

Conférence nationale de santé

Avis
du 16 décembre 2011

portant sur
les éléments de
réflexion pour une
politique nationale
de santé
2011 – 2025

EMBRASSER UNE APPROCHE GLOBALE DE LA SANTÉ



Conférence nationale de santé

Avis du 16 décembre 2011

portant sur les éléments de réflexion pour une politique nationale de santé 2011-2025

Aux termes des dispositions de la [loi n° 2004-806 du 9 août 2004 relative à la politique de santé publique](#), la Conférence nationale de santé « *formule des avis et des propositions au Gouvernement sur les plans et programmes qu'il entend mettre en œuvre* ». C'est dans le cadre de ces attributions que le Directeur général de la santé a demandé à la Conférence nationale de santé (C.N.S.), par lettre en date du 7 juillet 2011¹, de lui donner son avis sur « **les éléments de réflexion pour une politique nationale de santé 2011 – 2025** ».

Préambule :

Le document « [Eléments de réflexion pour une politique nationale de santé 2011 – 2025](#) » a fait l'objet d'une présentation détaillée lors de la séance d'installation de la Conférence nationale de santé le 21 juin 2011. Cette présentation s'est poursuivie par de nombreux échanges entre les membres et le Directeur général et la Directrice adjointe de la santé.

Le document a fait ensuite l'objet d'examens en Commission permanente les 07.09., 11.10., 08.11. et 02.12.11.

Une commission extraordinaire s'est tenue le 18 novembre à laquelle ont participé 35 membres de la Conférence.

8 contributions écrites ont été adressées à la Présidente de la Conférence.

C'est à la suite de ces travaux, que la Conférence nationale de santé a adopté, le 16 décembre 2011, en Assemblée plénière, l'avis dont la teneur suit.

¹ http://www.sante.gouv.fr/IMG/pdf/Lettre_saisine_CNS_sur_note_PNS_07_juillet_2011_2_.pdf



I. Le document « **Éléments de réflexion pour une politique nationale de santé 2011-2025** » constitue une avancée...

La définition des finalités et exigences de la politique nationale de santé pour les 15 prochaines années, ainsi que d'une stratégie pour les 5 années à venir, constitue incontestablement une avancée.

| | |
|--|----------|
| <i>Le document s'inscrit dans une lignée de documents structurants.....</i> | 3 |
| <i>Il est de grande qualité</i> | 3 |
| <i>Son existence répond à l'attente exprimée par la C.N.S. lors de son mandat précédent</i> | 3 |
| <i>Le document développe une approche globale de la santé</i> | 4 |
| <i>Ses orientations convergent avec celles antérieurement formulées par la C.N.S.</i> | 4 |
| <i>Les orientations de ce document sont en cohérence avec celles déjà données en région</i> | 5 |

➤ ***Le document s'inscrit dans une lignée de documents structurants :***

Le document soumis à l'avis de la Conférence arrive après une longue série de travaux de qualité, rapports, études, recommandations, etc., préconisant notamment la planification en santé, l'approche globale et interministérielle, le développement de l'éducation à la santé et de la prévention, la coopération des acteurs. Nous citerons, par exemple, le [rapport sur la santé en France du Haut Comité de la santé publique paru en 1994](#), les travaux préalables aux ordonnances de 1996 ainsi que l'[avis du Haut Comité de la santé publique sur les orientations stratégiques de la politique de santé](#) adopté en 2002. Si l'essentiel était déjà présent dans ces travaux, le fait que ce document émane de la Direction générale de la santé, et non plus de structures d'avis ou de conseil, constitue en soi une avancée. Il s'agit d'une appropriation d'expertise au travers de la formulation de la politique de santé.

➤ ***Il est de grande qualité :***

Tous s'accordent pour souligner la grande qualité du document tant sur le plan rédactionnel (les concepts sont clairement énoncés) que structurel (contexte et enjeux, finalités et exigences de la politique pour 2011-2025, stratégie pour 2011-2015).

Ce document fait preuve de grandes qualités de synthèse pour maîtriser une réalité complexe et ordonner la pensée autour d'enjeux essentiels.

➤ ***Son existence répond à l'attente exprimée par la C.N.S. lors de son mandat précédent :***

Dans son [avis du 10 décembre 2009 intitulé « six critères pour la future loi de santé publique »](#), la C.N.S. soulignait la nécessité que la politique de santé publique soit identifiée par les principes sur lesquels elle repose et par ses grandes orientations.

Le document soumis à la consultation de la C.N.S. s'inscrit dans la réponse à cette attente, même si son absence de statut -ce n'est pas une loi de santé publique- suscite des interrogations. Dans quelle mesure ce document sera-t-il opposable aux différentes directions au sein même du ministère chargé de la santé et, encore plus, vis-à-vis des autres ministères ?



➤ **Le document développe une approche globale de la santé :**

Même s'il reste encore trop marqué « soins » -certains passages seraient à reformuler-, le document témoigne d'une volonté réelle d'aborder la santé de manière globale. Ainsi, il est souligné à plusieurs reprises que la politique de santé ne se résume pas aux seuls volets de l'éducation à la santé, la prévention, les soins, l'accompagnement, etc., mais qu'elle doit s'entendre par une intervention sur l'ensemble des déterminants de santé (alimentation, logements, transport, travail, aménagement du territoire...), au travers de dimensions interministérielles et intersectorielles.

La politique de la santé en France est historiquement focalisée sur la maladie et les soins. La [loi du 21 juillet 2009 portant réforme de l'hôpital et relative à la santé, aux patients et aux territoires](#) (dite loi « H.P.S.T. ») a formalisé une approche plus étendue de la santé en soulignant l'importance de la prévention, en intégrant à la santé l'accompagnement médicosocial et en instituant un rôle d'animation régionale de la politique de santé interministérielle confié aux Agences régionales de santé (A.R.S.), ce dernier point restant encore à développer.

La C.N.S. se félicite de voir exprimée au niveau national la même volonté d'approche globale de la santé, à travers la notion de parcours des personnes et la réflexion sur la nécessaire prise en compte des différents déterminants de santé (environnement et climat, cadre et conditions de vie et de travail, comportements individuels). En effet, dans son avis de décembre 2009 intitulé « *six critères pour la future loi de santé publique* », la Conférence nationale de santé soulignait :

« Il conviendrait donc qu'un titre de ce code de santé publique distingue les grands principes dont elle doit être dotée. A cet égard, la Conférence nationale de santé estime qu'il serait judicieux que ce titre mette au moins en exergue :

- ***l'exigence de santé publique dans toutes les politiques**, car la Conférence nationale de santé estime que les objectifs de la politique de santé publique doivent être relevés par toutes les politiques publiques. Ce n'est pas une idée nouvelle pour la Conférence nationale de santé, qui s'y est déjà penchée au moins de façon organique dans son [avis du 13 octobre 2008 sur la mobilisation des acteurs dans la prévention](#) ou dans celui du [18 juin 2008 sur l'expertise](#). En effet, la Conférence nationale de santé a proposé, dans ces deux avis, que toute politique publique tienne compte de l'exigence de faire progresser la santé publique, quel que soit le département ministériel qui initie la mesure. La Conférence nationale de santé avait déjà exprimé cette préoccupation, en souhaitant le développement des études d'impact en santé avant toute décision publique, de façon à réduire les risques des politiques publiques sur la santé. Il s'agirait ici d'aller plus loin et de recommander plus spécialement que toutes les politiques publiques comportent un volet « santé ». En région, il ne faut surtout pas cantonner la santé publique à l'action de son pôle au sein des agences régionales de santé. Il convient, au contraire, de prendre appui sur les collectivités territoriales en organisant avec elles une fonction d'observation de la santé très déconcentrée, pour leur permettre l'identification de leurs leviers d'action ; [...]*»

