



Commission Permanente	Lieu : Salle du Conseil 8 ^{ème} étage ARS Hauts-de-France
Procès-verbal de la réunion du mardi 14 mars 2017	

Le président, **Pr SALOMEZ**, constate que le quorum est atteint et ouvre la séance.

Pr SALOMEZ accueille les nouveaux représentants de Conseils Territoriaux de Santé à cette réunion et leur souhaite la bienvenue :

- Freddy SERVEAUX, directeur de l'hôpital de Soissons, représentant du CTS de l'Aisne ;
- Marc LONNOY, président du CTS de l'Aisne ;
- Christian BURGI, remplaçant Brigitte DORE, présidente du CTS Pas-de-Calais ;
- Cécile GUERRAUD, Directrice Territoriale de la Somme, Secrétaire du CTS de la Somme.

I - Adoption du procès-verbal de la réunion du 14 février 2017

Pr SALOMEZ s'enquiert d'éventuelles remarques sur le procès-verbal de la réunion du 14 février 2017. Ce document n'ayant été transmis que la veille, il souhaite que chaque membre puisse prendre le temps de le parcourir, quitte à exprimer d'éventuelles demandes de modification.

Pr SALOMEZ souhaite aborder une question diverse dès le début de séance, afin d'éviter de soulever ce point alors qu'une partie des membres ont dû quitter la salle pour reprendre le train.

Outre la création d'un espace collaboratif dédié à la démocratie sanitaire, comportant toute la documentation sur le sujet, **Pr SALOMEZ** nourrit un projet en matière de communication, *via* la création d'un site internet. L'équipe « démocratie sanitaire » est très mobilisée autour de ce projet, qui nécessite d'élaborer un modèle, de rédiger un cahier des charges et de constituer un comité de rédaction. Des moyens sont disponibles pour ce faire. Ce site servira également d'outil de communication entre les CTS, en complément de l'espace collaboratif.

Pr SALOMEZ invite les membres à se constituer volontaires pour participer au groupe de travail sur ce projet.

Mme DUROT demande si les fiches consacrées aux différents chantiers ont vocation à rester sur l'espace collaboratif, ou à être actualisées au fur et à mesure.

M. MARQUÉ objecte de l'impossibilité de gérer les mises à jour en temps réels. Des points d'avancement réguliers permettront d'une part, de remplacer les fiches en cas de modification importante et d'autre part, de dresser un point sur la réalité de la concertation.

Mme DUROT suggère d'indiquer, outre la date à laquelle a été créée la fiche, le numéro de la version.

M. MARQUÉ n'y voit pas d'inconvénient.

II – Elaboration du projet régional de santé : point d'avancement

Pr SALOMEZ souhaite éclaircir le rôle de la commission spécialisée de la Conférence Régionale de Santé et de de l'Autonomie (CRSA) au regard des groupes de travail.

M.MARQUÉ met en exergue deux sujets d'actualité. Premièrement, les concertations ont été lancées. Suite à la commission permanente de la CRSA, la composition des groupes de concertation a été transmise aux membres de la CP. Les chantiers sont répartis en fonction des commissions spécialisées : la commission « prévention » doit échanger sur le thème des comportements favorables à la santé dès le lendemain.

Suite à la réunion préparatoire de la commission spécialisée prévention, **M.TISON** indique qu'il a procédé à un ajout à l'ordre du jour de la commission, sur le thème de l'efficacité et l'efficience des actions de prévention menées au cours des trois dernières années.

M.MARQUÉ a pris note de ce souhait, en vérifiant que le pilote du chantier « efficience » ne serait pas sollicité outre mesure.

Deuxièmement, les démarches avec les conseils territoriaux de santé sont dorénavant bien engagées sur les principales problématiques territoriales. Ce travail a vocation à nourrir le PRS : à la fin du mois d'avril, les travaux régionaux et territoriaux seront confrontés, afin de s'assurer que les travaux réalisés par les conseils territoriaux soient intégrés dans le schéma régional de santé.

