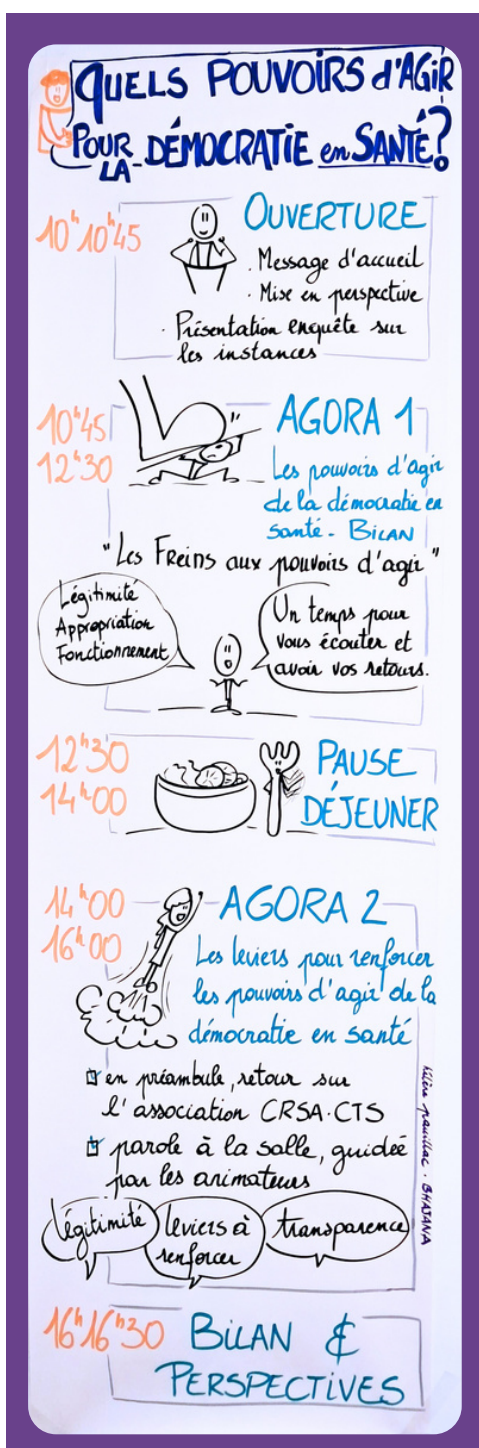


1. Journée régionale Démocratie en Santé : **retour sur action**
2. De la démocratie sociale de 1945 à la démocratie en santé
d'aujourd'hui : **mise en perspective par Bertrand Garros**
3. enquête Démocratie en Santé : **présentation des résultats**
4. Agora 1 : **freins à la démocratie en santé dans les instances**
5. Agora 2 : **leviers à la démocratie en santé dans les instances**
6. Conclusions de la journée : **perspectives**

1. journée régionale Démocratie en Santé

retour sur action



Le 4 décembre 2025 s'est tenue la **Journée Régionale de la Démocratie en Santé en Nouvelle-Aquitaine**, co-portée par l'association CRSA/CTS et France Assos Santé Nouvelle-Aquitaine, en lien étroit avec l'Agence Régionale de Santé et avec l'appui de l'agence de communication O tempora. Acteurs institutionnels, représentants d'usagers, associations, professionnels, élus et citoyens engagés se sont réunis autour de cet événement au format innovant dans ces espaces de démocratie en santé : la **conférence inversée**. Inspiré du principe de la classe inversée, ce format consiste en la captation de la parole du public en première instance pour pouvoir par la suite construire le contenu de la conférence et les débats qui en découleront. Cette approche s'est notamment concrétisée à travers des « **agoras** », terme issu de la Grèce antique désignant les places publiques où les citoyens se réunissaient pour exercer leurs droits politiques. Dans ce cadre, les agoras ont pris la forme d'assemblées : organisées le matin pour **dresser un état des lieux** au sein des instances, puis l'après-midi pour **identifier les leviers** permettant de renforcer concrètement le pouvoir d'agir en démocratie en santé. Ces échanges ont été accompagnés d'une **facilitation graphique** en direct, afin de reprendre l'ensemble des éléments abordés lors des échanges sur une fresque.

