

Assemblée plénière de la Conférence nationale de santé

Sommaire

ASSEMBLEE PLENIERE DE LA CONFERENCE NATIONALE DE SANTE	1
Sommaire	1
Ouverture	2
Marie-Claire QUESNEL	2
<i>Doyenne de la Conférence nationale de santé</i>	2
Débat et adoption d'un vœu sur le calendrier des PRS	4
Etat d'avancement des GHT et PTA Intervention de Madame Armantéras de Saxcé, DGOS	5
Débat sur la territorialisation en préparation de l'avis de la CNS	8
Questions posées à Madame Armantéras de Saxcé	8
Débat sur le projet de plateforme présidentielle CNS	12
Informations diverses	16
I) Présentation de l'avis relatif au rapport sur la santé des femmes : état des lieux et propositions	16
II) Présentation de la réflexion des commissions CP et CSDU sur l'expérimentation d'étiquetage nutritionnel	16
III) Stratégie de diffusion de la Charte du Parcours de santé et de son guide d'accompagnement	17
IV) Propositions pour améliorer le contenu du cahier des charges relatif à l'élaboration du rapport CRSA sur le respect des droits des usagers du système de santé	17

Ouverture

Marie-Claire QUESNEL

Doyenne de la Conférence nationale de santé

Le quorum étant atteint pour l'assemblée plénière et pour chaque collège, la séance est ouverte.

Il me revient de présider cette assemblée pour un temps très court. Soyez remerciés pour votre participation à la présente séance plénière de la Conférence Nationale de Santé, qui débutera par des élections aux commissions et l'élection à sa présidence.

L'arrêté du 8 novembre 2016 portant nomination à la CNS a pourvu 41 sièges —19 femmes et 22 hommes. Trente-deux de ces nouveaux membres ont été désignés par les Conférences Régionales de Santé et de l'Autonomie (CRSA). La réforme territoriale a créé treize grandes régions, et donc treize CRSA.

Le premier, le troisième, le quatrième, le cinquième et le septième collège de la CNS désigneront, lors de la présente séance, leurs représentants à la Commission Permanente (CP). Six sièges sont à pourvoir. Ces mêmes collèges désigneront également leurs représentants à la Commission Spécialisée dans le domaine des Droits des Usagers (CSDU), où quatre sièges sont à pourvoir. Siéger à ces commissions requiert une implication importante, puisque ces commissions se réunissent mensuellement.

Après ces désignations, le ou la présidente de la CNS sera élue. Ces élections sont importantes, car elles conditionnent la poursuite des travaux de la CNS réalisés avec ses cent vingt membres titulaires, répartis en huit collèges. La composition de la CNS illustre la diversité du champ de la démocratie en santé.

Il faut rappeler que la durée de votre mandat est de trois ans, renouvelable une fois. Il faut également souligner que le décret du 28 juin 2016 permet de maintenir à vingt-sept le nombre des représentants des CRSA au sein du troisième collège de la CNS. L'actuel mandat de la CNS, qui a débuté le 9 avril 2015, prendra fin le 28 février 2018.

La force de l'engagement des membres de la CNS conditionne la qualité et l'aboutissement de ses travaux, indispensables pour faciliter les décisions politiques, mais également pour défendre les droits des usagers. Lors de l'ouverture de l'assemblée plénière d'installation qui s'est tenue le 9 avril 2015, j'ai ainsi indiqué que tous les membres de la CNS contribueraient aux réformes du système de santé, afin de faire vivre les principes de la démocratie au cœur des politiques de santé, que, par leurs avis, leurs apports, leur participation aux groupes de travail, ils porteraient la parole des citoyens dans les sphères publiques. Il me semble que nous devons rechercher et mettre en œuvre toutes les synergies qui seraient utiles pour aller au plus loin dans l'écoute et l'accompagnement des usagers, avec les CRSA et les CTS, qui représentent, eux aussi, la démocratie.

Monsieur BERSON, représentant de la société SCP, expose les modalités techniques du vote électronique.

Les élections par collèges (1, 3, 4, 5 et 7) destinées à pourvoir des postes vacants à la Commission permanente (CP) et à la Commission spécialisée dans le domaine des droits des usagers (CSDU) de la CNS se sont déroulées dans deux salles distinctes.

Les résultats de ces élections sont les suivants :

Election de quatre membres du troisième collège à la Commission permanente de la CNS.

- Joël BOUFFIES recueille 92 % des voix
- Jean-Pierre CANARELLI recueille 96 % des voix
- Brigitte CHANE-HIME recueille 92 % des voix
- Jean-François NYS recueille 92 % des voix

Election d'un représentant du troisième collège à la Commission spécialisée dans le domaine des droits des usagers de la CNS.

- Diane COMPAIN est élue à la CSDU à l'unanimité des vingt quatre votants.

Election d'un représentant du premier collège à la Commission permanente de la CNS.

- Aucune candidature n'est présentée.

Election d'un représentant du septième collège à la Commission spécialisée dans le domaine des droits des usagers de la CNS.

- Nicolas NOIRIEL est élu à la Commission spécialisée dans le domaine des droits des usagers de la CNS par vingt et une voix favorables, un vote blanc et une abstention

Election d'un représentant du quatrième collège à la Commission permanente de la CNS.

- Aucune candidature n'est présentée.

Election de deux représentants du cinquième collège à la Commission spécialisée dans le domaine des droits des usagers de la CNS.

- Céline POULET et Michel CORONAS sont élus à l'unanimité des douze votants.

L'élection à la Présidence de la CNS a été réalisée dans l'amphithéâtre Pierre Laroque.

- Madame Bernadette DEVICTOR a été élue au premier tour à l'unanimité des soixante dix neuf voix exprimées.

La présidente remercie les membres de la CNS pour ce vote unanime qui renouvelle la confiance qui lui est accordée. Elle souligne que la période n'est pas facile avec les échéances du printemps 2017 et que la mobilisation de chacun est donc importante.