Pr SALOMEZ a été animé par une logique de concertation tout au long du programme. Lorsqu'un produit est quasiment fini (l'accès aux soins des personnes en situation de handicap, par exemple), il est soumis informellement à la CRSA afin que le pilote puisse procéder aux dernières modifications avant la consultation.

Certains groupes de travail comportent une trentaine de personnes (le groupe « addiction » par exemple). Les usagers du Comité Inter associatif Sur la Santé (CISS) ont été intégrés dans ces groupes. En revanche, **Pr SALOMEZ** se demande à quel stade les commissions spécialisées interviennent.

Mme CADO explique qu'en accord avec **M. GRALL** puis avec **Mme RICOMES** la commission permanente de la CRSA a été positionnée en tant qu'instance de concertation sur le PRS (à l'instar des Commissions de Coordination des politiques publiques (CCPP) pour les partenaires institutionnels). Le Projet Régional de Santé 2 (PRS 2) présente un caractère transversal et ne s'inscrit plus dans le schéma des commissions spécialisées.

Mme CADO souhaite travailler avec la commission permanente sur la méthodologie d'élaboration du PRS 2. Il s'agit toutefois de concertation et non de co-construction. Suite à la déclinaison de la réflexion en chantier s'est posée la question de la participation à ces derniers. Le pilote de l'ARS est chargé de constituer un groupe de travail composé de professionnels de l'ARS et de santé, et d'usagers. Ces choix ont fait l'objet de nombreux questionnements de la part de la CRSA et des groupes professionnels. Les fédérations, les URPS, les partenaires institutionnels ont été sollicités pour désigner des membres.

Il était prévu que les pilotes présentent à la commission permanente de la CRSA l'état d'avancement de leurs travaux. Les commissions spécialisées se sentant exclues de cette démarche et souhaitant apporter leur contribution, lors de sa dernière réunion, la commission permanente a réparti les chantiers entre les différentes commissions spécialisées. Il a également été convenu que les pilotes des chantiers se présenteraient alors devant les commissions spécialisées.

Pr SALOMEZ explique que la commission permanente est dans l'incapacité d'appréhender 23 chantiers en quelques mois. En outre, elle n'a pas voulu se substituer aux commissions spécialisées. Par ailleurs, la CRSA a émis le souhait que les groupes de travail intègrent un certain nombre de représentants.

Pr SALOMEZ en conclut que les commissions spécialisées ou à défaut la commission permanente doivent émettre un premier avis lorsqu'un chantier sera sur le point d'être clos, d'où la nécessité d'établir un calendrier.

Mme LAMBERT précise que les commissions spécialisées ne pourront émettre d'avis pertinent qu'à condition de disposer du temps nécessaire pour travailler sachant que le PRS doit être rendu le 30 juin.

Mme CADO constate la confusion qui règne entre consultation et concertation. La commission permanente de la CRSA joue le rôle d'instance de concertation tout au long de l'élaboration du PRS. Le délai de publication du PRS est fixé par la loi au 1^{er} janvier 2018, ce qui nécessite de procéder à la consultation officielle des collectivités territoriales de la CRSA à compter du mois de septembre.

Le 30 juin ne constitue pas une date butoir, mais s'il n'est pas exclu d'apporter des modifications pendant cette période, il sera difficile de réunir des groupes de travail représentatifs aux mois de juillet et d'août. L'assemblée plénière prévue au début du mois de septembre constituera un préalable à la consultation officielle.

M. DELAVAL indique que les adhérents des 2 Unions Régionales et Interfédérale des Œuvres et Organismes privés Sanitaires et Sociaux (URIOPSS) ont été invités à pointer les problématiques du secteur du handicap, ce qui a permis d'intégrer un processus de co-élaboration des fiches et des thématiques de ce secteur. L'approche de l'URIOPSS revêt une perspective plus politique que celle de la commission médico-sociale.

M. DEBRAY en qualité de Président de CTS craint que le rôle des groupes de travail du CTS ne se réduise à la portion congrue. Les CTS doivent rendre un document pour que les commissions spécialisées puissent les assimiler et les retravailler.