Eric Sury, Président de l'association et **Yvette Martin**, Présidente de France Assos Santé Nouvelle-Aquitaine ont pu ouvrir la séance avec quelques mots :

« **La démocratie en santé ou démocratie sanitaire vise à associer l'ensemble des acteurs de santé pour élaborer et mettre en œuvre la politique de santé, dans un esprit de dialogue et de concertation.** Elle prend la forme d'instances de concertation dans lesquelles l'ensemble des acteurs du champ de la santé sont représentés. La démocratie sanitaire se traduit par la reconnaissance des droits des usagers du système de santé. Cette notion implique une participation active des usagers à l'élaboration de politiques de santé ainsi qu'à l'élaboration d'un système de santé de meilleure qualité. Il nous a semblé utile de vous réunir pour réfléchir ensemble à une amélioration du fonctionnement de nos instances. En effet nous constatons, je pense tous à des degrés divers, la difficulté de participations, de mobilisation des membres, en particulier des élus, la nécessité d'un suivi des avis, la limite qu'ils ne soient que consultatifs, d'un développement nécessaire des auto-saisines. », **E. Sury**.

« C'est avec une volonté partagée de mieux faire vivre la démocratie sanitaire en Nouvelle-

Aquitaine que s'inscrit cette journée innovante qui nous permet de sortir des silos, en en unissant expertises, expériences et engagements. [...] **La démocratie sanitaire, ce n'est pas un simple discours, c'est une pratique, c'est l'action : c'est dire, être écouté et agir.** Elle se construit collectivement, et ne progresse que si chacun peut trouver sa place, sa légitimité et sa capacité d'agir », **Y. Martin**.



2 De la démocratie sociale de 1945 à la démocratie en santé d'aujourd'hui

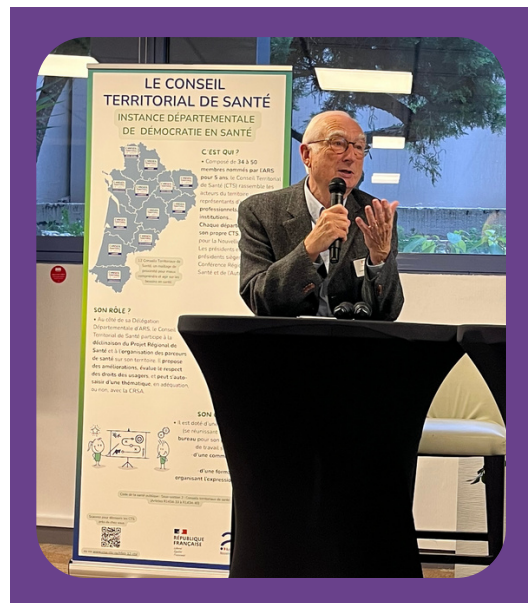
mise en perspective par Bertrand Garros



Bertrand Garros, **Président du comité d'organisation de la journée et ancien président des CRSA Aquitaine et Nouvelle-Aquitaine**, a pris la parole à la suite afin d'offrir des éléments de balises pour structurer les débats.

« À l'origine, **la gouvernance de la Sécurité sociale reposait sur une démocratie sociale**, fondée sur une gestion paritaire des salariés et des employeurs dans le cadre d'un financement par des cotisations sociales assises sur le salaire. Avec l'introduction du financement par l'impôt et l'universalisation du droit à l'assurance maladie fondé sur un critère de résidence (CMU en 1999) et non plus sur le travail, **on passe d'une logique impliquant les partenaires sociaux à une logique de démocratie en santé intégrant l'ensemble des citoyens.**

La démocratie en santé s'est ainsi progressivement développée, d'abord à travers la reconnaissance des droits des patients (**information, participation aux décisions**), fortement marquée par la lutte contre le sida et consacrée par **la loi Kouchner de 2002**. Cependant, cette approche a parfois réduit la démocratie en santé aux seuls droits individuels, au détriment de sa dimension collective et populationnelle défendue en 1986 par la Charte d'Ottawa sur la promotion de la santé.