A l'issue des élections il est 16h30.

La présidente ouvre l'assemblée en indiquant que l'ordre du jour prévisionnel de la plénière va être allégé pour tenir compte de cet horaire.

Débat et adoption d'un vœu sur le calendrier des PRS

Bernadette DEVICTOR

Lors de la réunion du 8 novembre entre les présidents de CRSA et des représentants de la CP, nous avons rappelé que trois mois de consultation sont nécessaires pour le PRS, qui devra être terminé au plus tard le 31 décembre 2017. La consultation devrait commencer le 1^{er} septembre 2017 au plus tard. Les travaux d'élaboration devraient donc s'achever au plus tard le 15 juillet. Un cadre d'orientations stratégiques valable pour dix ans, qui reprend les priorités régionales, devra être établi avant d'élaborer le schéma transversal.

Les conseils territoriaux de santé qui seront installés le 1^{er} janvier 2017 sont censés participer largement à l'élaboration du PRS, dans la mesure où ils travailleront avec les ARS sur les diagnostics territoriaux de santé. Soit ils seront installés le 1^{er} janvier et l'ARS leur soumettra le diagnostic territorial pour accord, soit ils élaboreront le diagnostic territorial avec l'ARS pendant trois ou quatre mois, et le délai d'élaboration des PRS sera considérablement raccourci. Les projets médicaux des GHT devront être prêts le 30 juin 2017. De nombreux éléments qui doivent être pris en compte dans l'élaboration des PRS se télescopent donc dans ce calendrier.

Les CRSA ont formulé le vœu de desserrer le calendrier pour l'élaboration des PRS pour allonger de six mois à un an le temps de la concertation sur les PRS.

Qu'en pensez-vous ? Qui est favorable à la demande de desserrement du calendrier ?

Aucune voix ne s'exprimant contre cette proposition, le vœu de la CNS proposant le desserrement du calendrier des PRS est adopté à l'unanimité.

De la salle

Inaudible.

Bernadette DEVICTOR

En effet, il faut profiter d'un cavalier législatif pour desserrer le calendrier car la date butoir du 1^{er} janvier 2018 est inscrite dans la loi. Il faut tenir compte de la diversité des situations régionales. Dans les Pays-de-Loire par exemple, plusieurs groupes de travail ont déjà été constitués pour préparer le PRS2, mais, dans les régions regroupées, la période a surtout été consacrée à la construction et la consolidation des agences.

Etat d'avancement des GHT et PTA

Intervention de Madame Armantéras de Saxcé, DGOS

Bernadette DEVICTOR

Dans le cadre de notre travail sur la territorialisation des politiques de santé, nous sommes honorés d'accueillir Madame Armantéras de Saxcé, DGOS, pour faire un point sur la mise en place des GHT, voire des PTA.

Anne-Marie ARMANTERAS DE SAXCE

Pour la DGOS, les GHT (Groupements hospitaliers de territoire) représentent un sujet d'offre de soins et pas seulement de structure. Les GHT sont un outil au service d'une politique de santé, qui insiste sur la territorialisation de l'offre de soins. Le territoire est la maille adéquate pour les diagnostics, les concertations et les rapprochements de plusieurs acteurs participant à l'offre de soin pour compléter et rendre plus lisible et cohérent le parcours de soins pour le patient. En effet, cette maille correspond au bassin de vie du citoyen. La DGOS est consciente que le GHT s'inscrit dans un panorama, qui distingue le territoire, le domicile, la gradation des soins, et donc le parcours. En ce sens, nous essayons d'introduire la stratégie nationale de santé dans le déploiement des groupements hospitaliers de territoire à chaque fois que cela est possible.

Un groupement de trois ou quatre entités est toujours plus fort qu'une entité seule, mais les visions de chacune d'entre elles peuvent diverger. Aucun modèle de GHT n'est défini nationalement. Un décret décrit les fondements d'organisation pour les achats et les systèmes d'information parce que cela permet à des hôpitaux de se regrouper pour réduire les coûts de production et conduire des politiques communes. Le « T » de territoire implique également tous les autres acteurs. Nous souhaitons fortement que, sans hospitalocentrisme, sans hégémonie, sans centralisation ni perturbation des parcours de santé et de soins déjà construits et existants, les GHT vivent en enrichissement de leurs actions avec les autres acteurs que sont les ESPIC, les établissements de santé privés et les établissements pour personnes âgées et personnes handicapées.

Selon nos orientations, nous souhaitons que d'ici six à huit mois, tous les GHT puissent être associés à des préoccupations de parcours de soins des patients avec des établissements pour personnes âgées et handicapées qui se trouvent dans ce territoire, tout en respectant la culture, l'autonomie et la liberté d'action de tous ces établissements.

Au comité national des GHT (instance de pilotage et de concertation), nous avons invité les autres fédérations, outre la Fédération hospitalière de France, car certaines initiatives ont contribué à écrire un modèle qui peut être repris ou pas par les établissements pour sceller des accords et des partenariats. Je considère qu'il serait regrettable que, dans le souci d'une plus grande cohérence et d'une meilleure complémentarité, pour des patients fragiles, il n'existe pas de rapprochement entre les équipes médicales et soignantes sur des sujets comme la prise en charge des personnes âgées dans les EHPAD et leur besoin d'une consultation ou d'une prise en charge en urgence. Le partenariat et la convention ne sont pas purement idéologiques : ils ont pour objet, par la collectivité de tous ces acteurs, de résoudre des questions qui ne sont pas résolues jusqu'à présent.

