délocalisées ;

- **Production régulière et fournie d'avis (jusqu'à 15) : soit saisines obligatoires ARS (un à plusieurs par an, et plus pour CSOS : ex zonage médecins), soit autosaisines**

une à plusieurs par an ; thème : télémedecine, confinement, déconfinement, critères d'évaluation du Projet Régional de Santé, vieillissement

. **Principes** : une **méthode** basée sur double exigence : toujours s'efforcer d'argumenter et d'explicitier rationnellement les positions prises, et au-delà d'éventuelles critiques ou réserves, être toujours constructif ; viser le consensus, adoption à très large majorité ou unanimité ; veiller à la prise en compte des avis et de leur suivi

. **des CONVICTIONS** à la base de nombreux avis rendus (jusqu'à 15 pour une CRSA, 7 avis autosaisine pour une autre) avant la crise du COVID

. élaboration à partir de travaux en commissions, en groupe de travail, par la Commission Permanente

- **Des AXES d'ACTION VOLONTARISTES au-delà des obligations réglementaires** : autosaisines, programme de travail, consultations, enquêtes

. ex de thématiques d'une CRSA : vaccinations, délai d'accès aux soins, directives anticipées, charte de bonne conduite dans la relation médecin et patient/usager, qualité de vie au travail.

. consultations, enquêtes, recherches : sur simplification des procédures administratives, simplification de l'organisation territoriale, réduction des délais d'accès aux soins et aux prises en charge, renforcement de l'accompagnement, action sur les déterminants de santé et réduction des dépenses restant à la charge des ménages et des personnes après intervention des organismes d'assurance maladie obligatoires et complémentaires ; sur qualité des soins et prises en charge et accompagnements ; renoncement aux soins, démocratie en santé ; téléconsultation

. signature, soutien à des chartes existantes : Charte Romain Jacob, Charte du parcours de santé portée par la CNS, Charte de bonne conduite dans la relation médecin et patient/usager portée par l'URPS médecins libéraux

. - Volonté de se faire entendre au niveau régional et national : ARS, Conseil régional pour le PRSE; lettre ouverte au Premier Ministre

- **Débats publics essentiels mais difficiles, lourds à organiser avec fréquentation variable** : 1 à 2 par an, (ou moins) à plus, c'est-à-dire souvent peu

. Initié et préparé par la Commission Permanente, par une commission spécialisée ex : droits des personnes avec un handicap, santé-environnement

. organisé par la CRSA seule (moyens ARS) ; par CRSA en partenariat avec une ou plusieurs fédérations, associations membres de la CRSA (ex CRSA avec URAPEI, Espace Ethique) ; par CRSA et un ou deux Conseils Territoriaux de Santé ; par CRSA et France Assos Santé (ex rôle et place des RU) ; dans le cadre d'événements existants (ex Forum santé avenir) ; en partenariat CRSA et autres acteurs institutionnels extérieurs à CRSA (ex EHESP, Sciences Po, une collectivité territoriale, une grande association) ; à l'occasion de parution d'ouvrages en partenariat avec Editions de l'EHESP ; interventions de groupes d'étudiants

. lieux : débats publics, organisés uniquement à ville métropole...

. participation plus ou moins importante à faible. Parfois le DG d'ARS et adjoints refusent d'assister au débat public : ex grand débat public.

. La taille de la région rend difficile l'organisation ; il faut la penser dans le cadre de déclinaison territoriale.

. innovation : participation de collégiens et lycéens ; animation par troupe de théâtre

. **Quelques problèmes repérés dans le fonctionnement des CRSA :**

. limitation par insuffisance de financement ou par complications de décisions soumises aux délais ARS ; par limitation de mobilisation interne de la CRSA (les membres ne peuvent s'investir dans la préparation, dans le Comité de Pilotage par manque de disponibilité)

. thèmes éventuellement redondants par rapport à des thématiques qui ont donné lieu à débat public par d'autres acteurs

. Les faiblesses de la démocratie en santé portent très fortement sur la dimension uniquement consultative, sur les aspects formels du fonctionnement (lourdeurs administratives, dépendance à l'ARS...), sur l'insuffisance des moyens dédiés.