La régionalisation et la territorialisation du système de santé dans les années 1990, se sont traduites par la création de nouveaux organismes, dont les ARS, ainsi que la mise en œuvre de programmes et de crédits régionalisés. Il en est résulté de nouvelles exigences en termes de participation aux décisions collectives. Les ordonnances Juppé de 1996 ont ainsi créé des **conférences régionales de santé** conçues comme des **lieux de concertation entre institutions, professionnels et usagers**. Leur rôle s'inscrit dans une logique de démocratie « délibérative », décrite en 2011 par le Conseil d'État, avec plusieurs niveaux de la simple information à la négociation dans certains cas, en passant par la consultation ou la concertation, sans se substituer néanmoins aux autorités publiques. A cette démocratie délibérative doit répondre, selon le Conseil d'Etat une administration délibérative associant transparence, dialogue, moyens adaptés, culture du réseau et obligation de rendre compte.

Dans le cadre de la démocratie en santé, les **CRSA et les conseils territoriaux de santé** disposent de missions larges précisées par le Code de la santé publique : rendre des avis et formuler toutes propositions sur la politique de santé en région, évaluer le respect des droits des usagers et la qualité des prises en charge et des accompagnements, et enfin organiser le débat public en santé. Toutefois, leur capacité réelle à faire vivre une démocratie délibérative reste inégale : leurs avis et propositions sont plus ou moins pris en compte, l'évaluation de la qualité des prises en charge peu pratiquée. Enfin, l'organisation de débats publics impliquant largement la population, y compris les moins de 40 ans ou les personnes en situation de précarité, est exceptionnelle et nécessiterait de nouvelles modalités, par exemple sous forme de convention citoyenne à dimension régionale ou territoriale.

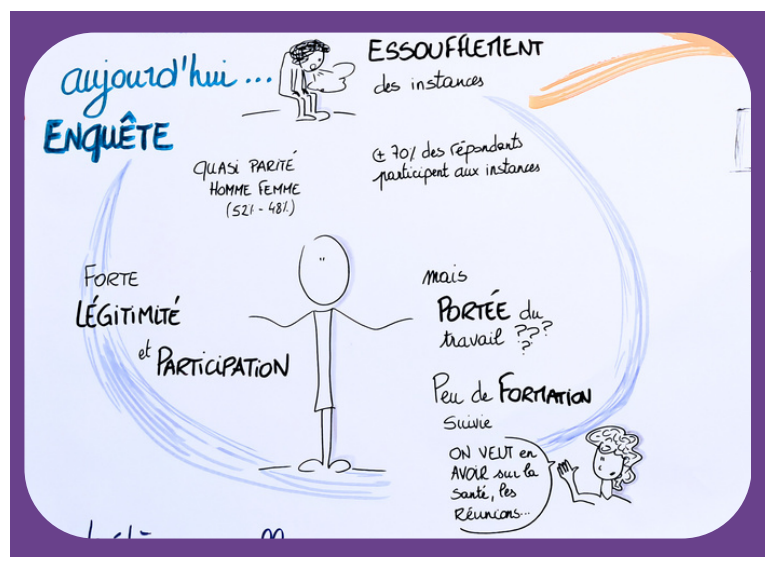
Au final, **la démocratie en santé s'inscrit dans un processus continu et progressif**. Elle nécessite une nouvelle étape pour renforcer le pouvoir d'agir de la CRSA et des CTS au regard de leurs missions de base. Malgré ses limites, elle demeure une utopie nécessaire, incarnée par les instances de démocratie en santé, pour **construire des politiques de santé « avec » les citoyens plutôt que sans eux.** »

- Synthèse de son intervention, l'intégralité est disponible sur le site internet.



3 • enquête Démocratie en Santé

présentation des résultats



La journée a été l'occasion de présenter aux participants les principaux résultats de **l'enquête régionale sur la démocratie en santé en Nouvelle-Aquitaine**. Lancée en amont de l'événement, cette enquête s'inscrit dans un contexte de questionnements croissants sur la participation des membres au sein des instances de démocratie en santé et sur la portée réelle de leurs travaux. Diffusée auprès des membres de la CRSA et des CTS, l'enquête visait à mieux comprendre les **modalités de participation**, le **vécu des membres dans leurs instances**, ainsi que **l'utilité et l'impact perçus de ces espaces consultatifs**. Sa présentation a constitué un temps structurant, permettant de partager un socle commun de constats et de données avant l'ouverture des agoras. Elle a ainsi contribué à outiller les participants

