

Conférence nationale de santé

Contribution de la Conférence nationale de santé du 22.10.13 à la refondation de la politique d'intégration

adoptée par la Commission permanente

EMBRASSER UNE APPROCHE GLOBALE DE LA SANTÉ



Conférence nationale de santé

Contribution du 22.10.13 à la refondation de la politique d'intégration

La Conférence nationale de santé a été saisie par les co-pilotes du groupe Protection sociale pour la [refondation de la politique d'intégration](#) : cf. le [message du 07.10.13](#) de la Direction générale de la santé (D.G.S.)/Bureau Santé des populations - et de la Direction de la sécurité sociale (D.S.S.)/Bureau Couverture maladie universelle et prestations de santé, afin de contribuer aux travaux de ce groupe¹. La présente contribution de la Conférence s'appuie sur les textes qu'elle a récemment adoptés dans ce domaine et dont elle annexe une partie de chacun d'entre eux à cette contribution. Ces textes ont en effet l'avantage de présenter à plusieurs reprises des positions communes constamment validées par l'ensemble de la C.N.S.

Ces textes sont au nombre de 3 :

- l'avis de la C.N.S. sur les solidarités en santé « [Pour une évolution solidaire du système de santé](#) » du 18.06.13,
- le rapport 2012 de la C.N.S. sur les droits des usagers « [Réduire les inégalités d'accès à la santé... en renforçant la participation des usagers](#) » du 02.04.13,
- l'avis de la C.N.S. du 02.04.13 sur [la prise en compte de la crise économique sur les priorités et la politique de santé- « Comment sortir plus forts de la crise ? »](#)

L'accès aux droits et à la santé des personnes immigrées pose des questions de 2 natures :

- des questions générales d'accès aux droits sociaux, à la prévention et aux soins, posées à l'ensemble de la population française, mais qui vont être majorées par des difficultés d'intégration ou de précarité socio-économiques ;
- des questions spécifiques à chaque population immigrée selon l'existence, ou non, d'une barrière de langue, de l'écart entre le « vivre ensemble » en France et le pays d'origine, et de l'image de chaque population immigrée dans la société française.

Dans son avis du 18.06.13 « [faire vivre les principes de la solidarité dans le champ de l'autonomie](#) », la Conférence nationale de santé indique que « *Le premier consensus [...] porte sur la **remise en cause de l'intérêt et de l'efficacité des politiques ciblées sur un public particulier, défini au titre de l'âge ou de la pathologie ou de la situation sociale. Pour la C.N.S., l'approche « tous publics » doit être le principe et les approches sectorielles ou ciblées des exceptions dûment justifiées par un bilan coût-avantage documenté. Les dispositifs de droit commun doivent être inclusifs, et s'adapter aux personnes vulnérables, plutôt que***

¹ La saisine a été présentée en [réunion de la C.S.D.U. le 08.10.13](#), la réflexion a été menée en C.S.D.U. et en C.P. ce même jour, un projet de contribution – rédigé par M. GERBAUD – soumis aux membres de la C.P. et C.S.D.U. « pour observations éventuelles » par messagerie, le 16.10.



ces dernières escomptent - de la part de politiques ciblées - le réaménagement de politiques globales mal ajustées. »

Aussi, l'existence réelle de difficultés spécifiques pour les populations immigrées ne doit pas masquer les questions générales qui sont posées : il ne suffira pas de se doter d'interprètes, de support culturellement adaptés ou de médiateurs transculturels pour résoudre tous les problèmes d'accès aux droits et à la santé. La résolution des questions d'ordre général sera bénéfique à l'ensemble de la population française.

En second lieu, les mêmes grands principes doivent s'appliquer à toute la population et il ne peut y avoir de régime de droits spécifiques pour une partie de la population. En revanche, pour certaines populations fragiles, dont les populations immigrées font partie, il est nécessaire de renforcer des dispositifs et aides spécifiques, ce qui ne constitue pas pour autant un système dérogatoire aux soins.