. Non accès systématisé direct en temps réel aux sources de données des agences publiques type Santé Publique France

. **Politique CRSA communication, une véritable difficulté d'efficience et de lisibilité**

beaucoup de CRSA n'ont pas développé de politique autonome de communication. Cela peut être faute de moyens, de temps, de savoir-faire. Certaines ont un site web autonome. Peu ou pas de communication dans la presse. Ex. de création de la communauté CRSA sur le site de l'agora social club

Les CRSA s'appuient souvent, dans quelques opérations, sur la direction de la Communication de l'ARS. Mais c'est insuffisant. Combien de citoyens, professionnels de Santé syndicalistes, associatifs, d'habitants connaissent ses avis, ses travaux. C'est un axe essentiel d'amélioration de la prochaine mandature. Des réflexions sont engagées entre Conseils Territoriaux de Santé et CRSA pour une communication autonome de l'ARS avec constitution

	<p>d'une association commune. Une CRSA communique régulièrement envers les présidents d'EPCI et associations des maires, ainsi qu'avec les centres de formation des élus et personnels communaux.</p> <p>. Quelques ressources et portages facilitateurs : le partenariat avec d'autres acteurs interne ou non à la CRSA (puissance des moyens financiers, puissance des réseaux externes, des compétences autres). Le partenariat contribue au rayonnement de la CRSA et permet des co-financements, des participations bénévoles de personnes compétentes (journalistes, universitaires, professionnels de santé, industriels ou acteurs de la vie économique)</p> <p>- Mobilisation avec les Conseils Territoriaux de Santé et autres instances de démocratie</p> <p>Des LIENS avec les CTS qui se tissent dans le respect mutuel: ex : présidents de CTS invités à participer à la commission permanente ; webvisio mensuelles entre présidents CRSA C TS.</p>	
	<p>Propositions d'amélioration :</p> <p>Ce qui fait la force et donne de la crédibilité aux instances de démocratie en santé, c'est :</p> <ul style="list-style-type: none"> • L'implication, le présentéisme de ses membres, l'investissement direct de ses membres lors des séances. Souhait de plus d'implication. L'implication des membres est proportionnelle à la nature, à l'intérêt porté aux sujets abordés Elle est fonction de la considération portée par l'ARS à l'importance des instances de démocratie en santé, à la qualité de l'écoute et à la prise en compte des contributions. Durée réglementaire des mandatures (5ans) à respecter pour favoriser l'engagement actif des membres • Amélioration dans notre fonctionnement : veiller à l'équilibre entre secteur public, libéral, usagers; trop de directeurs administratifs, plus de télé-réunion tout en conservant du présentiel si possible, Veiller à la cohérence des travaux, avoir un calendrier annuel pour les réunions ; maîtrise de l'ordre du jour, tout est imposé il n'y a pas de vraie démocratie on a l'impression que les grands sujets ne sont pas abordés avec nous ; question