pour nourrir la dynamique de la conférence inversée et ancrer les échanges dans des éléments objectifs. Les résultats mettent en lumière une **réalité contrastée et nuancée**. D'un côté, ils témoignent d'une **mobilisation réelle des membres** : la participation aux réunions est globalement élevée, la prise de parole est majoritairement jugée aisée et le sentiment de légitimité largement partagé. Une grande partie des répondants exprime également un sentiment d'utilité personnelle à siéger au sein des instances, traduisant un engagement fort et durable. De l'autre côté, l'enquête révèle un **décalage persistant entre cet investissement et la perception de l'impact** concret des travaux menés. De nombreux membres déclarent éprouver des difficultés à identifier les suites données aux avis et recommandations formulés, ou à mesurer leur influence sur les décisions prises à l'échelle régionale. Ce manque de visibilité sur « **l'après-avis** » apparaît comme un point de fragilité récurrent.

Si les instances apparaissent comme des espaces d'expression et d'implication, leur capacité à peser concrètement sur les décisions reste insuffisamment perçue. Les résultats soulignent ainsi un enjeu central : **passer d'une participation investie à une participation visible et impactante**, ce qui suppose des **conditions de fonctionnement plus favorables**, une **meilleure circulation de l'information** et un **accompagnement renforcé des membres**.



À retenir de l'Enquête Démocratie en Santé Nouvelle-Aquitaine (2025)

- Une légitimité largement partagée par les membres
- Un engagement réel mais inégal selon les profils et les instances
- Un sentiment d'utilité personnelle présent, mais un impact collectif difficile à percevoir
- Un manque de visibilité sur les suites données aux avis et recommandations
- Des freins organisationnels persistants
- Un besoin de formation et d'accompagnement fortement exprimé

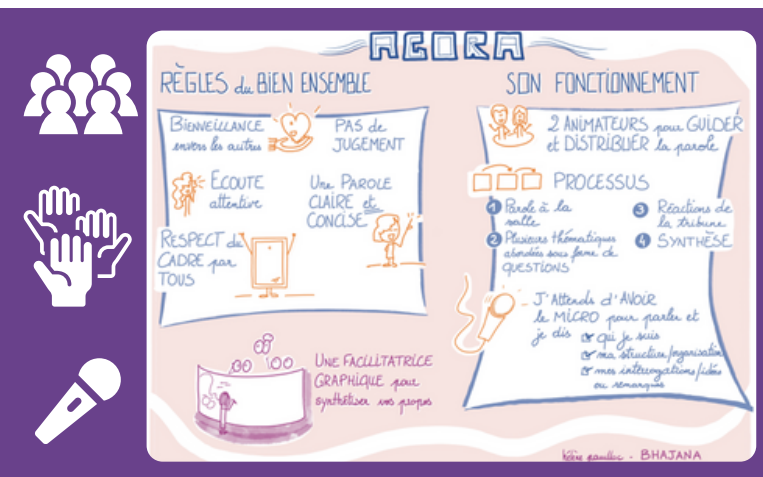


Pour en savoir plus sur l'enquête, [cliquez ici](#).

Ces constats ont trouvé un écho direct dans les **échanges des agoras**. Ils ont servi de point d'appui pour confronter les expériences de terrain, mettre en discussion les pratiques existantes et formuler des propositions concrètes visant à renforcer l'effectivité de la démocratie en santé et le pouvoir d'agir des instances.

4 • agora n°1

freins dans les instances



Le cœur de l'évènement et de son format participatif reposait sur les **agoras**. Pensées comme des espaces de discussion horizontaux, elles ont permis à chacun de s'exprimer librement, de partager ses expériences et de confronter les points de vue. Les participants de la salle avaient la possibilité de prendre la parole, et une tribune composée de membres des instances aux profils variés était positionnée afin de réagir aux questionnements et interpellations de la salle. Les échanges étaient animés par Alexandre Bordes, de l'agence de communication O tempora, et Géraldine Goulinet-Fite, coordinatrice régionale de France Assos Santé. Leur rôle consistait à faire circuler la parole entre la salle et la tribune, à

relancer les discussions, à reformuler certaines interventions et à en proposer des synthèses régulières afin de maintenir une dynamique collective. A l'ouverture des agoras, après les propos liminaires du début de matinée, les animateurs ont rappelé les règles de la séance, comme expliqué dans l'illustration ci-dessus : une **écoute attentive**, de la **bienveillance envers les autres**, des **prises de parole claires et concises** ainsi que le **respect du cadre collectif par tous**. Ces règles, partagées visuellement à l'ensemble des participants, ont servi de repères tout au long des discussions.