Les propositions de la C.N.S. peuvent s'articuler autour de 9 points :

1. développer une approche par le parcours : au même titre que l'évaluation de l'hôpital repose maintenant sur le « [patient traceur](#) », il faudrait développer une approche de l'accès aux droits et à la santé par « usager traceur ». Cette approche serait très structurante ;
2. les mécanismes d'inégalités d'accès à la santé sont soit primaires soit secondaires :
 - inégalités d'accès primaire (point d'entrée dans le système de santé) par méconnaissance des besoins, renoncement par les usagers eux-mêmes ou refus de soins par certains professionnels de santé ;
 - inégalités d'accès secondaire (déroulement de la prise en charge et qualité des soins) par omission (appréciation imparfaite des besoins des usagers) ou par construction (absence de prise en compte des mécanismes à l'origine des inégalités de santé dans les politiques de santé et dans l'organisation de la prise en charge).

Tout travail sur les inégalités d'accès à la santé doit différencier ces deux niveaux ;

3. la complexité de règlements d'origines différentes et qui s'entrecroisent pour les populations immigrées, l'impact croisé d'un règlement sur un autre sont une contrainte forte pour les personnes immigrées entraînant des ruptures d'accès aux droits (par exemple, le décalage entre début de sécurité sociale étudiante et début d'année universitaire, statut des immigrés en situation régulière n'ayant accès qu'à des assurances santé de type « touristes »,...). Il est donc nécessaire de réaliser une vraie « cartographie » juridique en partant des situations rencontrées par les immigrés dans l'accès aux droits et aux soins ;
4. élaborer une cartographie géographique dans chaque territoire des points d'accès à la santé, des points de premier recours sanitaires comme sociaux, avec la nature des intervenants, les structures d'appui dont ils disposent et leurs réseaux de travail et juridique de l'accès à la santé (accès aux droits, à la prévention, aux soins, etc.) ; à partir d'un cahier des charges national, la maîtrise d'ouvrage pourrait être confiée conjointement à l'Agence régionale de santé (A.R.S.), la Direction régionale de la jeunesse, des sports et de la cohésion sociales (D.R.J.S.C.S.), la Conférence régionale de la santé et de l'autonomie (C.R.S.A.) et au Conseil régional ;
5. favoriser l'articulation entre le sanitaire et le social :
 - au niveau des A.R.S. et D.R.J.S.C.S., en renforçant systématiquement la promotion de la santé (au sens de la [charte d'Ottawa](#)) par une politique volontariste intersectorielle,
 - au plus près des populations et au sein des territoires, il convient de renforcer et de développer les services de 1er recours articulant le sanitaire et le social, d'assurer et de renforcer l'accès des usagers à des services sociaux permettant l'accès aux droits à la santé ; d'intégrer et d'assurer systématiquement



l'articulation des dispositifs de santé et de soins avec les acteurs sociaux concernés dans chaque territoire local et de développer des Contrats locaux de territoire (C.L.T.) associant non seulement les acteurs de la santé mais également ceux de la solidarité ;

6. mettre en place un réseau sentinelle associant des professionnels et associations de terrain, (dispositif de « lanceurs d'alertes » à organiser) pour identifier et signaler plus rapidement les situations de personnes rencontrant des difficultés d'accès aux droits et à la santé ;
7. le recueil des plaintes et réclamations et signalements de dysfonctionnement est un outil de progrès majeur, constitutif de l'évolution du système de santé tant au niveau local que national. Ceci suppose la mise en œuvre de 4 éléments :
 - accroître l'information de la population et donc des immigrés sur leurs droits et leur possibilité d'expression de leurs insatisfactions, plaintes ou réclamations ou signalements de dysfonctionnements,
 - former les professionnels de la santé et du social ayant à intervenir sur l'accès aux droits en santé, sur le circuit des plaintes, son utilité et ses modalités de traitement,
 - simplifier les procédures de plaintes et de réclamations (voir la proposition de la C.N.S. de constituer des Comités territoriaux de relation avec les usagers) et accroître la visibilité tant sur leur existence que sur leur traitement (création d'un observatoire régional,...),
 - développer des procédures de médiation (amélioration du dispositif des personnes qualifiées, ...)
8. rendre effectivement opérationnelle (conditions réglementaires, institutionnelles et techniques) l'utilisation en France, des bases de données médico-administratives en santé, dans l'intérêt des usagers et pour améliorer leur parcours de santé, ceci dans le respect des droits de l'utilisateur et de l'exercice de la démocratie sanitaire ;
9. favoriser la participation (démocratique) des usagers et des populations aux politiques de santé. La participation de l'utilisateur et du citoyen constitue un enjeu essentiel pour les politiques de santé publique. Leurs points de vue viennent questionner, compléter ou enrichir ceux des professionnels de santé et des institutions. Leur participation vient conforter leur appropriation des politiques de santé publique. La participation des usagers et des populations aux politiques de santé ne doit pas être une participation alibi. Elle doit répondre à une réelle volonté politique et s'appuyer sur des méthodologies ou des techniques ayant fait leurs preuves.