Ces centres hospitaliers regroupent pour deux tiers jusqu'à huit établissements, et pour un tiers, au-delà de huit. Certains établissements ne sont pas totalement heureux de cette situation et feront leur chemin et s'y habitueront peut-être ultérieurement. Les représentants des fédérations me rapportent des situations difficiles et délicates, qui ne

relèvent pas de notre initiative. Les parcours de santé préexistants, qui fonctionnaient bien n'ont aucune raison d'être déconstruits à l'occasion de la création des GHT.

Le T est également la maille adéquate pour la démocratie sanitaire, le travail et la concertation avec les élus, qui sont membres des conseils de surveillance des établissements des GHT. Vous vous retrouverez tous dans les instances de démocratie sanitaire par l'intermédiaire des CRSA et des conseils territoriaux de santé.

Depuis le 1^{er} juillet, 135 GHT ont été créés et ont déposé une convention constitutive évolutive, laissant le temps de la réflexion et de l'accoutumance. Une dizaine de dérogations concernent quelques établissements de psychiatrie qui ont décidé de rester seuls.

Des échéances ont été fixées par la loi pour éviter tout retour en arrière. Le 1^{er} janvier 2017, les GHT doivent préciser la filière de soins sur laquelle ils souhaitent travailler. Les GHT, à l'exception de ceux qui avaient fortement progressé dans leur travail collaboratif, ne seront pas capables de présenter un projet médical abouti le 1^{er} janvier 2017. Ils ont besoin de progresser en identifiant les lacunes et zones de fragilité de leur territoire et de comprendre comment fortifier l'offre de soins de proximité lorsqu'elle est menacée par des lacunes en matière de démographie médicale ou des situations économiques liées à la petite taille d'un GHT et au seuil infracritique. Le 1^{er} janvier est donc une étape. Le 1^{er} juillet 2017, les GHT complèteront ce travail. Dès lors qu'un travail sera accompli par les GHT, ils aborderont une filière de soins plus compliquée et établiront des avenants à leur convention constitutive. Il s'agit d'une dynamique d'élaboration au sein des équipes des centres hospitaliers regroupés. Ils doivent apprendre à travailler ensemble et identifier les bienfaits qu'ils pourraient apporter ensemble aux patients de leur territoire en matière de lisibilité, d'organisation de la gradation des soins et d'interaction avec les autres acteurs dans une optique de décloisonnement et de dialogue.

Tous les sujets de santé actuels sont travaillés dans cette orientation. Nous travaillerons également dans la concertation sur des articles de la loi qui concernent le projet territorial de santé mentale dans cet esprit d'ouverture à tous les acteurs et de parcours, qui devrait permettre d'améliorer la détection précoce des maladies et handicaps. S'il n'existe pas d'offre, nous ne la créerons pas, mais nous regarderons les établissements dans lesquels envoyer les patients à proximité et le travail à conduire pour que l'orientation et la prise en charge se déroulent dans de bonnes conditions jusqu'à la sortie du système sanitaire (réhabilitation, insertion sociale, appartements thérapeutiques).

Le sujet de la coordination est présent chez de nombreux acteurs de l'offre de soins depuis longtemps. La loi de santé pose le cadre suivant : une coordination est indispensable autour des parcours complexes pour aider le médecin généraliste, qui est le plus en difficulté dans ces parcours. Il existait déjà des espaces chargés de la coordination, mais la loi favorise l'émergence d'initiatives des professionnels. Nous sommes encore moins prescriptifs sur ce sujet que pour les GHT, dont les règles ont été décrites par décret. Les acteurs doivent se saisir du concept de plateformes territoriales d'appui à la coordination. Toutefois, les besoins ne sont pas identiques partout. Le comité national de suivi et d'initiative des plateformes territoriales d'appui à la coordination n'impose pas un modèle rigide, mais libère les initiatives des professionnels qui commencent à réaliser des plateformes territoriales d'appui à la coordination en prenant soit appui sur des réseaux existants, soit sur des initiatives qui englobent des espaces qui existaient déjà. Il est surtout important que les initiatives apparaissent et que le ministère soit en mesure de les accompagner dans la forme qui aura été choisie par les professionnels qui en sont à l'origine.

L'objectif consiste à aider les médecins généralistes pour simplifier les parcours des patients polypathologiques et esseulés, qui ont besoin que leur médecin coordonne d'autres acteurs spécialisés. Des initiatives de PTA très variées émergent en France. Un point national sera fait avec les professionnels. Des orientations nationales existent, mais la préoccupation des structures ne doit pas être la première de nos préoccupations.

Il faut se montrer pragmatique et à l'écoute, et accompagner les initiatives des professionnels. Certains créent des initiatives, puis recherchent un réseau qui les accueillerait. Parfois, un réseau souhaite transformer une partie de ses activités et se mettre au service de cabinets de généralistes et travailler sur la sortie de l'hôpital, le retour vers le domicile et des cas complexes. D'autres encore s'installent à côté d'un réseau et mutualisent leurs forces. En revanche, l'empilement des structures est inutile, ainsi que le financement de myriades de structures qui accomplissent un travail identique.

Bernadette DEVICTOR

Il est important pour nous de faire le point, car nous souhaitons être vigilants sur la territorialisation et échanger entre CRSA et avec l'ensemble des professionnels représentés dans cette instance afin de disposer d'une connaissance partagée. Le paysage est en effet complexe, car il comprend de nombreux dispositifs qui font référence à des territoires différents. Tout ce qui peut contribuer à maîtriser la complexité est donc bienvenu.

Les projets médicaux des GHT s'ouvrent sur le territoire avec des partenaires du médicosocial, de la prévention et de l'ambulatoire : il semble utile de procéder à des présentations aux conseils territoriaux des projets des GHT qui ne se trouvent pas nécessairement sur le même territoire, mais qui influenceront sur l'organisation de l'offre.

Anne-Marie ARMANTERAS DE SAXCE

En effet, il convient d'organiser cette dynamique de présentation avec les CRSA. L'addition de projets médicaux partagés n'est pas le projet régional de santé. Les projets médicaux partagés s'inscrivent dans une offre classique et permettent de développer ou d'arrêter certains éléments existants.