Rôle de la tribune :

La pluralité de regards à la tribune a permis d'apporter des réactions multiples aux interventions de la salle, tout en maintenant un dialogue ouvert et accessible.

Première tribune :

François Alla (Président de la CRSA), Cécile Tagliana (Directrice Adjointe de l'ARS Nouvelle-Aquitaine), Isabelle Bielli-Nadeau (Présidente du CTS 19), Philippe Arramon-Tucoc (Président du CTS 64), Patrick Charpentier (représentant France Assos Santé).

La légitimité et l'utilité

En reprenant les thématiques principales ressorties lors des nombreux temps d'échange en amont de la journée, les participants ont été invités à discuter de leur **sentiment de légitimité et de l'utilité ressentie** en tant que membres des instances de démocratie en santé. De nombreux participants ont évoqué un sentiment d'utilité fragile, fortement dépendant des territoires, des sujets abordés et des interlocuteurs. Plusieurs prises de parole ont décrit des situations récurrentes : des avis transmis sans retour explicite, l'absence de réponse formalisée, ou encore la difficulté à savoir si les recommandations ont été prises en compte ou simplement classées.



« Je trouve qu'on manque de retours. On fait des propositions et on ne sait pas si ces propositions ont été refusés, reportés, acceptés...Au moins avoir une réponse, même négative. »

Ce **manque de visibilité** sur les suites données aux avis est apparu comme une source importante de démotivation, d'autant plus marquée que l'engagement au sein des instances repose majoritairement sur du bénévolat. Si les participants se sentent individuellement légitimes dans leur rôle, la reconnaissance collective de ces espaces demeure, selon eux, insuffisante et parfois fragilisée. L'absence fréquente d'élus locaux et/ou nationaux dans certaines instances, la méconnaissance du grand public, ou encore la composition des collèges qui exclut certains publics ont été évoquées.

L'appropriation des recommandations produites

Un second axe de discussion a porté sur la manière dont les recommandations produites par les instances sont, ou non, appropriées par les institutions, les décideurs et les acteurs de terrain. En amont, à la tribune, la **question du plaidoyer** et des modalités permettant de passer de la concertation à une démarche de plaidoyer a été abordée. Plusieurs intervenants ont exprimé le souhait d'aller au-delà de cette logique, afin de pouvoir être reconnus comme de véritables partenaires et s'inscrire dans des démarches de co-construction. Plusieurs **exemples d'appropriation effective** des recommandations ont été cités, montrant que le travail des instances peut, dans certains cas, être entendu et produire des effets concrets.

« Sur le zonage des professionnels de santé, nous avons été entendus. Ça dépend peut-être de la composition du CTS, de son bureau. »



Ces témoignages positifs ont toutefois été nuancés par d'autres prises de parole, soulignant des **difficultés persistantes à se faire entendre** ou, à tout le moins, à **percevoir les effets des avis émis**, notamment lorsque l'absence d'élus au sein des instances est constatée.

« On est légitimes. [...] Mais que font les institutionnels de nos avis ? Qui porte la parole des membres au niveau national sans les élus ? »



À la tribune, Cécile Tagliana a précisé que plusieurs travaux, notamment des autosaisines, sont bien remontés au niveau national, tout en reconnaissant que le **recensement et la traçabilité des recommandations** pourraient être améliorés. Elle a également indiqué que certains avis ont contribué à l'adoption de décrets, publiés par la suite au Bulletin officiel. Elle a enfin rappelé que l'ARS s'appuie sur les contributions de multiples instances et organisations, ce qui peut parfois complexifier la lisibilité des processus décisionnels et l'explication des arbitrages retenus.