Pr SALOMEZ rappelle que conformément à la loi, la CRSA a vocation à émettre un avis sur les politiques de santé élaborées par l'ARS. Les commissions peuvent également aborder d'autres thèmes (PRIAC, rapport sur le droit des usagers...).

De fait, la CRSA pourrait très bien se contenter d'émettre un avis après réception du PRS au 1^{er} septembre. Au regard de la lourdeur de ce document, les différentes commissions seront sollicitées pour construire un avis sur les chapitres les concernant. Au cours des six précédentes années, certains programmes n'ont pas du tout été abordés par la CRSA préalablement à la consultation. Ceci l'a souvent conduite à émettre des avis négatifs.

De ce fait, il a été convenu de présenter à la CRSA des préprogrammes quelques mois avant la sortie des projets définitifs (par exemple, le PRAPS PH). Cette démarche est déconnectée de la création de groupes de travail visant à bâtir un programme. L'ambiguïté réside dans le fait que certaines personnes siègent à la fois au sein des groupes de travail et des commissions spécialisées, qui exercent deux missions distinctes. Aussi, le choix de la composition des groupes de travail relève-t-il uniquement de l'ARS.

Dans le cadre de l'élaboration du PRS, il a été convenu que la CRSA examinerait un projet à travers ses commissions spécialisées, ce qui nécessite que l'ARS indique à quelle date chaque pilote est en mesure de présenter son projet devant ces instances.

Mme CADO déplore l'incompréhension qui règne entre la CRSA et l'ARS malgré les débats de la dernière commission permanente qui ont permis la concertation sur la composition des groupes, la méthodologie de communiquer sur l'état d'avancement des travaux. Dans ce cadre, il avait été convenu que les pilotes viendraient devant les commissions spécialisées présenter l'état d'avancement des travaux.

Mme CADO propose la possibilité de déposer sur l'espace collaboratif de la CRSA les fiches complétées, ce qui permettraient aux commissions spécialisées d'émettre des observations sur ces documents.

Pr SALOMEZ estime que l'ARS doit communiquer l'état d'avancement de chaque chantier à la CRSA afin qu'elle organise des réunions.

Mme CADO avait compris que la CRSA souhaitait être informée au fil de l'eau de l'avancement de chaque chantier.

Pr. SALOMEZ estime qu'une concertation au fil de l'eau et l'organisation d'un groupe de travail sur le même sujet feraient double emploi.

M. CHEVRIER déplore la volonté d'avancer à marche forcée même s'il est bien conscient des délais fixés sur un projet qui structurera pendant dix ans la politique de santé et présente en outre un caractère transversal inédit. Il convient de prévoir des points d'étape dans le cadre de l'application de ce point. Le diagnostic sur le handicap, par exemple, obère totalement la question des besoins. Par ailleurs, l'intervenant estime que les conclusions des groupes de travail n'engagent pas la CRSA quant à la position qu'elle prendra lors de la consultation à partir de septembre.

M. CATESSON en appelle au pragmatisme : au regard du temps contraint dans lequel les partenaires doivent élaborer ce PRS, celui-ci devra pouvoir être amendé par avenant. Les groupes de travail représentant correctement l'ensemble des instances, la CRSA ne pourra intervenir qu'à la marge, à la fin du mois de juin.

Pr. SALOMEZ en conclut de la nécessité d'éviter de faire travailler les commissions spécialisées en doublon des groupes de travail, et de les solliciter uniquement pour examiner un produit semi-fini.

Mme CADO rappelle que la CRSA doit se réunir en assemblée plénière le 13 juin, précédée de groupes de travail dont elle se demande s'ils ne sont pas redondants avec la réflexion menée en commission spécialisée. La loi a prévu un délai contraint de réalisation du PRS qui fixe donc des objectifs stratégiques, qui devront être déclinés dans les cinq prochaines années. Les chantiers thématiques se poursuivront sur les cinq années.

Mme CADO propose de rectifier la façon de travailler et de s'adapter aux contraintes de la CRSA qu'elle entend tout à fait.