Quatre centres hospitaliers ont décidé d'améliorer la permanence des soins. Actuellement, aucun des quatre n'y parvient correctement, mais ils peuvent travailler sur cette importante thématique. Cette année est l'occasion d'élaborer des projets régionaux de santé. Les communautés professionnelles territoriales de santé sont en devenir. Des professionnels de soins libéraux ont-ils envie de se regrouper ? Par exemple, une maison de santé, trois cabinets libéraux et deux centres de santé peuvent se regrouper pour mieux réaliser un projet d'offre de soins, sur la prise en charge des diabétiques.

Débat sur la territorialisation en préparation de l'avis de la CNS

Questions posées à Madame Armantéras de Saxcé

Vincent PERROT, CLCV

La CLCV est une association de défense des usagers. Vous avez évoqué la volonté de regrouper tous les acteurs du territoire, mais les usagers et les malades n'ont pas été consultés lors de la constitution des GHT. Or, sur certains territoires, ces derniers ne sont pas satisfaits de ce qui a été entrepris.

Vous affirmez qu'il faut favoriser les initiatives des professionnels, mais je souhaiterais que les initiatives des usagers ou des malades soient également favorisées pour influencer sur l'offre de soins afin qu'ils ne subissent pas une situation.

Enfin, les commissions des usagers seront-elles consultées ?

Dominique BURONFOSSE, CRSA Bretagne

Vous avez affirmé que le « T » était la maille adéquate pour la démocratie sanitaire, mais pouvez-vous préciser si vous considérez qu'il est préférable qu'il existe une superposition entre le territoire de démocratie sanitaire et le territoire du GHT, même lorsqu'il n'est pas départemental ?

Bernadette DEVICTOR

Seule la région Grand-Est a défini un même territoire pour la démocratie sanitaire et le GHT.

Pierre-Marie LEBRUN, UNAF

Je soutiens les propos de Monsieur Perrot sur la participation des usagers dans la constitution du GHT. Il est surtout important que les usagers puissent participer à l'élaboration des parcours, ce qui n'est pas encore le cas, hors de certaines exceptions locales. Un des comités stratégiques comporte effectivement des usagers, mais j'ignore le texte sur lequel il s'est appuyé pour cela. J'insiste pour que la Conférence fasse des recommandations aux responsables des GHT pour qu'ils fassent preuve d'une certaine ouverture en ce sens.

Par ailleurs, le document comporte des écarts de chiffres au sujet du nombre de GHT des Hauts de France.

Laurent EL GHOZI, représentant des collectivités territoriales

Cette tentative d'éclaircissement, dont je remercie madame de Saxcé, reste imparfaite, en particulier sur le terme « territoire ». Selon la loi, le territoire est celui de la démocratie en santé, soit généralement le département. Or, pour 90 départements, il existe 135 GHT. Il n'existe donc pas de congruence entre le nombre de GHT et de départements. Cela engendre une certaine confusion, qu'il convient de cesser d'entretenir. Le « T » de GHT devrait être la maille pertinente pour rapprocher les établissements entre eux et construire des parcours de soins, sous réserve que tous les établissements y participent, y compris ceux du médicosocial.

Ce « T » hospitalier ne représente donc pas le territoire de la démocratie en santé, qui est généralement le département, et encore moins celui du bassin de vie du citoyen. Le territoire du GHT n'est pas la maille pertinente pour la proximité, la prévention, le domicile ou les contrats locaux de santé. Cette maille est pertinente pour l'organisation des hôpitaux certes, mais pas pour l'organisation des politiques locales de santé.

Autre « territoire », celui des plateformes territoriales d'appui et de coordination : elles peuvent s'appuyer sur un réseau de santé, qui est de plus en plus départemental au moins en Ile-de-France ou sur les CLIC qui ont un périmètre communal ou intercommunal. Pour le travail sur la santé mentale, le périmètre pertinent est le Secteur de psychiatrie – soit en moyenne 80 000 habitants - et le conseil local en santé mentale, dont le périmètre est communal ou intercommunal. Ces périmètres sont très différents de celui du GHT qui couvre plutôt 500 000 habitants.

Le périmètre du GHT est pertinent, je le répète, uniquement pour les rapprochements des hôpitaux, la gradation des soins, la hiérarchie entre les services et la rationalisation des achats, mais ce n'est pas la maille pertinente pour le citoyen, le bassin de vie ou le domicile.

Je considère, avec l'association Elus, santé publique & territoires et la Commission santé de l'AMIF¹, qu'il est nécessaire de distinguer trois niveaux de territoire : celui de la démocratie en santé, celui des GHT et celui des politiques locales.

En outre, quelles sont les mailles pertinentes pour la plateforme territoriale d'appui et pour les communautés professionnelles territoriales de santé (CPTS), qui sont rendues obligatoire par la loi ? Quel est l'emboîtement de toutes ces structures ?

Gérard RAYMOND, association française des diabétiques (AFD)

Pour nous, le « T » ne représente pas systématiquement la même superficie. Les professionnels de santé libéraux réfléchissent avec les acteurs de leur territoire à l'amélioration de l'organisation de la prise en charge des patients diabétiques. Le territoire sera à la dimension de ces professionnels, qui le définiront. Par ailleurs, il convient de demander en premier lieu aux patients ce qu'ils souhaitent et la manière dont l'association qui les représente conçoit leur accompagnement. La participation des patients à la démocratie en santé pour exposer leurs attentes et leurs besoins est donc nécessaire.