➤ **Ses orientations convergent avec celles antérieurement formulées par la C.N.S. :**

Dans son [avis du 22 mars 2007 sur les voies d'amélioration du système de santé](#), la C.N.S. affichait une triple ambition : « [...] promouvoir l'état de santé le plus optimal possible pour nos concitoyens, réduire les inégalités et augmenter la solidarité face au système de santé, tout en recherchant une plus grande efficacité. »

Dans son avis du 10 décembre 2009 intitulé « *six critères pour la future loi de santé publique* », la Conférence nationale de santé soulignait :



« Il conviendrait donc qu'un titre de ce code de santé publique distingue les grands principes dont elle doit être dotée. A cet égard, la Conférence nationale de santé estime qu'il serait judicieux que ce titre mette au moins en exergue :

- ***l'exigence de santé publique dans toutes les politiques [...]*** ;
- ***la lutte contre les inégalités de santé*** que la Conférence nationale de santé avait déjà diagnostiquées dans son avis du 22 mars 2007 identifiant les voies d'amélioration du système de santé français ;
- ***l'affirmation selon laquelle la politique de santé publique résulte d'un débat partagé***, impliquant l'ensemble des acteurs (services de l'Etat, professionnels de santé, organisations de la société civile, collectivités territoriales), et de leur engagement concerté pour relever les défis de santé publique auxquels ils sont confrontés au plan national comme dans les territoires. A cet égard, l'implication des acteurs au plan local doit être facilitée pour relever les défis de santé publique. [...]

La Conférence nationale de santé mettait ainsi en évidence les principaux objectifs suivants :

- l'approche transversale de la santé ;
- la réduction des inégalités de santé ;
- la promotion d'un état de santé optimal pour tous ;
- l'augmentation de la solidarité ;
- la recherche d'une plus grande efficacité ;
- l'implication de tous les acteurs.

Dans le document soumis à consultation, les finalités proposées pour la politique nationale de santé sont :

- promouvoir l'égalité devant la santé (qui inclut la politique interministérielle pour une prise en compte de tous les déterminants de santé) ;
- développer la capacité d'autonomie de chacun en la soutenant collectivement ;
- consolider le niveau global de santé face aux évolutions des enjeux sanitaires, avec deux exigences fondamentales : efficacité et solidarité.

Il est clair qu'il y a grande convergence entre les orientations proposées -finalités, exigences- et les attentes déjà formulées par la Conférence nationale de santé.

➤ ***Les orientations de ce document sont en cohérence avec celles déjà données en région :***

Les Contrats pluriannuels d'objectifs et de moyens (C.P.O.M.) des Agences régionales de santé sont tous construits autour d'indicateurs relatifs aux trois thèmes ci-dessous ainsi que leurs sous thèmes :

1. améliorer l'espérance de vie en bonne santé :

- réduire la mortalité prématurée évitable ;
- développer la promotion de la santé et la prévention des maladies ;
- renforcer l'efficacité du dispositif de veille et de sécurité sanitaire.

Deux indicateurs sont retenus autour du dépistage du cancer et l'amélioration de la couverture vaccinale ;



2. promotion de l'égalité devant la santé :

- densité médicale ;
- équipements en établissements et services médicosociaux ;

3. développer un système de santé de qualité, accessible et efficient :

- qualité du système de santé ;
- efficience de l'offre ;
- gestion du risque ;
- adaptation de l'offre de santé ;
- recours aux urgences.

Même si l'on peut exprimer quelques réserves sur la formulation de certains de ces objectifs, force est de constater la cohérence entre ces démarches au niveau national et régional.

La Conférence nationale de santé évalue positivement la volonté affichée par ce document de définir un cadre pluri annuel de développement de la politique de santé, cadre en cohérence avec les attentes qu'elle avait déjà exprimées et avec les orientations données pour les politiques régionales de santé depuis la mise en œuvre de la loi « H.P.S.T. ».

II. ...même si des améliorations sont nécessaires :

II.1. Concernant les enjeux de la politique nationale de santé 2011-2025 :

| | |
|---|----------|
| <i>Améliorer le niveau global de santé et la qualité du système de santé français.....</i> | 7 |
| <i>Améliorer la santé de la population en agissant sur ses déterminants clefs (environnement et climat, cadre et conditions de vie et de travail, comportements individuels).....</i> | 7 |
| <i>Assurer l'implication de tous les acteurs dans la politique de santé tant au niveau de sa conception que de sa mise en œuvre.....</i> | 7 |
| <i>Assurer l'accompagnement de l'évolution culturelle que représente l'approche globale de la santé.....</i> | 8 |
| <i>Optimiser les ressources en professionnels de santé.....</i> | 8 |

Le document soumis à la C.N.S. identifie 7 enjeux majeurs pour la stratégie nationale de santé 2011 – 2025 :

1. Préserver le niveau global de santé et la qualité du système de santé français,
2. Réduire les inégalités de santé entre genres, entre groupes sociaux et entre territoires,
3. Favoriser la préservation du « capital santé » en agissant sur les déterminants clés de la santé (environnement et climat, cadre et conditions de vie et de travail, comportements individuels),
4. Assurer la qualité et la réactivité de la réponse en cas d'alerte,
5. Anticiper et s'adapter au vieillissement de la population,
6. Assurer l'efficience du système de santé,
7. Assurer l'adhésion de la population à la politique de santé.

La Conférence considère que certains enjeux méritent d'être reformulés et certains ajoutés.



- **La Conférence propose une reformulation des enjeux 1 et 3 afin qu'ils s'inscrivent en enjeux d'amélioration plutôt que de préservation :**

Pour l'enjeu 1 :

Améliorer le niveau global de santé et la qualité du système de santé français :

Le niveau de santé en France et la qualité du système de santé sont globalement bons, comme le font apparaître plusieurs indicateurs au niveau européen et au niveau mondial. Le document considère comme enjeu de la politique de santé la nécessité de « *préserver le niveau global de santé et la qualité du système de santé français* » et retient comme finalité la « *consolidation du niveau global de santé face aux évolutions des enjeux sanitaires* ».

Ce terme de consolidation est-il utilisé en considérant que nous sommes arrivés à un optimum en matière de santé et qu'il serait donc peu réaliste de vouloir l'améliorer ou est-ce la prise en compte de nouveaux risques (alertes, crises, ...) qui conduit à cette modestie dans la formulation ?

Si, globalement, le niveau de santé et la qualité du système sont bons, tous n'en bénéficient pas également notamment dans les territoires d'outre-mer² ; de plus, des problèmes de qualité sont toujours présents (quel que soit le volet de la santé : prévention, soins, accompagnement) et méritent d'être surmontés.

Pour l'enjeu 3 :

Améliorer la santé de la population en agissant sur ses déterminants clefs (environnement et climat, cadre et conditions de vie et de travail, comportements individuels) :

Si, relativement aux évolutions climatiques (le réchauffement de la planète, par exemple), il importe d'agir localement et globalement pour la préservation de la santé, il semble à la Conférence que la prise en considération de l'impact de l'environnement sur la santé – y compris l'alimentation – et l'amélioration des conditions de travail doivent encore progresser en tant que vecteurs majeurs d'améliorations du niveau de santé de la population.

- **Par ailleurs, si la Conférence partage globalement les constats conduisant aux 6 premiers enjeux, l'analyse concernant les attentes sociétales qualifiées de fortes et paradoxales suscite quelque perplexité, aussi reformule-t-elle l'enjeu 7 comme suit :**

Assurer l'implication de tous les acteurs dans la politique de santé tant au niveau de sa conception que de sa mise en œuvre :

En effet, l'enjeu 7 est formulé comme la nécessité d'obtenir l'adhésion de la population à la politique de santé.