De façon concrète, cela signifie :

- associer étroitement les représentants des usagers à l'élaboration des politiques nationales et régionales de santé,
- dans le cadre des politiques publiques, développer des Etudes d'impact en santé (E.I.S.) pour toute décision politique ; les E.I.S. sont des démarches structurées qui visent à identifier les éléments d'une politique qui pourraient avoir des effets favorables ou défavorables sur la santé de la population et des différents groupes sociaux qui la composent. Les E.I.S. prévoient, dans un souci de transparence du processus décisionnel et d'efficacité de leur mise en œuvre, la participation citoyenne dans le processus d'élaboration des politiques publiques,
- dans le cadre des dispositifs avec participation des usagers (Contrats urbains de cohésion sociale, Atelier santé ville, [Contrats locaux de santé](#),...) encourager les « bonnes pratiques » méthodologiques (débat public, conférence de consensus, forum citoyen, atelier citoyen,...) et favoriser une méthode partagée de recueil de la parole des usagers, sur tous les territoires,
- favoriser les métiers facilitant l'implication de la population telle que les personnes relais en santé ou en santé publique.



ANNEXE :

Avis de la Conférence nationale de santé (C.N.S.) sur les solidarités en santé « [Pour une évolution solidaire du système de santé](#) » approuvé en Assemblée plénière le 18.06.13

extraits

« Pour les usagers, l'inorganisation des parcours de santé et de la coopération entre les professionnels, les conflits de territoires et de compétences créent des blocages, des filières de financement, des conflits de responsabilité, conduisant à des choix qui dépendront des financements plutôt que des services rendus, au risque de transformer le système de solidarités en santé en un vaste terrain de droits de tirage plutôt que de services ; [page 3]

Construire des parcours de santé solidaires rassemble, au bénéfice des usagers, le principe de coordination des différents champs et pratiques de solidarités en santé. La responsabilité des professionnels sera de coopérer dans une approche de responsabilité partagée et dans l'objectif de la qualité de ces parcours, celle des financeurs de favoriser ces coopérations. Les usagers, leurs familles, leurs représentants sont les acteurs de premier rang de la construction de ces parcours ; [page 5]

L'accès à la santé n'est qu'un des aspects à l'origine des inégalités de santé. Il n'est plus à démontrer l'importance de l'éducation, de l'emploi et des conditions de travail, de la qualité de l'environnement, pour ne citer que ceux-là, sur la santé des populations et des individus. Des politiques publiques dans ces domaines sont indispensables à la lutte contre les inégalités de santé. [cf. page 9]

La réduction des inégalités d'accès à la santé ne peut donc constituer qu'un levier partiel de la réduction des inégalités de santé. Elle n'en reste pas moins un levier essentiel dont les usagers et les professionnels de santé doivent se saisir. [cf. page 29]



Conférence nationale de santé, rapport 2012 sur les droits des usagers « Réduire les inégalités d'accès à la santé... en renforçant la participation des usagers » adopté en Assemblée plénière, le 02.04.13

extraits

« Les mécanismes d'inégalités d'accès à la santé sont pluriels :