William JOUBERT, UNPS

Vous avez parlé d'initiative favorisée par la loi. Au sujet de la coordination, la loi désigne les ESP² et les CPTS³ comme une solution possible de coordination prévue par la loi pour les professions de santé, ce qui impose aux professionnels de santé de construire des SISA⁴, qui sont des équipes fermées réglementaires. Les renégociations en cours relatives au règlement arbitral concernent une minorité de professionnels de santé et sont organisées selon le même mode réglementaire. Conduisez-vous une réflexion sur les possibilités de coordination pour l'ensemble des professions de santé ?

De la salle, élue locale

Quelle est l'articulation entre les conseils territoriaux de santé, les GHT, les projets médicaux de santé et le virage ambulatoire des hôpitaux ? Les acteurs locaux s'interrogent sur l'aval de ce virage ambulatoire qui concerne le social et le médicosocial. En effet, la prise en compte en ville de cette réorientation implique un travail territorial de proximité. Il convient de se montrer vigilant sur les futures modalités d'organisation de l'ambulatoire et les personnes qui seront mobilisées dans ce cadre. Les élus locaux sont directement concernés par ces questions, car les CCAS (centres communaux d'action sociale) récupéreront les différents manquements de l'ensemble du système.

¹ Association des maires d'Ile-de-France

² Equipes de soins primaires

³ Communautés professionnelles territoriales de santé

⁴ Sociétés interprofessionnelles de soins ambulatoires

Anne-Marie ARMANTERAS DE SAXCE

Je n'ai pas oublié les usagers. Je suis heureuse qu'un représentant du CISS siège en permanence au comité national des GHT et joue un rôle de sentinelle. Il intervient dans les débats et attire notre attention. Les organisations syndicales qui représentent les professionnels de santé, la fédération hospitalière de France, les conférences des présidents de CME et les syndicats de directeurs subissent les conséquences de l'instauration du GHT et sont acteurs du changement avec les GHT. Ce comité national prévoit la présence d'un représentant des usagers.

Dans les conventions constitutives transmises après le 1^{er} juillet, deux tiers des comités des usagers ont préféré la création d'un comité des usagers de GHT à une commission. Une commission reprendrait auprès des GHT des missions jusqu'ici réalisées au sein de chaque établissement. Parmi le tiers restant, certains ont créé des commissions et les autres n'ont pas encore répondu.

Les établissements ont eu une importante activité de concertation et de consultation sur la base de leur convention constitutive jusqu'au 1^{er} juillet. Les directions hospitalières réfléchissent maintenant à l'organisation des fonctions support et les bases des filières de soins. Le projet médical partagé reprend les filières sur lesquelles il est nécessaire de procéder à des améliorations ou des modifications, voire des créations. Les comités des usagers doivent être consultés dans ce cadre. Il ne me semble pas étonnant que certains ne l'aient pas encore été, compte tenu des calendriers de réunions dans les établissements. En effet, aucune équipe hospitalière n'a annoncé qu'elle ne consulterait pas le comité des usagers. Toutefois, ces sujets sont complexes. S'il était si simple de créer de nouveaux parcours de patients, les équipes hospitalières les auraient déjà créés. La loi a dû les obliger à se regrouper pour les construire à cause de cette complexité. Les comités d'usagers doivent évidemment être consultés, ainsi que les conseils territoriaux de santé, qui travailleront également sur les axes du projet régional de santé.

Au sujet du territoire, il n'existe pas un seul « T » de territoire d'action en santé, mais le « T » du territoire des conseils locaux de santé, celui du territoire des conseils locaux de santé mentale, celui du territoire des zones d'attraction des structures. Un groupement hospitalier de territoire a une zone d'attraction, pour laquelle il doit se sentir une responsabilité collective. Par exemple, les hémorragies de la délivrance doivent être organisées en toute sécurité dans la zone d'attraction des maternités qui participent à un GHT. Le réseau périnatal, qui comporte d'autres maternités, quel que soit leur statut, a aussi cette responsabilité. Leur périmètre est le périmètre d'attraction en interaction avec les autres acteurs. La gradation des soins relève de leur responsabilité.

Ce serait une hérésie en matière de sécurité et de démographie des professionnels de créer des centres de greffe cardiaque partout. Toutefois, tous les professionnels concernés doivent avoir une articulation avec un centre de greffe, qui peut se trouver hors de leur territoire. Pour les patients qui relèvent de leur zone d'attraction, ils doivent entrer en rapport avec des zones plus lointaines pour organiser le circuit adéquat. Nous souhaitons tous emboîter les « poupées russes », mais tout ne s'emboîte pas. Si nous avons amélioré de manière descendante la chaîne de l'organisation des soins et du maintien à domicile avec l'ensemble des établissements médicosociaux, nous aurons beaucoup progressé. Pour que cela fonctionne, il faut que les conférences et les représentations des usagers et des élus puissent être sentinelles et force de proposition pour essayer de rectifier, d'orienter et d'adapter le dispositif.

Les bonnes mailles existent vraisemblablement, mais nous devons prendre en compte les acteurs tels qu'ils sont. De nombreux représentants d'élus et d'usagers nous ont avertis au moment de la construction des périmètres des GHT qu'il convenait de prendre garde à ne pas créer de GHT trop grands. Or, certains GHT sont très grands, mais le sont-ils trop ? J'ai rencontré dans des réunions de terrain des équipes de GHT de 12 à 13 établissements, qui me déclarent être satisfaites de cette situation, parce qu'elles se trouvaient auparavant isolées alors qu'elles sont désormais rattachées à des CHU et des

établissements possédant des moyens. D'autres équipes sont effectivement moins satisfaites.

Les emboîtements ne sont pas faciles à réaliser. La « bonne » maille de la PTA dépend des territoires et des départements. En Ile-de-France, une PTA par département n'aurait aucun sens, car le médecin généraliste doit travailler à la maille qui concerne ses patients, notamment pour envoyer des personnes au domicile de patients polypathologiques pour organiser leur retour et envisager les aides adéquates.

Au sujet des SISA, nous travaillons avec les représentants des professionnels pour trouver des textes susceptibles de faciliter des coopérations.