Le fonctionnement, l'information et la connaissance

Les discussions ont également porté sur le fonctionnement concret des instances et les conditions dans lesquelles s'exerce la participation. Plusieurs participants ont pointé des **difficultés liées à l'organisation même de ces espaces**, en particulier les risques d'entre-soi et d'inégalités d'accès. À titre d'exemple, Christine Gonzato-Roques, présidente du CTS du Lot-et-Garonne, a évoqué le fait que les réunions du CTS se tiennent exclusivement dans les locaux de l'ARS à Agen pour des raisons de facilité, une pratique pouvant conduire à l'exclusion de certains membres. Un membre du CTS de la Haute-Vienne a également indiqué qu'alors que le CTS était auparavant systématiquement invité aux réunions du Contrat Local de Santé du territoire, ces invitations sont aujourd'hui devenues plus rares.

Enfin, l'Agora a fait émerger un questionnement plus transversal sur les notions mêmes de démocratie en santé, de co-construction, de consultation et de plaidoyer. Plusieurs participants ont exprimé un **besoin de clarification quant aux rôles respectifs des acteurs** et aux marges de manœuvre réelles des instances, afin de prévenir les incompréhensions et les attentes irréalistes.

« Chacun doit reconnaître ses propres limites. Si on a le sentiment d'une pleine puissance, à ce moment-là ça ne marchera pas. »



5^o • agora n° 2

leviers et préconisations dans les instances

L'après-midi, la deuxième agora a marqué un changement de dynamique. Après avoir largement exploré les freins et les difficultés, les participants ont été invités à se projeter vers l'avenir et à **identifier des leviers concrets pour renforcer le pouvoir d'agir des instances**. Une nouvelle tribune, composée de profils différents de celle du matin, était également présente pour dialoguer avec la salle.



Rôle de Wooclap :

L'agora s'est appuyée sur l'utilisation de l'outil interactif Wooclap, permettant de recueillir en direct les propositions, réactions suite aux trois questions thématiques qui ont rythmé l'après-midi.

Seconde tribune :

François Alla, (Président de la CRSA), Benoît Elleboode (Directeur Général de l'ARS Nouvelle-Aquitaine), Christine Gonzato-Roques (Présidente du CTS 47), Georges Chata (Président du CTS 23), Yvette Martin (France Assos Santé).

La préparation d'avis

Le premier temps a été consacré à la préparation des avis, à partir d'une question posée en amont via l'outil Wooclap invitant les participants à identifier les conditions nécessaires pour que la prise d'avis soit satisfaisante pour tous. Les réponses projetées en direct ont fait émerger de manière très lisible plusieurs attentes fortes : disposer de délais suffisants, recevoir les documents en amont, clarifier les attendus et mieux connaître les marges de manœuvre associées aux avis sollicités. Les notions de « **temps** », « **information** », « **avis éclairé** » et « **diffusion** » sont apparues de façon récurrente dans les contributions, traduisant un besoin partagé de sécuriser les processus de travail collectif. Les échanges avec la salle ont ensuite permis de préciser ces enjeux. Plusieurs participants ont souligné les difficultés rencontrées lorsque les calendriers sont contraints ou lorsque les documents sont transmis tardivement, limitant la possibilité de mobiliser des expertises internes ou externes. D'autres ont insisté sur l'importance de mieux anticiper les avis récurrents, comme par exemple le PRS, afin de pouvoir s'organiser en amont. La question de la diffusion des avis a également occupé une place centrale, avec l'idée que les productions des instances ne doivent pas rester cantonnées au seul circuit institutionnel, mais pouvoir toucher d'autres acteurs, voire le grand public, notamment par le biais des médias locaux ou de partenariats territoriaux.



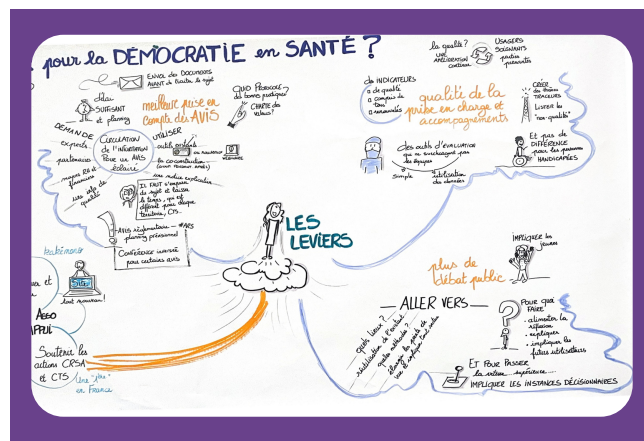
« On ne sait pas utiliser les moyens à notre disposition. »

À la tribune, plusieurs intervenants ont rappelé que le pouvoir d'agir des instances repose aussi sur leur capacité à structurer leurs propres méthodes de travail. La nécessité de construire des cadres partagés, des outils communs et des protocoles clairs pour la demande, la rédaction et la diffusion des avis a été évoquée comme un levier important pour renforcer à la fois la qualité des productions et leur lisibilité.