- inégalités d'accès primaire (point d'entrée dans le système de santé) par méconnaissance des besoins, renoncement par les usagers eux-mêmes ou refus de soins par certains professionnels de santé ;
- inégalités d'accès secondaire (déroulement de la prise en charge et qualité des soins) par omission (appréciation imparfaite des besoins des usagers) ou par construction (absence de prise en compte des mécanismes à l'origine des inégalités de santé dans les politiques de santé et dans l'organisation de la prise en charge). [...] » [page 7]

Dans ce même rapport, un focus a été fait sur la question des plaintes, de leur expression, de leur recueil et de leur analyse, éléments importants de toute politique d'amélioration. Or, il n'y a aucun mode de recueil formalisé de plaintes concernant l'accès à la santé des populations immigrées. « Sur ce sujet essentiel », le constat général est le suivant :

- « il n'y a pas de définition et de typologie claires et partagées par les acteurs des plaintes, réclamations et doléances. Il est nécessaire d'établir une typologie (= une classification des motifs) des plaintes et réclamations de façon à permettre une consolidation régionale puis nationale de celles-ci [...] ;
- l'information à destination des usagers, mais aussi des professionnels, quant-aux procédures de plaintes et réclamations est insuffisante. [...]» [page 14]

Quant aux plaintes, « 5 groupes d'objectifs » généraux « peuvent être identifiés :

- nécessité d'accroître l'information des usagers sur leurs droits en rendant celle-ci plus accessible (diffusion de documents, maison des droits des usagers, ...).
- meilleure formation des représentants des usagers (sur les droits et sur le fonctionnement des instances) et des professionnels de santé (sur les droits).
- meilleure visibilité des procédures de plaintes et de réclamations et amélioration de leurs traitements (observatoire régional,...).
- développement des procédures de médiation (amélioration du dispositif des personnes qualifiées, ...).
- développement d'une approche plus transversale et globale des droits des usagers (cohérente tout au long du parcours de santé) dont le but serait d'assurer une meilleure coordination entre professionnels et entre les instances chargées de veiller au respect des droits des usagers (observatoire régionale, dispositif de médiation territoriale, ...). » [page 15]

Plusieurs recommandations du rapport de la C.N.S. peuvent être rappelées ici :

Favoriser l'articulation entre le sanitaire et le social : [...]

- **au niveau des Agences régionales de santé (A.R.S.),** il convient d'améliorer les modalités de coordination des politiques publiques « solidarité – santé – social » :
 - **recommandation 1.1 :** créer une commission de coordination des politiques publiques auprès de l'A.R.S. et de la Direction régionale de la jeunesse, des sports et de la cohésion sociale (D.R.J.S.C.S.) entre les acteurs de la santé et du social ;
 - **recommandation 1.2 :** introduire, dans les Contrats pluriannuels d'objectifs et de moyens (C.P.O.M.) des A.R.S., un indicateur relatif à la mise en œuvre du P.R.A.P.S. ;



- **recommandation 1.3** : renforcer systématiquement la promotion de la santé (au sens de la charte d'Ottawa) par une politique volontariste intersectorielle.
- **au plus près des populations et au sein des territoires**, il convient de renforcer et de développer les services de 1^e recours articulant le sanitaire et le social :
 - **recommandation 1.4** : assurer et renforcer l'accès des usagers à des services sociaux permettant l'accès aux droits à la santé ;
 - **recommandation 1.5** : intégrer et assurer systématiquement l'articulation des dispositifs de santé et de soins avec les acteurs sociaux concernés dans chaque territoire local que ce soit au niveau des structures ambulatoires (pôle ou maison de santé), ou au niveau des dispositifs de prévention ;
 - **recommandation 1.6** : développer des Contrats locaux de territoire (C.L.T.) associant non seulement les acteurs de la santé mais également ceux de la solidarité. [...]