Il n'est pas du tout évoqué la très forte évolution concernant la place et le rôle des usagers qui entendent être acteurs de leur propre santé, mais également de la politique de santé. D'une façon générale, et cela rejoint une préoccupation de gouvernance, l'ensemble des acteurs, pas seulement les usagers, entendent être partie prenante des politiques de santé, tant au niveau de leur conception que de leur mise en œuvre, leur suivi et leur évaluation. L'enjeu est plutôt à reformuler en « *assurer l'implication de tous les acteurs dans la politique de santé* » et cela passe bien entendu par le développement de la démocratie sanitaire à tous les niveaux -local, régional et national-, non

² Le niveau global de santé ne reflète pas le retard que certains DOM-TOM peuvent connaître en matière d'offres de soins, de démographie médicale, d'accompagnement médicosocial et l'importance de l'effort de prévention à développer pour une population socialement défavorisée et parfois géographiquement isolée.



pas conçue comme un outil de communication ou un vecteur d'adhésion, mais comme un mode de construction partagée, de co-construction des politiques.

Ensuite, au-delà de la conception des politiques, c'est leur mise en œuvre concertée s'appuyant sur l'appropriation des objectifs par les acteurs et leurs capacités d'initiative qui devrait être également perçue comme un enjeu. C'est l'étape qui vient après l'appropriation de l'expertise par les politiques, celle de la traduction dans l'action quotidienne des acteurs.

La Conférence considère que 2 autres enjeux majeurs devraient être pris en considération. Il s'agit davantage d'enjeux de méthode, venant compléter le précédent. Ces enjeux doivent être identifiés afin de favoriser la transcription dans la réalité des objectifs fixés en termes de politique générale.

➤ **La Conférence souligne un enjeu lié à l'accompagnement du changement. L'approche globale de la santé, elle-même élément contributif de la réduction des inégalités de santé et d'amélioration de l'état de santé, nécessite une modification des mentalités, des représentations qu'il ne suffit pas de décréter, qu'il s'agit d'accompagner. Ainsi la Conférence identifie-t-elle un enjeu 8 :**

Assurer l'accompagnement de l'évolution culturelle que représente l'approche globale de la santé :

Cette évolution culturelle est à promouvoir à tous les niveaux :

- celui des organes de décision, pour que toute décision politique intègre une étude d'impact sur la santé ;
- celui des professionnels de santé (sanitaire et médicosocial) : il y a lieu de revoir la maquette de formation initiale des professionnels dans le champ sanitaire et médicosocial car, dans ces formations, peu de moments sont consacrés à la construction d'une vision transversale et pluri-professionnelle ;
- celui du grand public et de tous les acteurs pour modifier les représentations, promouvoir le rôle de tous les professionnels de santé dont les professionnels soignants et socio éducatifs. Il importe également de promouvoir la valeur ajoutée des métiers de l'accompagnement, notamment par la mise en avant de leur efficacité au travers des résultats qu'ils permettent d'atteindre.

L'accompagnement du changement passe par de la communication et de la formation pour les usagers, leurs représentants et les professionnels.

➤ **La mise en œuvre de la politique nationale de santé repose sur les acteurs. Un enjeu essentiel réside dans les ressources humaines : raréfaction de la ressource médicale, qualification des intervenants à domicile notamment. Ce constat conduit à la formulation de l'enjeu suivant :**

Optimiser les ressources en professionnels de santé :

L'optimisation des ressources passe par la réflexion sur les besoins en professionnels, la répartition territoriale équitable de ceux-ci, l'adéquation de leur formation permettant une réelle qualification dans leurs secteurs d'intervention. L'évolution du partage des tâches afin d'assurer le meilleur service aux usagers, dans le respect des compétences de chacun, aura un rôle clé à jouer dans l'optimisation des ressources. Celle-ci passe également par l'utilisation des technologies de l'information et de la communication (T.I.C.), tant pour la formation des professionnels que pour la pratique en réseaux reliés aux centres spécialisés.



Pour disposer de ressources suffisantes en professionnels de santé, il faut travailler sur l'attractivité des professions non seulement pour disposer de personnes formées, mais également pour qu'elles persistent dans l'exercice de leur profession. Cela passe par une action selon deux axes :

- la promotion des métiers du champ sanitaire et médico-social, afin d'améliorer la représentation collective des métiers de la santé, y compris celui de médecin, en mettant en avant les valeurs qui les animent et les services rendus ;
- l'amélioration des conditions de travail et des rémunérations, en particulier pour les métiers de l'accompagnement.

II.2. Concernant les finalités de la politique nationale de santé :

| | |
|--|-----------|
| <i>Retenir comme finalité la réduction des inégalités de santé.....</i> | 10 |
| <i>Inscrire l'information de tous - usagers et professionnels de santé - comme un vecteur de réduction des inégalités.....</i> | 10 |
| <i>Inscrire encore plus fortement la politique interministérielle comme une dimension fondamentale de la promotion de l'égalité devant la santé.....</i> | 10 |
| <i>Promouvoir l'éducation à la santé dès le plus jeune âge, notamment dans le cursus scolaire et périscolaire, comme vecteur à la fois de réduction des inégalités et d'amélioration de l'état de santé.....</i> | 10 |
| <i>Mieux intégrer la dimension médicosociale dans une vision globale des parcours de soins et d'accompagnement.....</i> | 11 |
| <i>Inscrire l'accompagnement à domicile (les services d'aide autorisés) comme un secteur à part entière du système de santé.....</i> | 12 |
| <i>Retenir comme finalité l'amélioration de l'état de santé.....</i> | 12 |
| <i>Inscrire plus nettement la réflexion dans la dimension européenne et internationale.....</i> | 12 |

Le document retient 3 finalités de la politique nationale de santé pour 2011 – 2025 :

1. Promouvoir l'égalité devant la santé ;
2. Développer la capacité d'autonomie de chacun en la soutenant collectivement ;
3. Consolider le niveau global de santé face aux évolutions des enjeux sanitaires.

❖ Concernant l'égalité devant la santé, la Conférence formule les recommandations suivantes :

- Dans son constat, le document inscrit comme 3ème faiblesse sanitaire en France, l'importance des inégalités sociales et entre genres, tant en ce qui concerne l'espérance de vie que la qualité de vie. La Conférence juge utile de rappeler que, selon plusieurs approches épidémiologiques, l'emploi reste le premier facteur de discrimination de la santé. Ceci s'observe selon un gradient de catégories socioprofessionnelles, mais également, à l'intérieur de chaque catégorie, les conditions de travail ont un impact sur la santé.

La Conférence entend également rappeler l'attention prioritaire qui est à porter à la santé des personnes démunies, au regard de l'augmentation du phénomène de précarité-pauvreté en France et de leurs difficultés croissantes d'accès aux droits et aux soins.



Le document souligne également l'importance des inégalités géographiques. Pour autant, la formulation retenue pour l'expression de la finalité est celle de « *promotion de l'égalité* » plutôt que de « *réduction des inégalités* ». Cette formulation correspond davantage à un engagement de moyens que de résultats. Est-ce le contexte économique, qui risque de dégrader pour tout un ensemble de personnes les conditions d'emploi, de vie... et donc d'agir sur les inégalités de santé, qui conduit à cette formulation ?

Plutôt que la formulation de promotion de l'égalité devant la santé, la Conférence souhaite que soit retenue la finalité de réduction des inégalités de santé.

Retenir comme finalité la réduction des inégalités de santé :

➤ ***Inscrire l'information de tous - usagers et professionnels de santé - comme un vecteur de réduction des inégalités :***

La recherche de la participation active de chacun à sa propre santé passe bien entendu par l'éducation (éducation pour la santé, éducation thérapeutique...) comme cela est évoqué dans le document. Mais elle passe également par l'information de tous sur la santé et sur notre système de santé : organisation, offre de services, professionnels (formation, tarif des prestations...), établissements (types de services, tarif, qualité...).