Pr SALOMEZ se réfère à une fiche de chantier qu'il lit, il souligne que le groupe de travail, qui doit se réunir les 25 janvier, 10 février, 24 et 27 mars, ne relève pas de la CRSA. Il devrait aboutir au début du mois d'avril à la rédaction de fiches opérationnelles, qui pourront être présentées devant les commissions spécialisées de la CRSA. Il suggère que le Président de chaque commission spécialisée désigne un certain nombre d'instructeurs ayant vocation à examiner les fiches opérationnelles, en vue de réaliser une synthèse validée en réunion plénière de la commission spécialisée et destinée ensuite à la commission permanente. Il attend de l'Agence des deadlines. Il conviendra de déterminer les sujets sur lesquels il semble pertinent d'inviter les usagers à émettre un avis spécifique, sachant qu'ils sont légitimes sur tous les sujets.

Pr CANARELLI approuve cette organisation, en soulignant que les commissions spécialisées n'ont pas vocation à émettre des suggestions, mais à valider ou invalider celles qui leur seront faites. Quant à la commission permanente, elle joue un rôle de coordination.

Pr SALOMEZ confirme le rôle méthodologique et de coordination de la commission permanente.

Mme DUROT émet le souhait de disposer d'une vision plus large au niveau de la commission permanente pour avoir un suivi de l'avancement des chantiers.

Mme TREPTE indique que la commission des usagers s'est fait communiquer le nom de tous les pilotes de chantier et la liste des associations participant à la réflexion. Elle salue l'accueil qui a été réservé à la commission par les pilotes, alors qu'ils ont parfois dû déplorer que la commission leur impose des représentants des usagers dont le positionnement et la légitimité auraient pu être remis en cause (une association de parents d'élèves, par exemple, s'agissant de la santé des jeunes).

Pr SALOMEZ souligne la spécificité de la situation des usagers. Il conclut qu'une synthèse de l'instruction des dossiers sera réalisée par les commissions spécialisées, tandis que la commission permanente synthétisera des positions afin de soumettre un avis global en réunion plénière.

M. CHEVRIER recommande aux membres de veiller en priorité à repérer les oublis avant de critiquer les propositions.

Pr SALOMEZ suggère de proposer une grille d'analyse des projets.

M. CATESSON s'enquiert de la date limite de remise des conclusions.

M. MARQUÉ rappelle que les 22 pilotes sont invités à rendre leur copie à la fin du mois d'avril, sachant que certains d'entre eux ont déjà rendu des conclusions. Ensuite il y aura une période de relecture de 15 jours par le comité de pilotage du PRS.

Pr SALOMEZ souligne que certains thèmes, comme l'efficacité territoriale, relèvent de la commission permanente.

M. MARQUÉ annonce que les maquettes du PRS seront mises à disposition de la CRSA à compter de la fin du mois d'avril.

Pr SALOMEZ demande si la commission permanente est censée communiquer son avis aux pilotes.

M. MARQUÉ explique qu'après leur remise, ses conclusions n'appartiennent plus au pilote.

Pr SALOMEZ préconise de mettre en œuvre une méthodologie unifiée de gestion des chantiers.

M. MARQUÉ objecte de l'impossibilité de procéder de cette manière.

Pr SALOMEZ invite les représentants des CTS (Conseils Territoriaux de Santé) à dresser un point d'étape.

M. DEBRAY rappelle que le CTS de l'Oise a été installé le 26 janvier 2017, avec un Président et un bureau composé de 8 membres. L'Assemblée plénière a arrêté cinq thématiques prioritaires parmi les chantiers : personnes âgées, handicap, jeunesse, santé mentale et démographie médicale. Les membres titulaires et suppléants se sont répartis dans ces groupes, pilotés par un ou deux membres du bureau.

Deux réunions par groupe ont été programmées, sachant que quatre groupes sur cinq se sont déjà réunis. Les groupes se laissent la possibilité d'organiser une troisième réunion et/ou d'inviter des experts si nécessaire. Un

premier focus « groupe » a été réalisé le 22 février, sachant qu'un second est programmé le 21 mars. Le premier a été consacré à une présentation de l'Oise et des Hauts-de-France et le second sera centré sur l'Oise.