L'évaluation des prises en charge et des accompagnements

Le deuxième thème portait sur l'amélioration des prises en charge et des accompagnements. Les contributions ont fait émerger une attente forte autour d'indicateurs simples, compréhensibles et directement reliés aux expériences vécues par les usagers et leurs proches. Les notions de « **sens** », « **indicateurs partagés** », « **expertise d'usage** » et « **évaluation** » ont structuré le nuage de mots, traduisant une volonté de dépasser des approches perçues comme trop formelles.

Les échanges avec la salle ont souligné que l'évaluation doit avant tout être un outil au service de l'amélioration des pratiques. Plusieurs participants ont insisté sur la nécessité de partir des situations concrètes et des parcours réels, plutôt que de critères abstraits. À la tribune, Benoît Elleboode a rappelé que la qualité s'inscrit dans une dynamique de long terme et que les démarches d'évaluation doivent rester utiles, lisibles et opérationnelles. Des exemples de dispositifs construits avec les usagers ont illustré la possibilité d'associer expertise d'usage et amélioration continue, sans alourdir excessivement les organisations.



Les débats publics

Le dernier temps d'échanges était consacré aux débats publics. Les réponses à la question Wooclap ont fait ressortir de manière marquée les enjeux de diversification des publics, d'accessibilité des formats et de proximité territoriale. Les mots « **jeunes** », « **délocaliser** », « **pédagogie** », « **proximité** » et « **communication** » ont structuré le nuage de mots, révélant une attente forte de renouvellement des modalités de débat. Les échanges ont mis en évidence la difficulté à toucher des publics éloignés des instances, notamment les jeunes, les publics précaires ou ceux peu familiers des dispositifs institutionnels. Plusieurs participants ont souligné la nécessité de sortir des cadres habituels, en investissant des lieux du quotidien, des établissements scolaires ou des espaces associatifs, et en adaptant les formats pour les rendre plus accessibles. Enfin, les discussions ont insisté sur la nécessité de clarifier les objectifs des débats publics. Un débat public peut avoir pour but d'informer, de consulter, de débattre ou encore de contribuer à une décision. Cette clarification est apparue comme une condition essentielle pour éviter les frustrations et renforcer la confiance des participants. À la tribune, il a été argumenté que les débats publics prennent tout leur sens lorsqu'ils s'inscrivent dans des moments clés du processus décisionnel et qu'ils permettent une réelle prise en compte des contributions exprimées. Ce dernier thème a ainsi ouvert des perspectives concrètes pour faire du débat public un levier structurant de la démocratie en santé à l'échelle régionale et territoriale.

Question 1 :
Comment améliorer la prise d'avis pour qu'elle soit satisfaisante pour tous ?

avoir les informations en amont

anticipation des calendriers

diffusion élargie des avis

Question 2 :
Comment évaluer la qualité des prises en charge et des accompagnements ?

associer les usagers

indicateurs concrets

évaluation continue et utile

Question 3 :
Comment tendre vers plus de débats publics ?