De la salle

Il convient de nous donner la même possibilité de nous coordonner.

Anne-Marie ARMANTERAS DE SAXCE

Le sujet est ouvert.

Bernadette DEVICTOR

Je rappelle que nous venons d'adopter un vœu pour demander le desserrement du calendrier PRS.

Compte tenu de l'heure, je ne présenterai pas les territoires de démocratie sanitaire tels qu'ils ont été définis dans les régions. Vous avez reçu les documents relatifs à ce sujet. Les recommandations à l'égard des ARS relatifs aux conseils territoriaux de santé figurent également dans les conclusions de la journée du 8 novembre.

Je suggère que nous abordions les grands axes du projet de plateforme présidentielle ainsi que la note adoptée par les commissions CSDU et CP sur le logo nutritionnel.

Débat sur le projet de plateforme présidentielle CNS

Nous vous présentons un sommaire reprenant les idées débattues en commission permanente. Le travail n'est pas achevé - il y a surement des manques - et il sera nécessaire de trouver un mode de rédaction plus accrocheur.

Le projet comporte cinq points :

- Mettre en œuvre un comité interministériel pour la santé : le comité interministériel créé en juillet 2014 se réunit en novembre 2016 sur l'antibiorésistance. Nous souhaitons que la dynamique interministérielle soit plus soutenue pour traiter notamment de la question de la santé - environnement, des personnes en situation de précarité, de la santé des femmes, ... Par ailleurs, nous souhaitons une politique définie à partir des besoins des bénéficiaire au lieu de l'être par les découpages ministériels, et d'évoluer en fonction des gouvernements.
- Pour la prévention, la question des moyens nécessaires en médecine scolaire, médecine du travail et PMI est primordiale. Il convient notamment de s'interroger sur l'inclusion de la médecine scolaire et du travail dans les ARS et sur le parcours éducatif en santé. Il faut souligner qu'il n'existe pas de budget spécifique pour ce parcours éducatif, qui ne peut pas reposer sur les infirmiers et médecins scolaires, qui sont en nombre très restreint. Par ailleurs, nous souhaitons mettre en évidence le rôle de l'aide à la parentalité. Au sujet de la réduction des inégalités sociales de santé, nous souhaitons que soient prises en considération les problématiques de perte d'audition ou de dentition, qui peuvent avoir un impact très lourd sur les ressources des personnes.
- Garantir l'accès à la santé pour tous. La commission permanente souhaite favoriser le développement des maisons de santé pluridisciplinaires, dans la mesure où elles constituent une amélioration de l'offre en santé sur les territoires par des créations de postes. Elle propose également de limiter à deux ou trois ans la possibilité pour les jeunes médecins de rester sur un statut de remplaçant, de réviser annuellement les zonages professionnels, notamment pour les infirmiers, compte tenu des évolutions de la démographie, de surévaluer la cotation pour les zones en sous-effectif médical et de généraliser l'engagement de service public à tous les étudiants en médecine. Dans un second volet, la commission propose de favoriser les coopérations interprofessionnelles, en particulier les transferts de compétence pour favoriser une offre en santé effective sur tout le territoire. La coopération interprofessionnelle consiste notamment à développer la télémédecine en utilisant les compétences présentes sur tous les territoires. L'amélioration de l'organisation de la prise en charge des soins non programmés permettra d'assurer la continuité et la qualité de l'offre en santé, pas uniquement dans les zones sous dotées.
- S'agissant de la simplification du système de santé, elle est indispensable ; il faut améliorer la lisibilité et d'optimiser l'utilisation des ressources.
- Une stratégie pluriannuelle de la démocratie en santé doit être définie. Nos instances consultatives ont un rôle à jouer pour accompagner les transformations du système de santé.

Nous vous avons présenté les thèmes qui nous paraissent essentiels. Souhaitez-vous réagir sur certains sujets ? Nous n'avons pas d'avis à adopter aujourd'hui. Le travail sera poursuivi en commission permanente. Je propose que nous réalisons une consultation électronique en janvier sur une proposition de texte.

Zeina MANSOUR, CRES PACA

La trame présentée est pertinente, mais extrêmement restrictive. Nous devons procéder à un choix et établir une priorité, ou présenter une liste plus exhaustive.

Par ailleurs, la formation des professionnels dans le domaine de la prévention n'est pas évoquée. Il est donc essentiel d'ajouter l'intégration de la prévention et de la promotion de la santé dans la formation des soignants. Je souhaite participer à la rédaction du point 2.

Bernadette DEVICTOR

Nous devons aussi prioriser et faire des choix, car nous nous adresserons à des candidats aux présidentiels. Nous devons nous montrer percutants.

Jacqueline IBRAHIM, Croix-Rouge française

Je souscris à la plupart des éléments de cette trame et je propose de faire parvenir mes observations par écrit au secrétariat.

Jean-Pierre BURNIER, CRSA Ile-de-France

Les inégalités des régions devraient être traitées : les situations tendent à se dégrader encore dans certaines régions. J'ai d'autres commentaires sur différents éléments.

Dominique DUFURNET, BUCODES-SurdiFrance

Je représente les associations de malentendants et je soutiens ce qui vient d'être dit. Il manque la mention du reste à charge, car cette préoccupation majeure devrait apparaître dans ces revendications.

Lionel DENIAU, CNCPH

Le CNCPH essaie d'écrire le contenu de parties communes, en particulier sur l'accès aux soins pour les personnes en situation de handicap.

Bernadette DEVICTOR

Une réunion avec la présidente du CNCPH est prévue le 19 décembre, au cours de laquelle nous pourrions travailler sur ce texte.

Laurent EL GHOZI, représentant des collectivités territoriales

Je suis d'accord avec ce qu'a dit Jean-Pierre Burnier. La question des inégalités doit être rappelée dans chaque thème ou placée en chapeau global.