de délais de réponses et de préparation d'avis ; avoir des sous groupes de travail sur des sujets complexes • Une amélioration majeure nécessaire dans la production annuelle d'un bilan d'activité avec retour sur les suites données par l'ARS aux avis et recommandations formulés. • Associer le plus tôt possible les membres de la CRSA et surtout les usagers aux travaux de l'ARS, type plans P.RS. • 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 entre les acteurs du système de santé, chacun restant trop dans son couloir et ne se déplace que si cela l'intéresse ; Organiser des temps dans les territoires avec les habitants • Une politique dynamique de communication avec les moyens autonomes adéquats doit être développée • La CRSA devrait servir de lieu de synthèse et de partage d'expérience entre acteurs de santé, avec Conseils Territoriaux de Santé • proposer un renforcement de la dimension délibérative, décisionnelle, d'avis CRSA opposable, avis conforme sur certains points type P.R.S., ou demandant une seconde délibération contraignante si désaccord de l'ARS. 	
<p>2- Quel bilan tirez-vous de vos relations avec votre ARS ?</p> <p>-dans la préparation et le déroulement des séances des diverses instances CRSA</p> <p>-dans l'information, la consultation et l'association de votre CRSA aux choix stratégiques et aux actions conduites par l'ARS.</p> <p>- dans le nombre et la répartition des sujets traités sur saisine ou en auto saisine</p>	<p>-Relations courtoises, positives et appui dans la préparation et le déroulement des séances réglementaires, l'ARS sait mobiliser ses experts pour les mettre à disposition de la CRSA</p> <p>- différence entre la 1ère et la 2ème mandature : au départ vrai partenariat avec le DG ARS, à la 2e pas de réflexion partagée avec l'ARS ; Le fonctionnement de la 2ème mandature a été trop « Jacobin » et la CRSA a eu peu d'ouverture pour intervenir et proposer des choses. Les échanges sont restés conviviales et réglementaires. Lors de la 2^e, instance présente mais peu utilisée ni sollicitée par l'ARS</p> <p>- autonomie de fonctionnement des CRSA, d'ordre du jour, de sujets de travaux, des lieux de réunion :</p> <ul style="list-style-type: none"> . l'ARS ne fait aucune opposition à la présentation en auto saisine de sujets d'actualité, ou à l'élaboration d'avis en autosaisine . Si les 1^{er} années, l'ARS s'est parfois opposée à l'inscription de sujets à l'ordre du jour ou à l'organisation de groupe de travail, cette position d'opposition a totalement cessé. L'ARS a pu refuser de transmettre des communiqués de presse de la CRSA. . Lieux de réunion Commission Permanente, commissions, groupe travail, plénières toujours au lieu siège ARS (toujours, quelques fois) . présence possible avec indemnisation des frais des suppléants aux plénières : oui toujours, ou non . Une CRSA ne pense pas qu'il faille se doter d'une organisation autonome CRSA, mais garder simplement l'appui ARS <p>- Liens CRSA – ARS sur les choix stratégiques de l'ARS</p>	