Le niveau de participation est satisfaisant, d'autant que les membres apprécient le fait que les suppléants soient associés. Un projet de nouveau règlement intérieur sera présenté lors de la prochaine réunion plénière, afin de résoudre deux problématiques :

- Les personnes du 5^{ème} collège (personnes qualifiées) peuvent être élues présidentes, mais ne peuvent pas faire partie des commissions.
- L'URPS (Union Régionale des Professionnels de Santé) a souhaité être mieux représentée.

Mme LEFEBVRE explique que le CTS Métropole Flandres a été installé le 31 janvier 2017. Le règlement intérieur a été adopté, qui stipule que les personnes qualifiées ne pourraient pas être membres du bureau. **Mme LEFEBVRE** a toutefois souhaité qu'elles soient invitées permanentes. Par ailleurs, l'élection des membres du bureau n'a pas été problématique du point de vue de l'URPS, puisque trois postes sur six étaient réservés à l'URPS « médecins » et les autres URPS se sont répartis les postes de titulaires et de suppléants.

A l'instar de M. DEBRAY, **Mme LEFEBVRE** a souhaité que les membres titulaires et suppléants participent à toutes les réunions, afin que chacun dispose de la même connaissance des dossiers. Le bureau s'est réuni le 20 février afin de fixer les dates des travaux. Le diagnostic territorial du territoire Métropole Flandres a été présenté en séance plénière le 3 mars, sachant que les membres sont invités à exprimer leurs remarques pour le 27 mars. Les commissions « santé mentale » et « usagers » se réuniront à cette date.

Le bureau qui se tiendra le 3 avril définira les cinq priorités du territoire, avec l'appui de l'ORSS et sur la base des remontées du terrain. Lors de la commission plénière du 26 avril, ces propositions seront partagées avec l'ensemble des acteurs du terrain.

Pr SALOMEZ précise qu'en l'absence de lien hiérarchique entre la CRSA et les CTS, ces derniers n'ont aucunement obligation de présenter leurs travaux au CRSA.

M. LONNOY annonce que le CTS de l'Aisne s'est installé le 9 février et a prévu deux réunions, le 17 mars et le 6 avril. Il ne lui sera donc pas possible de respecter la date limite du 30 mars. M. LONNOY s'enquiert de la date de la restitution des travaux prévue au mois d'avril.

M. MARQUÉ confirme que le rendu de la copie des CTS est prévu plutôt à la fin du mois d'avril.

M. LONNOY précise qu'il envisage quelques modifications du règlement intérieur du CTS, notamment en vue d'élargir la liste des invités permanents du bureau à deux représentants de la CRSA, MM. SERVEAUX et GAUTHIER.

M. CANARELLI indique que le CTS de la Somme s'est installé progressivement et a entamé ses travaux par une présentation des chantiers, en vue de la priorisation de cinq travaux. Il a proposé de :

- modifier le règlement intérieur pour élargir le collège 1 (offreurs de soins) à hauteur de trois membres, afin de représenter tous les corps de métier ;
- inviter à la Commission Spécialisée des Usagers de la Santé Mentale à se réunir sachant qu'elle disposerait de la possibilité de formuler deux propositions.

Le CTS a bénéficié d'une présentation du diagnostic de l'URSS concernant la Somme afin de mettre en exergue les spécificités du territoire. La deuxième présentation de l'URSS interviendra le 5 avril en vue de formuler une proposition lors de la réunion plénière du 7 avril.

M. BURGI s'interroge sur l'évaluation des anciens PRS. La méthode utilisée par le cabinet de conseil ne permet pas de mesurer l'impact des politiques publiques, tandis que l'observatoire de la santé sanitaire fournit une photographie de l'état de la santé de la population du territoire. Celui-ci est connu depuis une dizaine d'années et n'a guère évolué. En revanche, ces données ne permettent pas de déterminer quelles sont les politiques publiques qu'il convient de reconduire. Dans ce contexte, M. BURGI questionne la maturité de l'ARS en matière d'évaluation des politiques publiques de santé.