Au sujet du reste à charge, le texte ne comporte aucune mention du financement des soins. Que dire sur la place des complémentaires par rapport au régime obligatoire ? Ce sujet est incontournable.

S'agissant de la coordination des politiques publiques, que prévoir pour qu'elles fonctionnent ? Il s'agit également d'un sujet majeur.

Sur les inégalités de l'offre de soins, il est nécessaire de parler du conventionnement lié à la densité médicale, outre le zonage des infirmiers. Il n'est pas possible de laisser la totale liberté d'installation, car les inégalités entre régions ne cesseront de s'accroître.

Christian ANDREO, AIDES

A la lecture de la plateforme proposée, je me demande si des associations de patients se trouvent à la commission permanente.

Je m'étonne du contenu de la plateforme compte tenu des projets des candidats à la présidentielle : les thèmes de santé des minorités, des populations, de l'aide médicale d'Etat, de l'inégalité sociale de santé, du prix du médicament sont absents du projet proposé. Je propose qu'une contribution du collège 2 des représentants des usagers soit transmise à la commission permanente pour qu'elle soit ensuite synthétisée. Cette plateforme ne représente absolument pas la pluralité des points de vue.

Bernadette DEVICTOR

Nous proposons effectivement de suivre ce processus d'élaboration. La trame présentée aujourd'hui est une base de travail.

Je rédigerai un texte qui intègre vos remarques et les propositions pourront être faites soit avant la commission permanente de janvier, soit dans le cadre des concertations au sein de la CNS.

Les collègues peuvent se concerter pour établir des propositions.

Christian ANDREO, AIDES

Je souhaite une concertation et une élaboration de propositions par collège.

Nathalie LATOUR, Fédération addiction

Je souscris aux remarques sur la question des inégalités, qui représentent la raison pour laquelle nous nous positionnons sur la question de la santé.

Au sujet de la prévention, nous devons sortir de la dimension uniquement structurelle pour nous interroger sur le type de prévention dont nous avons besoin et les moyens afférents. Or, la trame présentée donne l'impression que le problème n'est que médical, alors que la prévention mobilise des compétences croisées dans des environnements différents.

Christophe DUGUET, AFM Téléthon

Le chapitre consacré à l'accès à la santé pour tous ne traite que de questions organisationnelles. Or, il faut aussi garantir la solidarité du système, l'accès économique à la santé pour tous et l'accès à l'innovation thérapeutique. Cette question est centrale et ne peut pas être seulement sous-jacente.

Jean CANARELLI, CRSA de Corse

Je considère que la prévention devrait être placée en première position. Un travail est à conduire sur une ligne stratégique globale et pas uniquement sur des éléments structurels qui ne reflètent pas l'intégralité du dossier. En outre, il faut aborder le mode de financement des acteurs de la santé, qui est actuellement à très court terme. Aujourd'hui les besoins d'investissement courent sur trois à cinq ans. Je suggère donc qu'une étude sur un financement pluriannuel pour les établissements soit réalisée, afin qu'ils développent une véritable stratégie.

De la salle

Il convient de faire de la prévention une priorité en santé dans le cadre de la coordination des politiques publiques. Nous ne devons pas oublier le rôle fondamental des crèches pour la petite enfance et le diagnostic précoce du neuro développement, qui permet de prévenir rapidement des incapacités.

Dans le cadre de la coopération interprofessionnelle, la révision de la chaîne de compétences doit s'effectuer en lien avec la réforme de la formation professionnelle continue.

Au sujet du développement souhaité de la télémédecine, nous demandons tous un système d'information partagé, qui est la condition *sine qua non* du développement de la coordination territoriale.

David CAUSSE, FEHAP

Il me semble utile de préciser que la protection sociale solidaire est une composante essentielle du contrat social.

Le soutien de l'autonomie est une composante de la citoyenneté, qui fait partie du parcours éducatif au même titre que l'éducation civique traditionnelle. Je suis impressionné par la méconnaissance de la protection sociale par des personnes qui sortent du lycée.

Par ailleurs, au sujet du remaniement d'ensemble lié au fait régional, il semble nécessaire de s'interroger sur la manière d'oxygéner le système décisionnel en laissant respirer les régions.

Aldino IZZI, CRSA Ile-de-France

Le champ du médico-social n'est pas abordé, alors qu'un changement majeur de l'intégration du médico-social dans le système de santé paraît indispensable.

Bernadette DEVICTOR

Je me risque à tenter de faire une synthèse de vos interventions.

Je propose de faire apparaître, en introduction de la plateforme, la priorité à donner à la lutte contre les inégalités sociales de santé.

Nous insisterons sur le fait que la mise en œuvre de la politique interministérielle de santé ne fonctionne pas, ni en région, ni au niveau national. Par ailleurs, en matière de précarité, la santé n'est qu'une des dimensions de la lutte à mener..

En matière de prévention, une « révolution culturelle » est nécessaire.

La formation à la prévention et à la promotion de la santé de l'ensemble des professionnels de santé est un sujet à mentionner également.

L'apprentissage de l'autonomie devra faire partie du chapitre consacré au parcours éducatif en santé. L'importance du diagnostic précoce du handicap de l'enfant avait déjà fait l'objet d'un avis de la précédente mandature ; il est pertinent d'y revenir.

La partie financière pourrait être abordée en deux points. Le paragraphe relatif à la garantie de l'accès à la santé pour tous pourrait comporter un volet sur la garantie de la solidarité du système de santé, qui fait partie du contrat social et de l'accès aux innovations thérapeutiques.

Au sujet de la coopération entre les professionnels, nous évoquerons la formation professionnelle continue et le système d'information.