Améliorer l'accès à la santé en mettant en œuvre une mission territoriale de service public en santé incluant une mission d'« observation-évaluation », au niveau régional, de l'accès aux droits et à la santé. [...]

Si ces inégalités de répartition de l'offre constituent un réel problème nécessitant des solutions pragmatiques urgentes, la C.N.S. considère :

- qu'il convient de replacer ces inégalités dans le cadre plus large de l'offre de services de santé (et non pas uniquement de soins) et dans le cadre complémentaire des inégalités de recours à ces services de santé ; le recours varie très fortement d'un territoire à l'autre, cette variation ne s'expliquant pas seulement par l'état de l'offre mais également par les groupes sociaux ;
- qu'il apparaît nécessaire que tous les acteurs se sentent non seulement responsables de leur prestation mais plus largement de la qualité du parcours de santé de l'utilisateur et de l'état de santé de la population locale, ce qui doit les conduire à une approche en responsabilité partagée, et favoriser un travail en coopération avec les autres acteurs du territoire [\[Discours de Mme Marisol TOURAINE de présentation du pacte de confiance à l'hôpital lors de la remise du rapport « COUTY » le 4 mars 2013\]](#) ;
- qu'il est nécessaire, pour éclairer la décision publique et cerner les priorités, de disposer d'un système d'information régional (observatoire). Celui-ci doit permettre, en précisant les services et prestations de santé disponibles et utilisés, d'analyser les recours et parcours de santé des usagers et d'identifier les difficultés locales d'accès et d'utilisation des services de santé par les usagers. [...] » [pages 16 et 17]

Soit, « de façon concrète :

- **recommandation 2.1** : expérimenter des Contrats locaux de territoire, associant des acteurs de santé et du social, reposant sur la mise en œuvre d'un service public territorial de santé ;
- **recommandation 2.2** : mettre en place un réseau sentinelle associant des professionnels et associations de terrain, (dispositif de « lanceurs d'alertes » à organiser) pour identifier et signaler plus rapidement les situations de personnes rencontrant des difficultés d'accès aux droits et à la santé ;
- **recommandation 2.3** : élaborer une cartographie géographique et juridique de l'accès à la santé (accès aux droits, à la prévention, aux soins, etc.) ; à partir d'un cahier des charges national, la maîtrise d'ouvrage pourrait être confiée conjointement à l'A.R.S., la D.R.J.S.C.S., la C.R.S.A. et le Conseil régional ;
- **recommandation 2.4** : rendre effectivement opérationnelle (conditions réglementaires, institutionnelles et techniques) l'utilisation en France, des bases de données médico-administratives en santé, dans l'intérêt des usagers et pour améliorer leur parcours de santé, ceci dans le respect des droits de l'utilisateur et de l'exercice de la démocratie sanitaire. »



« Faciliter et renforcer les médiations en santé : [...] »

Il convient ainsi de concilier l'ancrage local de la médiation et la juste « distance » du médiateur. [...]

L'efficacité des dispositifs de médiation repose sur des médiateurs formés. Mais la compréhension de ces dispositifs et la connaissance des droits des usagers par les professionnels de santé, les usagers et leur représentant sont également indispensables.

Il convient également d'assurer l'articulation et la cohérence des différents dispositifs de médiation existant : médiateurs en santé, défenseurs des droits, conciliateurs de l'Assurance maladie ;...

De façon concrète :

- **recommandation 3.1** : définir des principes communs et des critères convergents pour un dispositif de médiation cohérent tout au long du parcours de santé (sanitaire, médico-social et à domicile) ;
- **recommandation 3.2** : inciter, soutenir, et évaluer les expérimentations de C.R.U.Q.P.C. (ou de médiation) territoriale permettant un dispositif de médiation sur un territoire (établissement de santé / ambulatoire / structure médico-sociale / santé à domicile) ;
- **recommandation 3.3** : développer un référentiel de formation des médiateurs en santé ;
- **recommandation 3.4** : former les professionnels de santé sur le droit des usagers et les dispositifs de médiation. [...] [page 18 et 19]

Favoriser la participation (démocratique) des usagers et des populations aux politiques de santé

La participation du citoyen, de l'utilisateur et/ou du patient » (quel que soit son statut d'immigré ou non) « constitue un enjeu essentiel pour les politiques de santé publique. Son point de vue vient questionner, compléter ou enrichir les points de vue des professionnels de santé et des institutions. [...]