M. PLAYE indique que le bureau du CTS du Hainaut, élu le 8 février, s'est réuni pour la première fois le 9 mars pour dresser un état des lieux de l'état de santé du territoire, qui s'avère de plus en plus catastrophique. Il convient donc de déterminer quelles politiques n'ont pas fonctionné ou ce qu'il conviendrait de faire pour améliorer la situation. Le nombre de thématiques étant limité, M. PLAYE s'interroge sur la possibilité de développer des thématiques supplémentaires, afin de prendre en compte des particularités locales.

Pour le territoire du Hainaut, **M. PLAYE** met en exergue le vieillissement de la population et la désertification rurale, les cancers des voies aérodigestives et supérieures, le suicide chez les jeunes et l'éducation à la santé (le parcours de soins du patient, la solitude des personnes âgées, la parentalité et le rôle éducatif, la petite enfance). Afin d'améliorer la coopération entre les acteurs, le CTS du Hainaut envisage d'intégrer à son règlement intérieur des règles de bonne pratique.

Le CTS doit se réunir en séance plénière le 6 avril, sachant que le bureau a transmis un compte rendu de la réunion du 9 mars à l'ensemble des membres afin de dresser un état des lieux et de susciter

Pr SALOMEZ confirme que certains états des lieux de la santé dans la région, qui datent de 25 ans auparavant, font état d'indicateurs strictement identiques à ceux déplorés aujourd'hui. Par ailleurs, il émet le souhait que la commission permanente réfléchisse aux critères présidant à la priorisation (faisabilité...). D'une manière générale, il envisage de créer, à travers la CRSA et les CTS, un espace d'échanges autour du grand territoire. En effet, il convient de consolider les différentes échelles de réflexion, d'autant que les espaces interagissent entre eux. En outre, tous les anciens CTS n'ont pas fonctionné aussi bien qu'on aurait pu l'espérer. Pour ce faire, **Pr SALOMEZ** suggère d'organiser une réunion des présidents afin d'examiner de quelle manière exprimer un avis à la fois global et incluant les particularités de certains territoires. En matière de démographie des professions de santé et d'accès aux soins par exemple, une préconisation du CRSA doit prendre en compte l'hétérogénéité du territoire.

M. MARQUÉ souligne que la démarche des CTS est basée sur la nécessité de partager le diagnostic et de porter les spécificités territoriales, afin de préfigurer les projets de territoire et de faire le lien avec le PRS. Même s'il a vocation à répondre à des problématiques identifiées localement, le projet de territoire doit pouvoir s'adapter au fil de l'eau aux spécificités.

Mme LEFEBVRE a été conduite, quelques années auparavant, à animer la commission « santé mentale » du territoire du Hainaut. Celle-ci a travaillé avec l'ensemble des partenaires et des acteurs de terrain (médecine scolaire, médecine du travail, usagers, représentants du monde médico-social) pour un résultat inexistant. C'est pourquoi elle préconise de faire pression auprès des responsables politiques en vue d'une modification de la loi.

M. MARQUÉ indique que le PRS prévoit dorénavant de mettre en lien les travaux réalisés au sein des CTS. Le premier axe du chantier « synergie territoriale » consiste à définir des priorités au sein des territoires en vue de la mise en œuvre du PRS.

III – Présentation de la journée Droit des Usagers du 18 avril 2017

Mme TREPTE rappelle que la journée Droit des Usagers était déjà organisée depuis plusieurs années par les CRSA de Picardie et de Nord/Pas-de-Calais. Le CRSA des Hauts-de-France a fixé la date du 18 avril, qui coïncide avec la journée européenne du droit des usagers dans le domaine de la santé, bien que cette date tombe pendant les vacances, le lendemain du lundi de Pâques et en période électorale. La remise du label « droits des usagers » est programmée par le Ministère le même jour, à Paris.