A partir de cette information, l'usager-acteur se trouve davantage en mesure d'effectuer ses choix en étant moins dépendant de son point d'entrée dans le système de santé ; le professionnel de santé se trouve lui-même davantage en mesure de proposer à l'usager des orientations, des parcours plus conformes à ses besoins.

L'information objective, accessible à tous, est sans aucun doute un facteur de réduction d'inégalités. Elle permet aux usagers de faire valoir leurs droits et d'accéder aux dispositifs (sociaux, financiers, aides...).

Les acteurs de premier recours, les associations d'usagers et les acteurs locaux (maisons départementales des personnes handicapées –M.D.P.H.-, caisses primaires d'assurance maladie – C.P.A.M.-, mairies et centres communaux d'action sociale,...) sont des relais d'information à mobiliser en priorité.

➤ ***Inscrire encore plus fortement la politique interministérielle comme une dimension fondamentale de la promotion de l'égalité devant la santé :***

La Conférence adhère totalement à cette vision mais elle s'interroge sur les moyens qui seront mis en œuvre pour y parvenir. Il est rappelé dans le document que la première loi de santé publique avait énoncé le principe « *selon lequel les stratégies d'action coordonnent autant que nécessaire les interventions de l'ensemble des secteurs concernés pour atteindre un objectif défini* ». Force est de constater que cette coordination principielle est bien difficile à mettre en œuvre !

➤ ***Promouvoir l'éducation à la santé dès le plus jeune âge, notamment dans le cursus scolaire et périscolaire, comme vecteur à la fois de réduction des inégalités et d'amélioration de l'état de santé :***

L'éducation à la santé est insuffisamment développée en France ; elle est souvent abordée de manière restrictive, limitée à l'alimentation, aux addictions (tabac, alcool et autres substances) et aux comportements sexuels à risques. La prise de conscience par chacun de ce qu'est sa santé, de la façon de la préserver ou l'améliorer individuellement et collectivement ne sont pas suffisamment



enseignées. Le changement culturel évoqué précédemment passe très certainement aussi par un programme ambitieux d'éducation à la santé inscrit dans le cursus scolaire et périscolaire et associant les parents.

L'éducation à la santé doit être également développée pour favoriser la prise de conscience que la santé est une responsabilité individuelle mais aussi collective. Ainsi, la démarche de vaccination devrait être présentée selon ces 2 composantes. C'est également en ce sens que la formation au secourisme et à l'usage des défibrillateurs devrait être rendue obligatoire. En Allemagne, il n'est pas possible de s'inscrire au permis de conduire sans formation au secourisme et à l'usage du défibrillateur.

La promotion de la santé et l'éducation à la santé s'inscrivent dans une ambition plus générale d'éducation, celle-ci étant elle-même un déterminant de santé.

La Conférence adhère à la finalité de développement de la capacité d'autonomie de chacun en la soutenant collectivement, mais elle entend proposer plusieurs pistes d'amélioration prenant en compte les parcours de santé dans leur globalité :

➤ ***Mieux intégrer la dimension médicosociale dans une vision globale des parcours de soins et d'accompagnement***, en effet :

- il y a un enjeu de connaissance de ces parcours, sur lesquels on dispose à ce jour de peu de connaissances et de visibilité ; ils pourraient utilement faire l'objet de programmes de recherche appliquée ;
- une attention particulière est à porter aux personnes en situation de vulnérabilité (pour raisons économiques, d'isolement social ou de difficultés de vie...), aux personnes âgées, aux personnes en situation de handicap. Il y a en effet un enjeu dans l'évaluation partagée des situations des personnes vulnérables, dans une approche multidimensionnelle prenant en compte les différentes recherches cliniques et les apports tant de la Classification internationale du fonctionnement, du handicap et de la santé (C.I.F.) que la Classification internationale des maladies (C.I.M.) ;
- concernant les personnes en situation de handicap, l'offre de services de prise en charge et d'accompagnement est insuffisante : 80 000 personnes, et parmi elles une forte proportion d'enfants, n'ont pas de réponse ; de ce fait, 80 % des mères renoncent à leur activité quand un handicap survient. Par ailleurs, l'offre est souvent inadaptée aux besoins réels des personnes ; les inégalités sociales de santé se mesurent aussi à l'écart entre le besoin réel d'accompagnement et la solution finalement mise en œuvre. Il reste du chemin à faire par rapport aux objectifs de [la loi de 2005](#) ;
- pour les personnes âgées, si le besoin en nouvelles places d'Établissements d'hébergement pour personnes âgées dépendantes (E.H.P.A.D.) ne semble plus la priorité, par contre, la question de leur bon niveau de médicalisation se pose, pour faire face à l'évolution d'un public très différent depuis une dizaine d'années, marqué par les troubles cognitifs et l'admission faute de pouvoir rester à domicile. L'enjeu des développements à venir du nombre de places porte beaucoup plus sur la politique de soutien et d'accompagnement médico-social à domicile (services de soins infirmiers à domicile -S.S.I.A.D.-) ;
- il faut également prendre en compte l'inégale répartition de l'offre d'accompagnement médicosocial sur le territoire français et souligner la carence de cette offre dans l'outre-mer, qui là s'accompagne souvent d'une carence de l'offre de soins ;



- l'accompagnement médicosocial s'inscrit dans la durée, dans un parcours de vie ; l'articulation intersectorielle n'est pas à trouver seulement avec le secteur sanitaire, mais également avec l'éducation, la justice, le logement, la formation, l'emploi... ;
- des modes d'accompagnement sont à inventer ; la comparaison avec des dispositifs étrangers peut être riche d'enseignements.

➤ **Inscrire l'accompagnement à domicile (les services d'aide autorisés) comme un secteur à part entière du système de santé :**

Le secteur de l'accompagnement à domicile des personnes vulnérables n'est pas suffisamment pris en compte et doit relever d'un régime d'autorisation. Même s'il est présenté dans le document comme un choix de vie, il est trop souvent associé à une problématique de « retour » à domicile après hospitalisation. Pour aller vers une désinstitutionnalisation des personnes en état de dépendance et proposer des solutions pertinentes permettant un véritable accompagnement à domicile, il y aurait lieu d'ouvrir plus largement la réflexion en intégrant notamment les problématiques d'éducation thérapeutique pour aidants et aidés, la nécessaire coordination avec les acteurs du champ social, la prise en compte de la valeur ajoutée des métiers de l'accompagnement dans la structuration des parcours de vie.

❖ **Concernant la consolidation du niveau global de santé face aux évolutions des enjeux sanitaires, la Conférence suggère de :**

➤ **Retenir comme finalité l'amélioration de l'état de santé :**

Sans remettre en cause le constat effectué d'une situation sanitaire globalement favorable, le terme de « consolidation de l'état de santé » ne paraît pas satisfaisant au regard des personnes encore en attente d'amélioration de leur prise en charge ou accompagnement ; aussi la Conférence souhaite que soit retenue la finalité d'amélioration du niveau de santé.

➤ **Inscrire plus nettement la réflexion dans la dimension européenne et internationale :**

Le document paraît très centré sur l'hexagone et ne prend pas suffisamment en compte le reste du monde (à commencer par la France d'outre-mer, à laquelle il est fait fort peu référence).

Les risques sanitaires dépendent d'une globalisation des problèmes (risques infectieux, risques environnementaux, risques liés aux produits...) ; leur résolution est souvent encadrée par des règles internationales et européennes sur lesquelles la France peut être en capacité d'agir.

Le document devrait au moins afficher la volonté d'agir au sein de l'Union européenne, pour que soit retenue une approche intersectorielle de la santé au même titre que celle qu'il est souhaité de développer en France.