De plus, il faut aller dans le sens du développement des Etudes d'impact en santé (E.I.S.). Les E.I.S. sont des démarches structurées qui visent à identifier les éléments d'une politique qui pourraient avoir des effets favorables ou défavorables sur la santé de la population et des différents groupes sociaux qui la composent. Les E.I.S. prévoient, dans un souci de transparence du processus décisionnel et d'efficacité de leur mise en œuvre, la participation citoyenne dans le processus d'élaboration des politiques publiques.

La participation des usagers et des populations aux politiques de santé ne doit pas être une participation alibi. Elle doit répondre à une réelle volonté politique et s'appuyer sur des méthodologies ou des techniques ayant fait leurs preuves.

De façon concrète :

- **recommandation 4.1** : associer étroitement les représentants des usagers à l'élaboration des politiques nationales et régionales de santé ;
- **recommandation 4.2** : dans le cadre des politiques publiques, développer des Etudes d'impact en santé (E.I.S.) pour toute décision politique ;
- **recommandation 4.3** : dans le cadre des dispositifs avec participation des usagers (Contrats urbains de cohésion sociale, Atelier santé ville, Contrats locaux de santé, ...) encourager les « bonnes pratiques » méthodologiques (débat public, conférence de consensus, forum citoyen, atelier citoyen,...) et favoriser une méthode partagée de recueil de la parole des usagers, sur tous les territoires ;
- **recommandation 4.4** : favoriser les métiers facilitant l'implication de la population telle que les personnes relais en santé ou en santé publique. [pages 20 et 21]



Avis de la Conférence Nationale de Santé du 2 avril 2013 sur [la prise en compte de la crise économique sur les priorités et la politique de santé - Comment sortir plus forts de la crise ?](#)

extrait

« EN MATIERE D'OBJECTIFS :

1) Tout faire pour ne pas aggraver les inégalités de santé sans abandonner la perspective de les réduire :

La France est marquée par d'importantes inégalités de santé, sociales, sociétales et territoriales. En temps de crise, l'enjeu est d'abord de ne pas les aggraver et chaque fois que possible de les réduire. En matière notamment de travail et d'emploi, de logement, d'alimentation, d'accès aux soins, il faut privilégier les mesures à effet immédiat, même si elles doivent avoir un caractère temporaire. D'une manière générale, tout doit être fait pour que les restes à la charge des ménages soient le plus compatibles possibles avec leurs revenus.

Chaque décision, chaque action financée doit être explicitement évaluée à l'aune de ses effets sur les inégalités de santé.

2) Développer de manière volontariste la promotion de la santé et la prévention :

La France se distingue d'autres pays comparables par le poids donné aux approches curatives. Depuis longtemps, la Conférence nationale de santé, avec d'autres, appelle au passage d'un système « curato-centré » à un système « prévento-centré ». La crise ne doit pas remettre en cause la poursuite de cet objectif majeur. L'erreur serait de faire de la prévention la variable d'ajustement en temps de crise. Sortir de la crise avec un système encore plus curatif qu'aujourd'hui ne pourrait que diminuer notre capacité à faire face aux enjeux de santé, actuels et à venir, liés par exemple au vieillissement et aux maladies chroniques.

Les enveloppes consacrées à la promotion des déterminants positifs pour la santé et à la prévention, y compris dans le cadre de la vie professionnelle, doivent être au minimum maintenues en valeur absolue.

L'amélioration de l'efficience dans l'engagement des dépenses ne doit pas conduire à diminuer les crédits mais au contraire à étendre la démarche de prévention de promotion de la santé, gages d'amélioration à moyen terme.