A ce stade, **Mme TREPTE** se déclare dans l'impossibilité de communiquer le lieu de cet événement, qui devra être central, assez grand, accessible et conforme au budget. Par souci d'efficacité, la commission spécialisée « droits des usagers » a décidé de dédier un groupe de travail à cet événement, qui rend régulièrement compte aux membres de la commission.

La thématique proposée est « parcours de santé et droits des usagers » suite à la parution de la charte sur le parcours de santé élaborée par le CNS, en date du mois de juillet 2016, et à l'importance accordée à cette notion par la loi de modernisation du système de santé et dans le cadre de l'élaboration du PRS.

La matinée sera consacrée à la remise du label « droit des usagers » (sept labels ont été attribués en séance de la commission spécialisée au début du mois de janvier : les deux premiers ont été validés par la directrice générale et ont été proposés au niveau national) ainsi qu'à l'intervention de personnalités (M. le Président de la CRSA, M. le Président de la commission droits des usagers de la Conférence Nationale de Santé, M. RUSCH, et Mme BOUGHRIET, docteur en droit).

L'après-midi, se tiendront deux tables rondes dédiées :

- au public le plus éloigné du système de santé (personnes en difficulté sociale, handicapées, atteintes de troubles mentaux) ;
- au retour d'expérience sur le parcours : méthodes et différents outils, initiatives, lien hôpital/médecine de ville, maladies chroniques.

Mme TREPTE propose d'intituler cette journée : « Parcours de santé : un parcours de droit(s) ? ». Cette suggestion n'ayant pas fait l'unanimité au sein de la commission « droit des usagers », elle sollicite l'avis de la commission permanente.

M. DEBRAY suggère de supprimer la parenthèse.

Mme MAURICE explique qu'il s'agit d'un jeu de mots entre un parcours de droits (individuels et collectif) et un parcours de droit (le droit à avoir un parcours de santé).

Pr SALOMEZ estime que cet intitulé est implicite au lieu d'être explicite. Il risque d'interpeler davantage les initiés que les patients.

Mme TREPTE rappelle que cette journée a vocation à apporter des explications aux usagers. L'intitulé « droit fondamental » a été envisagé, puis rejeté pour son caractère grandiloquent.

M. LEBRUN est plutôt d'accord mais déplore que le jeu de mots ne soit pas suffisamment compréhensible et suggère d'écrire « parcours de droits, droit au parcours ».

Mme TREPTE précise qu'à l'intérieur du parcours de soins, le patient peut faire valoir différents droits : accès à des prestations médico-sociales, aux consultations dédiées, etc...

Pr SALOMEZ estime que le fait que cet intitulé interpelle est intéressant en soi.

M. TISON préconise de rester terre-à-terre s'agissant de l'intitulé d'une manifestation destinée au grand public. Il estime préférable d'écrire « droit au parcours ».

Mme LAMBERT suggère d'écrire « un droit pour tous »

M. CHEVRIER suggère d'écrire « Santé : droit au parcours, parcours de droit ».

Pr SALOMEZ craint que ce titre n'induisse un caractère « aide juridique » que ne recouvrent pas ces journées.

M. LEBRUN réitère sa proposition « Parcours de santé : parcours de droits, droit au parcours ! »

Les membres de la commission permanente approuvent la proposition de M. LEBRUN.

Mme TREPTE souligne que l'ARS Picardie avait l'habitude de citer l'ARS et la CRSA dans les invitations, afin de mettre en exergue le partenariat entre les deux structures. Elle sollicite l'avis des membres sur cette pratique.

Pr SALOMEZ estime légitime de citer les deux coorganisateur et co-financeurs de cette manifestation.

Les membres de la commission permanente approuvent cette proposition.

IV - Synthèse des auditions des porteurs de projet financés dans le cadre de l'appel à projets en 2015 auprès de la commission spécialisée droit des usagers

Pr SALOMEZ constatant que le temps manque pour présenter correctement ce sujet, il suggère de reporter ce point et de l'aborder en premier point de l'ordre du jour lors de la prochaine commission permanente.

Pr SALOMEZ remercie les membres participants et clôt la séance à 16 h 25.

Jean – Louis SALOMEZ