Aussi, dans l'objectif de « poursuivre le développement de la capacité de réponse aux alertes et aux crises sanitaires », la Conférence souhaiterait voir davantage affirmée la dimension internationale :

- par la prise en compte des risques et des solutions règlementaires à y apporter ;
- par la volonté de contribuer à la mise en place d'espaces de coopération, pour la définition de politiques au-delà des frontières.

II.3. Concernant les exigences de la politique nationale de santé :

Promouvoir la solidarité intrafamiliale ne peut se faire sans soutenir celle-ci.....13

Inscrire la solidarité internationale comme une dimension de notre politique de santé.....13



Le document identifie 2 exigences fondamentales :

❖ **l'efficacité :**

Le document évoque les nombreuses interactions entre les finalités de la politique nationale de santé et l'exigence d'efficacité. Alors même que depuis plus de 20 ans, les inégalités sociales de santé n'ont pas été réduites bien qu'elles figurent au 1er plan des priorités de la politique de santé, la Conférence ne peut qu'approuver cette exigence. C'est pourquoi, elle s'interroge sur l'absence de dimension évaluative du document, notamment au regard des stratégies suivies au cours des 2 dernières décennies et sur leurs résultats. Elle s'interroge également sur l'absence de développement relatif au financement de la politique de santé et au devenir de la protection sociale (voir ci-dessous le § III.).

❖ **la solidarité :**

La solidarité est sans aucun doute une valeur fondamentale de notre système de santé qu'il convient d'afficher en exigence fondamentale.

Deux remarques néanmoins :

➤ ***Promouvoir la solidarité intrafamiliale ne peut se faire sans soutenir celle-ci :***

Le document souligne le rôle irremplaçable des proches dans la prise en charge et l'accompagnement des patients ou des personnes vieillissantes (auxquels il faudrait ajouter les personnes en situation de handicap). Il évoque, par ailleurs, la charge que cela représente pour les aidants et l'impact que cela peut avoir sur leur propre espérance de vie. Aussi, la promotion de cette solidarité familiale ne peut se faire qu'accompagnée de mesures de soutien, de formation et de valorisation du rôle des aidants. La reconnaissance d'un « statut » de l'aidant familial prévoyant une sécurité sociale et un dispositif de retraite, ainsi qu'un droit à des mesures de formation et de réinsertion lorsque l'aide prend fin, des mesures incitatives notamment fiscales, devraient être mises à l'étude.

➤ ***Inscrire la solidarité internationale comme une dimension de notre politique de santé :***

Si la solidarité est une des exigences retenues pour la politique de santé pour les 25 ans à venir, elle est déclinée en solidarité intra familiale, extra familiale et nationale. Il n'est nullement fait mention d'une solidarité internationale. Pourtant, notre système de santé en fait preuve notamment par le développement de coopérations en matière de recherche ou de programmes de soins ou de réflexions internationales (notamment sur le régime de protection sociale des pays émergents). On peut également considérer qu'en fait partie l'accès à la santé des étrangers via le dispositif d'aide médicale d'Etat (A.M.E.), même si celui-ci a fait l'objet de mesures récentes dont il serait intéressant de disposer de l'évaluation.

Il faut souligner la situation spécifique des D.O.M.-T.O.M. au regard de cette solidarité internationale.

La C.N.S. entend que cette dimension soit réaffirmée dans le cadre général de la politique de santé pour les 25 ans à venir.



II.4. Concernant la stratégie nationale de santé 2011-2015 :

| | |
|--|-----------|
| <i>S'appuyer sur la démocratie sanitaire comme principe d'action.....</i> | 14 |
| <i>Faire un premier bilan de l'approche intégrée (parcours de santé) dans les P.R.S.....</i> | 15 |
| <i>Etendre l'approche intersectorielle prenant en compte les déterminants de santé.....</i> | 15 |
| <i>Adapter l'offre en santé aux situations des personnes.....</i> | 16 |
| <i>Développer la recherche sur les services de santé.....</i> | 16 |
| <i>Retenir une mise en œuvre décloisonnée, contrôlée, suivie et évaluée s'appuyant largement sur les projets portés par les acteurs.....</i> | 17 |

Le document propose de construire la stratégie nationale de santé 2011-2015 autour de quatre principes d'action, cinq axes stratégiques et des outils de mise en œuvre.

❖ **Les quatre principes d'actions sont :**

- l'approche globale de la santé ;
- des choix fondés sur les progrès des connaissances ;
- une prise en charge adaptée aux situations de santé ;
- une action lisible et en mesure de susciter l'adhésion.

En tout premier lieu, la Conférence s'étonne du faible rôle accordé à la démocratie sanitaire et souhaite voir retenu le principe suivant :

➤ **S'appuyer sur la démocratie sanitaire comme principe d'action :**

La démocratie sanitaire et ses organes de consultation sont évoqués à plusieurs reprises dans la fin du document soumis à la C.N.S.

La 1^{ère} fois, sous l'intitulé « *compréhension, adhésion et participation* » (p. 40), où la formulation peut laisser penser que les instances de démocratie sanitaire sont uniquement des relais de communication de la politique nationale de santé. La démocratie sanitaire n'est pas associée à la notion de concertation ou de débat (sauf en ce qui concerne le débat autour du texte objet du présent avis). Il y a lieu de modifier le document en conséquence et, au-delà, la conception du rôle de la démocratie sanitaire. La C.N.S. le soulignait dans son avis de décembre 2009, une politique de santé devrait résulter d'un « *débat partagé impliquant l'ensemble des acteurs* » dans une optique de co-construction. Faire de ce débat un simple outil d'adhésion, c'est ignorer *l'intérêt de prendre en compte la parole des usagers et de leurs associations, c'est ignorer l'apport majeur que peut avoir la démocratie sanitaire dans la conception de politiques allant à la rencontre des besoins des usagers et des acteurs et garantes de la mise en œuvre effective de leurs droits*. Le public peut être en avance sur l'expertise comme cela a été le cas, par exemple, pour l'interdiction du tabac dans les lieux publics.

Par ailleurs, les Conférences régionales de la santé et de l'autonomie (C.R.S.A.) ne sont citées qu'en toute fin de document (page 45), simplement pour signaler que leur périmètre a été étendu comme celui de la C.N.S.

La démocratie sanitaire doit s'entendre à tous les niveaux, le national articulé avec le régional grâce à la composition de la C.N.S. assurant une représentation de chacune des C.R.S.A. La démocratie sanitaire en région ne doit pas être simplement évoquée au travers du rôle d'animation de l'A.R.S., mais à travers ses instances (C.R.S.A. et Conférences de territoire).

Il y aurait donc lieu de reformuler le principe C1.d. (page 40) : « *Une action lisible et en mesure de susciter l'adhésion* » en : « **Une action lisible soumise à concertation dans le cadre de la démocratie**



sanitaire ».

Par ailleurs, les Conférences régionales de la santé et de l'autonomie, ainsi que les Conférences de territoires, devraient trouver leur place dans le paragraphe relatif au pilotage structuré (C3.a. – page 44).

Enfin, on ne peut évoquer la démocratie sanitaire sans interroger son mode de construction et la faiblesse de son financement. Ce dernier a un effet structurant sur la participation de tous les acteurs, et des associations d'usagers en particulier. La faible prise en compte des coûts liés à la participation des usagers aux instances est loin d'être à la hauteur du rôle officiellement attribué à la démocratie sanitaire.

La Conférence entend se saisir de ce sujet car il conditionne l'avenir de la démocratie sanitaire ; elle le fera notamment :

- dans le cadre d'une auto-saisine, dans l'avis qu'elle formulera sur le bilan de la démocratie sanitaire en région d'ici à l'automne 2012 (cf. [la lettre de mission du 09.12.11](#)) ;
- dans son prochain rapport annuel sur les droits des usagers ;
- dans l'avis qu'elle pourrait être amenée à formuler si une nouvelle loi relative aux droits des usagers devait être élaborée dans les mois qui viennent.