3) Renforcer la coordination des prises en charge et de l'accompagnement :

L'organisation de notre système de santé aboutit à une très grande fragmentation des interventions des professionnels nuisant à leur qualité et à leur efficacité. La Conférence nationale de santé appuie les démarches déjà engagées tant au niveau national que régional pour développer les approches coordonnées, « parcours de santé » par exemple. Ceci doit conduire à passer d'un système hospitalo-centré à un système centré autour des soins de premier recours, articulé avec l'accompagnement médico-social.

Les marges de manœuvre disponibles doivent donc être utilisées pour renforcer les soins de premiers recours et la coordination des prises en charge et accompagnements.

EN MATIERE DE MODALITES :

1) Avant toute décision, procéder à des analyses de la valeur ajoutée et de l'amélioration du service rendu :



Chaque projet ou action soumis à un financement public doit faire l'objet d'une évaluation explicite de la valeur ajoutée attendue par rapport à l'existant et de l'amélioration du service rendu à la population ou aux usagers. Les Commissions spécialisées de la Conférence nationale de santé et des Conférences régionales de la santé et de l'autonomie (C.R.S.A.) doivent être associées à cette évaluation. Actions et projets sans véritable valeur ajoutée ou amélioration du service social rendu ne doivent pas être financés.

2) Avant toute décision, procéder à une analyse d'impact sur les marges de manœuvre disponibles :

Dans des situations budgétaires très contraintes, il peut arriver que le financement d'un projet ou d'une action neutralise pour de longs mois toute possibilité de financer réellement d'autres projets ou actions. D'où la possibilité d'être obligé de refuser des projets ou des actions pourtant à plus forte valeur ajoutée que le projet ou l'action financé antérieurement.

Toute décision doit donc être précédée d'une étude d'impact sur les marges de manœuvre restantes après autorisation ou financement.

Les décisions financières doivent être débattues au moins une fois par an devant les instances de démocratie sanitaire.

3) Tout faire pour protéger le maillage des acteurs de terrain et promouvoir la notion d'équipe territoriale de santé incluant les aidants :

Maintenir un réseau de professionnels et d'opérateurs de terrain est essentiel. L'exemple actuel des médecins témoigne de la difficulté énorme de re-densifier un réseau de professionnels quand de trop faibles niveaux sont atteints. Naturellement, le soutien aux opérateurs de terrain ne doit pas être inconditionnel. Il doit favoriser ceux qui acceptent de s'investir dans des démarches de restructuration ou de coordination permettant d'éviter les redondances et les pertes d'efficacité tout en rendant un service de meilleure qualité. Par ailleurs, ce soutien s'inscrit dans la priorité donnée à la politique de l'emploi. Il contribue également à ne pas aggraver les inégalités territoriales de santé.

4) Hiérarchiser davantage les plans et schémas nationaux et régionaux :

Au niveau national comme au niveau régional, il existe un grand nombre de plans et de schémas sur différents enjeux de santé, thématiques ou transversaux. Dans la plupart des cas, ces plans et ces schémas comportent un nombre conséquent de priorités et d'actions, le plus souvent juxtaposées et non hiérarchisées. A l'évidence, il existe un décalage important entre l'ampleur de ces priorités et de ces actions et la réalité des moyens disponibles et des capacités à faire. En s'appuyant sur la Conférence nationale de santé et les Conférences régionales, il est nécessaire d'identifier au sein de chacun de ces plans ou schémas, les quelques priorités et actions qui doivent être préservées à tout prix, notamment en raison de leur effet levier. Il faut concentrer les efforts humains et financiers sur ces priorités et non les disperser ou les émietter. [...] [pages 3 et 4]

Rapporteur :

Laurent GERBAUD

Membre de la Commission spécialisée « droits des usagers », médecin universitaire, représentant de l'Union confédérale des médecins salariés de France (U.C.M.S.F.)



Contribution de la Conférence nationale de santé du 22.10.13 à la refondation de la politique d'intégration

Ministère des affaires sociales 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 –
courriel : cns@sante.gouv.fr
site internet : www.sante.gouv.fr/conference-nationale-de-sante-c-n-s.html