<p>- dans l'organisation de procédures de retour d'information sur le suivi des avis formulés par la CRSA</p> <p>-Qualité générale des relations, points positifs et proposition d'amélioration.</p>	<ul style="list-style-type: none"> - informée ou consultée ? Le plus souvent ou toujours, la CRSA est informée et consultée a posteriori ; pour certains elle est vraiment consultée, ex lors de l'élaboration du 2^e Projet Régional de Santé pour lequel un travail conjoint a été mené, beaucoup moins lors du 1^{er} Projet Régional de Santé. L'ARS fait ce qu'elle veut, sans que la CRSA ait une influence sur sa politique territoriale. Demande de plus d'écoute des propositions et retour de l'ARS - l'ARS a suivi le choix du nombre de Conseils Territoriaux de Santé (ou 1^e Conférences territoriales) proposé par la CRSA après discussions - les attentes des membres sont peu, ou ne sont pas toujours, ou pas du tout prises en compte (territorialisation, FIR, Santé communautaire, Terrisauté, prévention des risques). - avancées sur la prévention en général, sur l'attention à la petite enfance, sur la dimension famille, Absence ou méconnaissance sur les CMPP et CAMSP. - Nécessité d'avoir une mission plus globale et décisionnelle surtout lors des projets de santé régionaux, de territoire, et avis pour les CLS - élaboration des Projets Régionaux de Santé : différence positive entre le 1^{er} et le 2^e ; intégration de nombreuses de nos contributions dans le PRS2 ; Projet Régional de Santé approuvé ou rejeté par la CRSA - rencontres décentralisées à l'initiative de la CRSA entre DG ARS et présidents Conseils Territoriaux de Santé : une ou plusieurs fois par an, sur des thèmes choisis par CRSA et Conseils Territoriaux de Santé - insuffisant dans l'organisation de procédures de retour d'information sur le suivi des avis - Nécessité d'harmoniser les méthodes notamment entre ARS et départements. - quand la Cour des Comptes fait un rapport sur le fonctionnement de l'ARS (au moins 2 régions), elle n'auditionne pas le président de la CRSA. Un pré-rapport de la Cour évoque le « rôle majeur » de la CRSA, mais peu de cas de l'investissement du travail que représente la participation bénévole à la CRSA. Il peut être précieux pour un directeur d'ARS, un directeur de département, de connaître les points de blocage, les difficultés concrètes, de disposer d'un éclairage sur les réalités relationnelles, sur les dynamiques d'évolution, pour tirer un meilleur parti des processus de « dialogue social » qui constituent également une réalité de la gouvernance régionale du système de santé. Ce à quoi la CRSA peut contribuer 	
	<p>Propositions d'amélioration.</p> <ul style="list-style-type: none"> - Dimensions réglementaires / ARS: Augmenter significativement le nombre des sujets faisant l'objet de saisine réglementaire obligatoire - Inscrire réglementairement l'obligation pour l'ARS de répondre dans le mois qui suit l'avis de la CRSA - En période de crise sanitaire, la CRSA avec la CSOS et la CSMS doivent être systématiquement et régulièrement saisis en urgence pour avis sur les ajustements importants de l'organisation du système de soins et médico-sociaux en région - introduire dans les missions CRSA un avis réglementaire sur la politique communication de l'ARS - être systématiquement consulté avant publication par l'ARS des appels d'offre - La CRSA devrait être présente à la conférence des financeurs. La CRSA peut contribuer à améliorer les liens entre institutions et partenaires. - Donner les moyens financiers en autonomie de gestion et en personnels en position de mis à disposition pour exercer ses missions réglementaires, dont l'évaluation de la qualité des prises en charge et accompagnements. (le président d'une CRSA ne souscrit pas à cette idée) - Développer les actions en partenariats : outre l'impact potentiellement plus important, augmentent l'autonomie de la CRSA et les financements indirects au travers de salles gratuites, moyens de communication, chargés de mission des partenaires, frais d'impression documents - attribution d'un quota temps pour les président 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 mais éviter les cumuls de présidence - modifier la composition des CRSA : question de représentativité, lien d'intérêt financier ou hiérarchique ; Instaurer l'objectif de parité femme-homme; avoir un meilleur équilibre des collègues ; augmenter les nombres des titulaires en CSDU ; problème du collègue des élus quasi absents, vu leurs absences, supprimer le collègue des élus ou les mettre en membres invités à la CRSA. - l'ARS devrait utiliser plus les Commissions plutôt que créer des groupes de travail ARS supplémentaires (avec souvent les mêmes personnes) 	
	<p>Inter-institutionnel, partenariats : s'appuyer sur le rôle positif de la CRSA :</p> <p>a permis une inter connaissance, de l'acculturation entre la diversité de ses membres et surtout entre RU- professionnels du médicosocial et hospitaliers.</p> <p>Bonnes relations partenariales avec l'Observatoire régional de Santé, avec le CREAI, avec des laboratoires universitaires, médecine, formations MS.. Articles CRSA dans les revues régionales de fédérations (Mutualité, Ireps...) ; interventions en établissements de formation, en AG de fédérations régionales.</p>	