Parmi les principes d'action retenus pour la politique 2011-2015, vient en tête celui de l'approche globale de la santé ; aussi la Conférence suggère-t-elle de :

➤ **Faire un premier bilan de l'approche intégrée (parcours de santé) dans les Projets régionaux de santé (P.R.S.) :**

Qu'observe-t-on en termes de logique intégrée ? Comment les A.R.S. se sont-elles approprié cette notion ? Si l'on veut passer de la formulation d'objectifs à celle de la mise en œuvre effective, il importe d'évaluer à chaque étape ce qu'il en est.

➤ **Etendre l'approche intersectorielle prenant en compte les déterminants de santé :**

La Conférence ne peut qu'adhérer au principe de développement d'un volet sanitaire dans les études d'impact ou analyses d'impact, et de mobilisation coordonnée des administrations (voir l'avis de la C.N.S. de décembre 2009). Parmi celles-ci, outre l'éducation nationale, l'enseignement supérieur, les sports, la consommation, le travail, il paraît nécessaire de citer l'aménagement du territoire, l'agriculture (pour l'impact sur l'environnement et l'alimentation), l'industrie, les finances, l'intérieur, l'équipement, le logement (effet structurant de l'adaptation des logements pour les personnes en situation de handicap), le transport (et les transports urbains en particulier)...

Une synergie entre les plans nationaux relatifs aux différentes politiques publiques et les plans nationaux de santé devrait être mise en œuvre, au travers d'un volet santé au sein de chacun de ces plans (habitat, logement, aménagement-transports, agriculture, éducation, etc.) ; par ailleurs, les liens doivent être améliorés avec le [Plan santé au travail](#) (P.S.T.) et le [Plan national santé environnement](#) (P.N.S.E.).

La question de la coordination de l'action des A.R.S. avec celle d'autres directions régionales des services de l'Etat, comme la médecine scolaire et la médecine du travail, se pose. Ainsi, par exemple, un bilan des liens réalisés entre plans santé au travail et P.R.S. sera à effectuer, ou encore la prise en



compte du rôle de la médecine scolaire dans le schéma de prévention. Peuvent également être cités les liens éventuels avec le plan santé environnement, avec les politiques développées par les collectivités territoriales, etc.

➤ **Adapter l'offre en santé aux situations des personnes :**

Le respect de l'autonomie des personnes conduit à privilégier une formulation d'accompagnement plutôt que de prise en charge aussi le principe C1.c. (p. 35) « *Une prise en charge adaptée aux situations de santé* » pourrait être reformulé en « **Une offre en santé (prise en charge ou accompagnement) adaptée aux situations des personnes** ».

Il y aurait lieu également de reformuler la notion de « *parcours de soins* » en « **parcours de santé** ».

Concernant le principe d'action relatif au progrès des connaissances, la Conférence entend souligner la nécessité de :

➤ **Développer la recherche sur les services de santé :**

Le document fait état de la recherche biologique, clinique et en santé publique, mais ne fait aucune référence à ce qu'on appelle la « *health service research* » : la recherche sur les services de santé. Il y a des dimensions de recherche en dehors du soin qui nécessitent d'être promues en France, par exemple en ce qui concerne :

- la performance clinique,
- la qualité des soins,
- l'organisation des soins,
- l'accompagnement des personnes handicapées,
- l'impact des modes de prise en charge (par exemple, différentiel de prise en charge pour les personnes atteintes de maladie d'Alzheimer avant ou après 60 ans),
- les liens entre soins et cultures,
- la complémentarité entre médecine et pratiques traditionnelles de soins.

❖ **Les cinq axes stratégiques proposés par le document pour 2011-2015 sont :**

- Prévenir et réduire les inégalités de santé dès les premiers âges de la vie ;
- Anticiper et accompagner le vieillissement de la population ;
- Maîtriser et réduire les risques pour la santé ou l'autonomie, avec une attention particulière aux atteintes prématurées et évitables ;
- Se préparer à faire face aux crises sanitaires ;
- Adapter le système de santé aux besoins sanitaires et aux enjeux d'efficience.

Dans l'axe relatif à la prévention et la réduction des inégalités de santé, la Conférence souhaite insister sur la nécessaire prise en compte des personnes en situation de fragilité, en facilitant leur accès aux droits et à la santé, notamment au travers :

- du développement des permanences d'accès aux soins de santé (P.A.S.S.) ; en effet, il convient de veiller à ce que les dynamiques actuelles d'accompagnement à la santé soient maintenues et renforcées pour les personnes démunies qui ne sont demandeuses ni de prévention ni de soins et pour lesquelles les inégalités d'accès à la santé sont les plus fortes ;
- de la promotion de la santé auprès des étrangers en situation de précarité ;



- de la promotion de la santé pour les personnes détenues.

❖ **Les outils de la mise en œuvre identifiés par le document sont :**

- un pilotage structuré ;
- une programmation nationale adaptée ;
- une filière de santé publique performante ;
- une mise en œuvre contrôlée suivie et évaluée.

La Conférence souhaite insister sur le fait que la mise en œuvre la politique nationale de santé ne peut être simplement une déclinaison de principes énoncés au niveau de la gouvernance. La mise en œuvre devrait très largement reposer sur des projets portés par les acteurs de proximité, dont les associations d'usagers, acteurs les plus à même d'apporter les réponses adaptées aux situations des personnes.

Ainsi la formulation souhaitée serait :

➤ ***Retenir une mise en œuvre décloisonnée, contrôlée, suivie et évaluée s'appuyant largement sur les projets portés par les acteurs :***

La Conférence souligne la nécessité de s'assurer de l'application concrète des connaissances scientifiques, des résultats de la recherche, des conférences de consensus et des recommandations officielles, notamment émanant de la Haute Autorité de santé dans la prise en charge et l'accompagnement de terrain des personnes. De ce fait, l'avancement des connaissances devrait faire l'objet d'une diffusion large auprès des professionnels concernés et des usagers. En effet, il faut lutter contre l'utilisation de méthodes invalidées ou l'absence de prise en compte des dernières connaissances. Sont particulièrement concernées les maladies rares mais il y a lieu d'évoquer les débats autour du cancer du sein ou de la prostate, la prise en charge de la douleur, l'autisme, etc.

Les associations d'usagers et les acteurs du médicosocial à but non lucratif sont particulièrement concernés. Les associations d'usagers ont un rôle majeur à jouer dans l'évolution du système de santé. Par leur connaissance des besoins des usagers, elles sont en mesure de contribuer à l'orientation des politiques vers la prise en compte de ces besoins, elles sont porteuses elles-mêmes de projets innovants, elles sont en position clé pour l'évaluation des politiques du côté de l'usage.

La Conférence considère comme une avancée l'importance accordée à l'évaluation selon les différentes dimensions évoquées dans le document, mais auxquelles elle souhaite ajouter l'évaluation de la gouvernance à tous les niveaux. De plus, les instances de démocratie sanitaire devraient être citées comme partie prenante de l'évaluation.

III. Mais comment définir des orientations sans traiter du financement des politiques et des dépenses de santé et de la part de la protection sociale dans celui-ci ?

| | |
|---|-----------|
| <i>Quel est le scénario d'évolution du contexte mondial et national retenu en toile de fond ?.....</i> | 18 |
| <i>Comment la politique de santé sera-t-elle financée ?.....</i> | 19 |
| <i>Jusqu'à où les contradictions entre les finalités affichées et les politiques mises en œuvre seront soutenables ?.....</i> | 20 |
| <i>Quel avenir anticipe-t-on pour le régime de protection sociale ?.....</i> | 20 |



Nous l'avons souligné, le développement de la politique nationale de santé s'inscrit dans un contexte ouvert tant sur le plan national qu'international. La définition de ses orientations ne peut se faire sans qu'il soit répondu à tout un ensemble de questions concernant l'évolution du contexte économique mondial, le financement de la politique de santé, le régime de protection sociale pour les années à venir.