Le point sur la liberté d'installation engendrera probablement des débats internes complexes. Il serait préférable de parler de liberté d'exercice, ce qui permettrait davantage d'évoquer des moyens pour que certains professionnels exercent ponctuellement sur certains territoires sans qu'ils soient obligés de s'y installer. La question du financement sera un chapitre à part entière, qui englobera la solidarité nationale, la place des complémentaires et la vision pluriannuelle des ressources pour les professionnels.

Le dernier sujet concerne la sortie d'un système descendant pour donner de la liberté aux prises de décision en faisant confiance aux acteurs et en se positionnant en accompagnement et en régulation plutôt qu'en définition des actions à mener.

L'idée consiste donc à regrouper dans ce texte l'ensemble des thèmes et orientations que vous voulez traiter. Nous nous adressons à des candidats aux élections présidentielles, ce qui implique donc une indispensable dimension opérationnelle. Ce texte circulera et nous en débattons en janvier prochain, avec un mode d'adoption électronique permettant de ne pas perdre de temps au regard du calendrier électoral.

Informations diverses

I) Présentation de l'avis relatif au rapport sur la santé des femmes : état des lieux et propositions

Bernadette DEVICTOR

L'avis a été adopté le 26 septembre 2016 par la Commission permanente par vote électronique dont les résultats sont 18 voix favorables et deux abstentions. Il a été transmis à la DGS, dont nous attendons un retour. Nous avons reçu un accusé de réception. Nous devons poursuivre notre travail sur ce sujet.

II) Présentation de la réflexion des commissions CP et CSDU sur l'expérimentation d'étiquetage nutritionnel

Emmanuel RUSCH

Une expérimentation est en cours, qui a pour objet de comparer quatre logos nutritionnels en complément des étiquetages nutritionnels qui existent sur certains produits. Les membres de la CSDU et de la commission permanente soutiennent la mise en place d'un logo nutritionnel, qui doit permettre une meilleure compréhension et une meilleure capacité d'action du citoyen. Quel que soit le résultat de l'expérimentation, nous pensons qu'il est nécessaire et indispensable qu'il existe un logo nutritionnel. Si l'expérimentation montrait que le logo n'a pas d'impact sur l'achat ou la consommation de produits, cela ne remettrait pas en cause le principe d'une information facilitée sur la qualité des produits que nous achetons et consommons. Cette expérimentation se déroule dans un canevas épidémiologique comparatif, mais au-delà de l'approche comparative et instrumentale sur les éventuels changements de consommation qu'un logo générerait, nous estimons que l'information sur la qualité de l'aliment se suffit à elle-même. Il est important de définir le logo le plus compréhensible. Nous soutenons donc totalement la mise en place de ce logo nutritionnel.

Kareen DARNAUD, APF

Le logo nutritionnel s'adresse à tous les citoyens ; il convient de faire attention à la compréhension universelle.

Emmanuel RUSCH

Ce logo doit être notamment accessible aux plus vulnérables et aux plus fragiles.

Jeanne MEYER, CRSA Grand-Est

Je suggère que l'association « Facile à lire et à comprendre » soit sollicitée.

Emmanuel RUSCH

Nous n'avons pas la main sur cette expérimentation. Dans notre avis nous avons affirmé être étonnés que certains documents d'information remis aux consommateurs qui participeront à l'expérimentation soient compliqués à comprendre. Nous souhaitons aboutir à un logo nutritionnel, qui n'est qu'un outil au service d'une politique relative à l'alimentation et l'activité physique. Nous appelons de nos vœux un successeur au PNNS actuel qui comporte ce logo. Il doit être un élément de la politique.

De la salle

Si nous voulons atteindre la cible, il est indispensable que le logo soit accessible à tous, y compris aux personnes qui ne peuvent pas lire. Je suggère qu'il prenne la forme de smileys, pour que ce ne soient pas toujours les mêmes personnes qui en bénéficient.

Emmanuel RUSCH

Nous sommes en phase avec vos propos. Nous n'avons qu'un avis sur une expérimentation en cours. Elle s'achève début décembre et le choix de logo s'effectuerait en janvier.

Nous souhaitons réaffirmer l'importance d'une information accessible à tous.

III) [Stratégie de diffusion de la Charte du Parcours de santé et de son guide d'accompagnement](#)**Emmanuel RUSCH**

La charte du parcours de santé vous a été remise aujourd'hui sous sa forme affiche et guide. Je sollicite votre aide pour une diffusion la plus large possible. Nous avons diffusé 10 000 affiches et 4 500 guides auprès des associations régionales agréées de patients et d'utilisateurs, ainsi que des syndicats professionnels, des fédérations de structure, des établissements de santé et établissements médico-sociaux, des 16 CRSA, des espaces éthiques régionaux et des caisses primaires d'assurance maladie. Les documents vous ont été adressés en format numérique avec des bons à tirer en format A3.

Je vous remercie par avance pour votre aide.

Geneviève IMBERT

En complément, la charte du parcours de santé et son guide d'accompagnement font l'objet d'une promotion particulière sur le site internet du ministère des affaires sociales et de la santé, avec la lettre d'accompagnement co-signée par le Professeur Rusch et Bernadette Devictor. Vous pouvez également diffuser largement les versions électroniques de ces documents.

Pour les versions papier, toutes les directions générales des ARS recevront en début de semaine prochaine la charte, le guide et la lettre d'accompagnement, afin de permettre leur diffusion après la répartition vers les CRSA et les CSDU. Le secrétariat général de la CNS se tient à votre disposition.

IV) [Propositions pour améliorer le contenu du cahier des charges relatif à l'élaboration du rapport CRSA sur le respect des droits des usagers du système de santé](#)

Ce sujet n'a pas été abordé.

Bernadette DEVICTOR

Merci pour votre présence. Nous restons mobilisés sur les différents thèmes de la plateforme présidentielle.

Attention au changement de calendrier : La prochaine plénière de la Conférence Nationale de Santé aura lieu le jeudi 2 mars 2017.

La séance est levée à 17 heures 45.