diversifier les publics

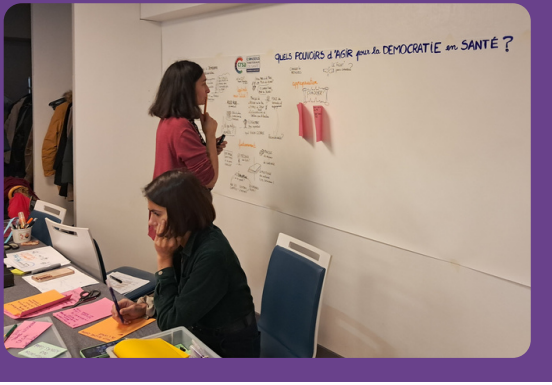
formats et lieux adaptés

clarification des objectifs de débats

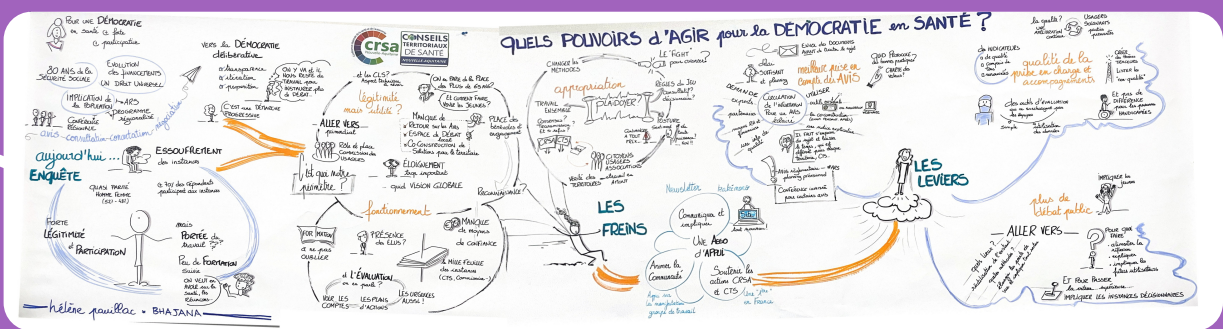


6 conclusions de la journée

perspectives



La **fresque réalisée en direct** par Hélène Pauillac, tout au long de l'événement a permis de restituer, de manière visuelle et synthétique, la richesse des échanges. Elle donne à voir les grands constats partagés par les participants, les freins identifiés au fil des discussions, mais aussi les leviers et pistes d'action envisagés collectivement. Cette fresque constitue à la fois une **mémoire de la journée et un support de projection**. Elle illustre les enjeux centraux abordés lors des agoras : la reconnaissance du travail des instances, la lisibilité de leur utilité, les conditions concrètes du pouvoir d'agir et la nécessité de renforcer les liens entre acteurs, territoires et niveaux de décision. En ce sens, elle dépasse la simple restitution graphique pour devenir un outil de travail mobilisable dans les suites de la démarche.



La fresque est disponible sur le site de la CRSA et des CTS de Nouvelle-Aquitaine.

L'ensemble des discussions a permis de faire émerger un diagnostic commun.

- **Les instances de démocratie en santé** reposent sur un **engagement fort et durable de leurs membres**, qui **se sentent majoritairement légitimes, investis et désireux de contribuer aux politiques de santé**.
- Toutefois, **cet engagement est encore fragilisé par un manque de visibilité** sur les suites données aux avis, des **difficultés de fonctionnement**, des **besoins d'accompagnement et de formation**, ainsi qu'une reconnaissance institutionnelle parfois inégale. Au-delà de ces constats, la journée a été marquée par une **volonté collective d'avancer**.



Le questionnaire de satisfaction diffusé à la suite de la journée révèle une tendance très positive : 95% déclarent que la journée a permis de contribuer au renforcement de la démocratie en santé. Les répondants ont été satisfaits voire très satisfaits des moyens mis à disposition pour la journée. Ils soulignent notamment l'intérêt du format participatif des agoras, la liberté de parole permise, la diversité des points de vue exprimés et l'intérêt de supports visuels pour structurer les débats.

Nous tenons à remercier le comité de pilotage pour son appui à l'organisation de cet évènement.
Nous souhaitons également remercier l'ARS pour le financement de la journée.

Newsletter produite par l'association d'appui logistique à l'action de la CRSA et des CTS en Nouvelle-Aquitaine,
 Copyright © 2026 Asso CRSA.CTS NA, tous droits réservés.

Comité de rédaction

Pour l'association : Frédéric Bouhier, Margaux Lopez, Eric Sury
 Contributions : Bertrand Garros, Eric Sury, Yvette Martin

Directrice de publication & conception graphique : Nora Ayoub

Pour toutes demandes d'informations sur les sujets traités, mise en relation avec les membres et groupes de travail :
 envoyer un mail à association.crsacts.na@gmail.com