Il semble à la Conférence que la politique nationale de santé devrait se concevoir à partir d'une réflexion conjointe sur la protection sociale et le financement.

➤ **Quel est le scénario d'évolution du contexte mondial et national retenu en toile de fond ?**

Le document soumis à avis de la Conférence nationale de santé vise à définir les orientations de la politique nationale de santé pour les 15 ans à venir. A plusieurs reprises il est souligné dans ce document, l'importance des déterminants sociaux, sociétaux, environnementaux, etc., sur la santé.

Dans la présentation des tendances lourdes pour la période à venir, sont cités :

- les risques sanitaires à cinétique lente liés à l'environnement et aux modes de vie,
- les risques sanitaires à diffusion rapide qui se renforcent et se diversifient,
- le vieillissement de la population,
- la prégnance croissante de l'enjeu d'efficience.

Si la question de la soutenabilité financière du système de santé est évoquée, rien n'est dit clairement de la crise économique et financière que nous traversons - qui risque fort de perdurer - et d'avoir un très fort impact sur nombre de déterminants à commencer par l'emploi et les revenus. Le développement du chômage, le mouvement accru de population vers les zones urbaines sont des facteurs structurels jouant naturellement en faveur de l'accroissement des inégalités de santé. C'est pourquoi la solidarité doit être clairement affichée comme une exigence de toute politique de santé, ce qui est fait dans ce document.

La prégnance croissante de l'enjeu d'efficience est analysée au regard de la dégradation continue des finances sociales et des besoins croissants dans le domaine de la santé – notamment du fait du vieillissement – mais ne tient pas compte du contexte de crise internationale.

La modestie de la formulation des finalités soulignée précédemment ne proviendrait elle pas de ce scénario de crise qui va bien entendu fortement impacter toutes les politiques publiques ? Ne vaudrait-il pas mieux alors retenir une approche par *scenarii* qui rendrait plus crédibles les différentes orientations retenues ? Sans doute faudrait-il également tenir compte des exercices de prospective sur le système social et économique français en 2025 réalisés notamment par le Conseil d'analyse stratégique (C.A.S.) : toutes les hypothèses de moyen et long terme imposent de situer les réflexions dans des contextes de plus faible croissance, que ce soit parce que notre pays peinera à trouver ses propres ressorts, ou parce que l'on aura basculé dans un modèle de croissance douce et durable. Dans tous les cas, le financement des politiques de redistribution et les arbitrages au sein des politiques publiques seront en débat. Les réponses diffèrent selon le rôle des marchés, de l'État, des collectivités locales et des citoyens.

Les *scenarii* qui en résultent amènent à se poser 3 questions :

1. Comment garantir le pilotage par l'État d'une politique de santé dans un scénario où le secteur privé verrait sa part de financement du système augmenter ?
2. Dans un scénario où l'État prendrait une part prépondérante dans le pilotage du système, où se



fera le débat sur les priorités et les conditions de la démocratie sanitaire ?

3. Enfin, dans un scénario de plus grande décentralisation, où les régions et les collectivités territoriales seront des acteurs majeurs de la santé et de la gestion des risques, 2 questions seront à résoudre : comment garantir une unité des politiques dans et entre les territoires, notamment pour mettre en œuvre des objectifs de réduction des inégalités ?

La Conférence propose que ces enjeux systémiques soient intégrés à la définition d'une politique de long terme.

D'ores et déjà, **la Conférence nationale de santé préconise la formulation d'objectifs ambitieux, garantissant la santé pour tous ; en période de crise où des choix risquent de s'avérer nécessaires, la santé doit rester un domaine préservé et son budget sanctuarisé.**

➤ **Comment la politique de santé sera-t-elle financée ?**

Les aspects relatifs au financement de l'offre de santé sont, en effet, complètement absents si ce n'est pour dire que la soutenabilité financière du système doit être assurée. Il semble que dans un tel document, il serait pertinent de trouver :

- une réflexion plus développée sur l'investissement pour l'avenir que représentent les dépenses de santé ; elles sont créatrices d'emploi, elles contribuent à la richesse nationale, mais également au bien-être de la population. Il serait opportun de développer une approche où sont distinguées les dépenses courantes que sont les soins et l'accompagnement, des dépenses d'investissement constituées par l'éducation à la santé, la prévention, la recherche, y compris la recherche appliquée. Avec une telle approche, ces dernières se trouvent réévaluées et pourraient être valorisées en matière de retours sur investissement notamment économiques.

Le développement en cours des technologies de santé, très certainement appelé à se prolonger, conduit d'autant plus à prôner une approche différenciée entre dépenses courantes et dépenses d'investissement pouvant amener à des modes de financement distincts.

- une réflexion sur les grands équilibres et les ressources du système de santé dans les 15 années à venir. Dans ses travaux, le Haut Conseil pour l'avenir de l'assurance maladie (H.C.A.A.M.) prône la maîtrise des *dépenses de santé, évoluant à un rythme équivalent – et donc non supérieur - à celui de la richesse nationale*. C'est en effet, le gage de la solidarité du système. Une politique qui ne viserait qu'à maîtriser les dépenses de l'assurance maladie sans se préoccuper de la dépense de santé globale serait délétère.

Il y a donc une réflexion à mener sur l'évolution globale des dépenses de santé, en prenant en compte l'ensemble des facteurs ayant un impact sur la santé. Les gains en santé ne sont pas à trouver que dans le système de soins. Par exemple, il est plus intéressant de financer la perte d'autonomie des personnes âgées ou d'agir sur les déterminants de santé que d'augmenter les dépenses d'assurance maladie (voir [rapport du H.C.A.A.M. du 23 juin 2011 : Assurance maladie et perte d'autonomie](#)). Ce qui renvoie une fois encore à l'approche interministérielle de la santé.

Par ailleurs, la maîtrise des dépenses de santé passe par l'identification de la « bonne » dépense (c'est-à-dire une dépense de qualité dans un volume adéquat), ce qui renvoie à une réflexion sur l'organisation de l'offre, la coordination des interventions, l'adéquation des interventions, etc. Est-ce cette perspective qui est retenue de manière sous-jacente dans le document pour maintenir le niveau d'intervention des finances publiques et ne pas le dégrader ?

Si la politique de santé est à financer, l'animation de la politique de santé sur le plan interministériel



l'est également. Quelles en seront les modalités ?

➤ ***Jusqu'où les contradictions entre les finalités affichées et les politiques mises en œuvre seront soutenables ?***

La question est posée à un moment où, par exemple, la loi « H.P.S.T. » a souligné l'importance d'une démarche accrue de prévention et où l'on constate dans toutes les régions une baisse des crédits alloués à la prévention. Comment prôner une meilleure adhésion de la population à la politique de santé si les allocations de ressources ne sont pas en cohérence avec les orientations retenues ?

➤ ***Quel avenir anticipe-t-on pour le régime de protection sociale ?***

Le régime de protection sociale a un impact fondamental sur les comportements de santé de nos concitoyens. Ceci se voit très clairement dans les récentes enquêtes effectuées sur les renoncements aux soins où il apparaît qu'une part importante des personnes interrogées procèdent à un report ou un renoncement de soins, notamment du fait du développement du reste à charge. De même, les congés maternité, la prise en charge des arrêts maladie... sont des facteurs majeurs de santé pour les travailleurs.