	<p>Nécessité d'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</p> <p>Variabilité des relations avec les responsables des collectivités territoriales : soit absentes, soit réduites (rares ou quelques rencontres avec président de Conseil départemental, président d'EPCL, maires de grandes villes, président région). Président CRSA est vice-président CESER, président CESER toujours présent aux plénières CRSA. Dans autres régions, aucune relation. La représentante de la Région préside la CRSA.</p> <p>Avec les responsables des services déconcentrés de l'Etat : relations plutôt faibles ou inexistantes : aucune rencontre avec le Préfet de région malgré une sollicitation, avec le Recteur sur l'inclusion scolaire, mais rencontre avec le directeur régional de la DIRECCTE sur le PRST. Relations éventuellement possibles avec Education Nationale mais pas avec les autres administrations de l'Etat. Relations personnes « dépendantes ».</p> <p>Partenariat et liens souhaités avec les Conseils Territoriaux de Santé: difficile parfois, en progression ou estimé comme fondamental. Des débats publics et des réunions communes peuvent se réaliser soit un Conseil Territorial de Santé avec CRSA soit un maximum de Conseils Territoriaux de Santé avec CRSA. Des textes et avis communs peuvent être réalisés.</p> <p>Partenariats positifs dans l'action avec France Assos Santé et les URPS sur la téléconsultation en lien avec la CPAM...</p> <p>Relation et présence de la CRSA dans les autres instances de santé de la région : dans le Comité de Pilotage PRSE.</p> <p>La présence de la CRSA doit être effective dans différentes instances régionales et locales de santé : PRST, CTAP, CLS, Conseils locaux de santé mentale, CDCA, conférence des financeurs...</p>	
<p>4-Durant la crise du COVID 19 estimez-vous que votre CRSA a été suffisamment informée concertée et associée aux décisions prises et aux actions engagées par les pouvoirs publics ?</p>	<p>la CRSA et les droits liés à la démocratie en Santé ont été oubliés. la démocratie/CRSA a aussi été confinée. Il faut tout revoir ou non c'est parfait pour d'autres membres. CRSA informée mais concertée et associée : pas vraiment. Usagers et CRSA sont absents des dispositifs opérationnels. L'expression « démocratie en santé » paraît très exagérée au regard du fonctionnement administratif. La démocratie ne se réduit pas à une information des citoyens, ou des membres de la CRSA. Tant qu'une CRSA n'a qu'une voix consultative, son rôle paraît très limité, cf Covid. Mais certains parlent d'influence de la CRSA. Durant 4 mois, pas (peu) de contacts, aucune information, ni demande d'avis ou de saisine.</p> <p>Même en situation d'urgence, il doit y avoir moyen d'informer, de faire participer les représentants des citoyens</p> <p style="text-align: center;">► Propositions, exemples ou ressources à travailler</p> <ul style="list-style-type: none"> - Création d'un Comité de liaison COVID 19 CRSA/ARS. - Dans les plans de crise, prévoir la place de représentants de la CRSA - Besoin de transmission régulière de données statistiques globales sur l'évolution de l'épidémie, y compris par GHT, territoires de santé. Si mes contacts réguliers avec un CH m'ont permis de comprendre les recos de l'ARS, mais la CRSA, NON. La CRSA n'a que les données parues dans la presse qui est d'abord privilégiée pour l'annonce par les pouvoirs publics. <ul style="list-style-type: none"> - Comment créer ou maintenir du lien avec ses membres, avec les fédérations, associations? Une CRSA a publié quasi journalièrement pour ses membres et partenaires une note de recension de tout ce qui lui parvenait d'acteurs, réseaux, professionnels... pendant la 1^e vague, soit plus de 200 pages, ce qui a fait du lien. <p>Utilisation des ressources numériques et web pour communiquer, maintenir du lien</p> <p>Avec l'expérience de la crise sanitaire Covid19 et de l'évolution de la dengue (un vrai fléau à la Réunion), les membres de la CRSA en lien avec sa Présidente, ont impulsé les expériences de collaborations et d'échanges entre partenaires pour pouvoir assurer les soins et répondre aux besoins des personnes vulnérables. C'est en insistant que la CRSA a pu bénéficier de réunions d'échanges en Visio avec l'ARS pour faire le point sur les situations de crise et les difficultés rencontrées sur le terrain. Les décisions lors du confinement de mars 2020 ont été prises sans que la CRSA (Présidente et membres) soit informée. C'est en insistant que nous avons pu avoir les informations régulièrement lors de la prolongation de la période de confinement en visioconférence « CRSA et ARS ». C'était souvent pour consultation sur des décisions travaillées en amont avec les « dirigeants hospitaliers » et les médecins de ville, ESMS, les libéraux ont été comme les oubliés. L'ARS n'a pas sollicité notre CRSA pour son avis lors de crise sanitaire mais celle-ci a, quand même fait des propositions en lien avec les travaux du COPIL CNS.</p> <ul style="list-style-type: none"> - appréciations favorables des fédérations et unions des professionnels de Santé sur la tenue régulière, pendant la Covid, de conférences téléphoniques de gestion de crise avec les services de l'ARS (bonne efficacité opérationnelle de la gestion de crise). 	