Le régime de protection sociale est un fort contributeur à l'atteinte des objectifs de la politique nationale de santé.

Il y a un manque de visibilité sur ce que sera demain notre système de protection sociale lorsque se multiplient les annonces de sortie des affections de longue durée (A.L.D.), les déremboursements, etc., sans que pour autant soit proposée une vision d'ensemble. Il y a nécessité de formuler les fondamentaux de notre système de protection sociale et en particulier la solidarité. La Conférence souligne la nécessité de maintenir une politique de protection sociale garantissant l'accès de tous à la santé ce qui passe notamment par l'évaluation des mesures récentes et la définition des mesures correctives nécessaires. La Conférence est prête à contribuer, notamment, aux travaux menés par le H.C.A.A.M. à ce sujet.

S'il est indiqué dans ce document que la solidarité est une exigence de la politique de santé pour 2011-2025, en tant que fondement du dispositif de protection sociale en France, les implications d'une telle exigence ne sont en aucun cas évoquées. Le document est à ce sujet, comme en apesanteur, il n'évoque rien des tendances actuellement à l'œuvre, des difficultés actuellement rencontrées qui peuvent conduire les plus fragiles à arbitrer entre logement, alimentation et santé.

Le régime de protection sociale, c'est également un choix d'organisation. En 1945, il a été fait le choix d'une « solvabilisation » individuelle pour les soins par le biais de l'assurance maladie, en revanche, il était retenu des services collectifs pour la prévention (par exemple, au début les vaccins n'étaient pas remboursés). Ce choix a été très structurant. Dans un contexte où il est affiché une forte volonté de rééquilibrer notre système de santé vers la prévention, ces choix initiaux ne sont-ils pas à réexaminer ?

Enfin la solidarité doit être effective aussi dans le cadre de la perte d'autonomie. La Conférence formule le vœu que le volet « dépendance » de notre système de solidarité nationale soit sans tarder soumis à débat démocratique, car dans ce secteur également, ce sont les plus fragiles qui pâtissent de la situation présente.



IV. Il faut se donner les moyens de la réussite :

| | |
|---|-----------|
| <i>Définir une méthode de mise en œuvre tirant parti des comparaisons internationales valorisant les investissements, s'appuyant sur la mobilisation des acteurs.....</i> | 21 |
| <i>Réformer la gouvernance nationale des politiques de santé.....</i> | 21 |
| <i>Rendre les objectifs de ce document opposable en les intégrant dans la future loi de santé publique.....</i> | 22 |

Le document soumis à l'avis de la Conférence, s'inscrit dans une lignée de documents précédents, également fort pertinents sur les objectifs qu'il apparaissait nécessaires de retenir pour la politique nationale de santé. 20 ans après, force est de constater que de nombreux constats subsistent ou ce sont même aggravés (par exemple, les inégalités de santé). Aussi, dans le cadre de cet avis, la Conférence souhaite insister sur les éléments qu'il paraît indispensable de réunir pour que les objectifs énoncés dans ce document aient des chances d'être atteints.

➤ ***Définir une méthode de mise en œuvre tirant parti des comparaisons internationales valorisant les investissements, s'appuyant sur la mobilisation des acteurs, dont les associations d'usagers :***

Ces thèmes ont été évoqués à plusieurs reprises au cours de cet avis. Il semble néanmoins nécessaire d'insister sur la problématique de méthode. Puisque les constats étaient pertinents et les objectifs clairement formulés depuis 20 ans déjà, pourquoi la situation n'a-t-elle pas évolué ? Ne faut-il pas s'interroger sur ce qui fait défaut dans les modalités de mise en œuvre de la politique nationale de santé ? Ce ne sont pas les financements qui sont en cause, mais bien les modalités d'organisation, les choix induits par l'organisation de la protection sociale et les modes de financement... Les A.R.S. sont-elles la seule réponse aux difficultés rencontrées ? Ne faut-il pas se positionner dans une attitude de comparaison internationale permettant d'identifier d'éventuelles pistes d'amélioration ?

Ne faut-il pas faire davantage confiance aux acteurs de proximité, dont les associations d'usagers, dans leur capacité à innover pour l'optimisation des ressources et l'amélioration des réponses à apporter aux usagers et laisser plus de place à l'expérimentation ?

A plusieurs reprises, le document évoque la nécessaire dynamique d'implication des personnes prises individuellement et dans un sens collectif. La question qui se pose alors est : comment faire en sorte que les politiques publiques organisent la dynamique d'implication des personnes (usagers, citoyens, professionnels, administratifs, etc.) aux différents niveaux (personnel, collectif en proximité et collectif aux autres niveaux) ? Comment soutenir l'implication de tous en organisant l'espace institutionnel de celle-ci ? Comment organise-t-on une approche expérimentale de l'implication des citoyens dans les affaires de santé qui les concernent ? Quel rôle doit-on faire jouer aux administratifs, aux usagers, aux professionnels dans l'animation de cette implication ?

➤ ***Réformer la gouvernance nationale des politiques de santé :***

Ce n'est pas un hasard si dans ce document une réflexion a été menée sur les objectifs de la politique de santé sans faire réellement le lien avec l'organisation de l'offre en santé et le financement. C'est le reflet de l'organisation où sont distingués en 3 directions du ministère chargé de la santé, les objectifs de santé (Direction générale de la santé), l'offre de soins (Direction générale de l'offre de soins), et la solvabilité du financement (Direction de la sécurité sociale).



La Conférence nationale de santé souhaite que les autres directions du ministère, la Direction générale de l'offre de soins (D.G.O.S.), la Direction de la sécurité sociale (D.S.S.), mais aussi la Direction générale de la cohésion sociale (D.G.C.S.), s'approprient les objectifs de ce document. Le développement de la transversalité sur le terrain ne va pas sans son renforcement au niveau national. Il faudrait parvenir à formuler les orientations d'une politique de santé qui surmonte les clivages administratifs. En tout état de cause, ceux-ci pourront-ils perdurer encore au niveau national alors qu'un effort important de réorganisation au niveau régional a été réalisé par la mise en place des A.R.S. ?

La Conférence nationale de santé formule le vœu que les orientations de la politique nationale de santé 2011-2025 ne soient qu'une 1ère étape (et non la dernière) vers une réflexion transversale, inter-directions au sein du ministère chargé de la santé et en lien avec le ministère de la cohésion sociale et des solidarités. C'est à cette condition, même si elle n'est pas suffisante, que l'on pourra considérer la possibilité d'une traduction dans les faits des principes, finalités et exigences ici exposées.

En matière de gouvernance de la politique nationale de santé, il faut poursuivre la structuration autour d'un nombre restreint d'Agences. Il faudrait également s'interroger sur les modifications pouvant être porteuses d'une gouvernance décloisonnée.

➤ ***Rendre les objectifs de ce document opposables en les intégrant dans la future loi de santé publique :***

Pour que les objectifs inscrits dans ce document soient opposables, pour que ses orientations viennent irriguer l'ensemble des politiques nationales, alors il lui faut changer de statut. La révision de la loi de santé publique annoncée pour 2010, puis attendue pour 2011, verra-t-elle le jour en 2012 ? En toutes hypothèses, elle devrait intégrer les éléments de réflexion présentés dans le document et amendés selon les souhaits de la Conférence.

[dernière insertion de liens : le 28.12.11]



***Avis du 16 décembre 2011 portant sur les
éléments de réflexion pour une politique
nationale de santé 2011 – 2025***



**Ministère du travail, de l'emploi et de la santé
Direction générale de la santé
Secrétariat général de la Conférence nationale de santé
14 av Duquesne - 75350 Paris Cedex 07 S.P.
Tél : 01.40.56.53.72
Mél : cns@sante.gouv.fr
Site : www.sante.gouv.fr/conference-nationale-de-sante-c-n-s.html**