

Conférence nationale de santé

RAPPORT D'ACTIVITE
Juin 2011 – Juin 2012

*Adopté par l'assemblée
plénière le 29 novembre
2012*

EMBRASSER UNE APPROCHE GLOBALE DE LA SANTÉ



SOMMAIRE

Edito

Introduction

1. Missions et activités

A. Les avis et les vœux

- 1) Présentation des avis, vœux et contributions 2011 – 2012
- 2) Processus d'adoption des avis
- 3) Suivi des avis
- 4) Synthèse des recommandations sur la période 2011 – 2012

B. Le rapport sur les droits des usagers 2011

C. Les débats publics

2. Organisation et fonctionnement de la C.N.S.

A. La nouvelle composition de la C.N.S

- 1) Les nouveaux collègues : une ouverture au champ médico-social
- 2) L'organisation des travaux, l'élaboration des avis
- 3) L'appel à candidatures et les arrêtés de nomination
- 4) Les élections

B. Les réunions de la C.N.S. et la participation des membres

- 1) L'assemblée plénière
- 2) La Commission permanente
- 3) La Commission spécialisée dans les droits des usagers
- 4) Les groupes de travail

C. Partenariats, rencontres et représentations extérieures

D. Les moyens à disposition de la C.N.S.

- 1) Le secrétariat général
- 2) Le financement de la C.N.S.

Annexes

1. Membres de la commission permanente et de la CSDU
2. Taux de participation à la Commission permanente et à la C.S.D.U. par réunion et par collège



Edito

En juin 2011, lors de son installation dans sa nouvelle configuration étendue au médico-social, la Conférence nationale de santé confirmait l'importance qu'elle accorde à la parole des usagers en portant l'une d'entre eux à la présidence. C'est l'une des caractéristiques fortes de cette instance nationale que d'avoir depuis 2006, élu à la présidence un représentant des usagers¹.

Réunie en assemblée plénière le 21 juin 2012, un an jour pour jour après son installation dans [sa nouvelle composition](#), la Conférence nationale de santé a tiré le bilan d'une année de fonctionnement, au cours de laquelle elle a adopté [7 avis](#), dont 6 sur saisine de la Direction générale de la santé, un vœu sur le projet de loi relatif au renforcement de la sécurité sanitaire du médicament, son [rapport 2011 sur les droits des usagers du système de santé](#) intitulé « pour une approche convergente des droits des usagers » et une contribution au débat électoral 2012 intitulée : [« Conduire le changement vers un système de santé rénové et encore plus solidaire »](#).

Au travers de ces différents avis, la Conférence a progressivement consolidé son approche, fondée en priorité sur la lutte contre les inégalités de santé et l'accès pour tous à la santé, l'approche globale de la santé (prévention, soins de ville ou hospitaliers, accompagnement médicosocial, soins et accompagnement à domicile) et l'optimisation des parcours de santé, ainsi que la reconnaissance de la place et du rôle des usagers dans l'évolution du système de santé. La Conférence prône une démarche de changement pour se doter d'une organisation renouvelée de notre système de santé permettant d'en maintenir la solidarité, incluant les personnes en perte d'autonomie ou en situation de handicap ; cette démarche de changement devrait reposer sur une participation de la démocratie sanitaire, promue dans sa dimension collective et constructive, en mesure de contribuer à la conception des politiques et à l'accompagnement des changements nécessaires à leur mise en œuvre.

La Conférence a un positionnement tout à fait particulier dans le paysage des instances consultatives nationales en matière de santé. C'est une instance généraliste en mesure de se prononcer sur tout sujet en matière de politique de santé. Elle ne revendique pas une position d'expertise technique, mais celle de la mise en cohérence des textes et propositions avec les enjeux et les orientations majeures de la politique de santé. Cette cohérence devrait permettre de retrouver dans tout projet de loi, de décret, de plan, de programme, ... des fils conducteurs, tant en termes d'objectifs poursuivis que de méthodologie, reposant en particulier sur des études d'impact et des démarches de suivi et d'évaluation.

C'est une instance généraliste en prise avec les réalités régionales au travers de la représentation de toutes les conférences régionales de la santé et de l'autonomie. Ainsi les avis formulés par la Conférence tiennent compte à la fois de l'acceptabilité des mesures par l'ensemble des acteurs, usagers et professionnels, mais aussi de l'évaluation de leur opérationnalité au regard des modifications de pratiques qu'elles peuvent induire.

¹ Christian Saout, président du CISS, a été président de la Conférence nationale de santé de 2006 à 2010.



En tant qu'instance généraliste, transversale et en lien avec les réalités régionales, la Conférence nationale de santé a vocation à être **un lieu privilégié de concertation de l'élaboration de la politique de santé**. A ce jour, les processus de consultation de la CNS n'ont pas été clairement définis dans les textes législatifs et réglementaires. Il paraît nécessaire que cela soit fait dans le cadre de la future loi de santé publique sur laquelle la Conférence entend bien être consultée tant sur son volet de politique générale que sur celui des droits des usagers.

En parallèle, nous poursuivrons la recherche d'une meilleure coordination des travaux avec les autres instances de concertation tant au niveau national que régional, car en matière de démocratie sanitaire, la mise en complémentarité de la pluralité des approches est une richesse.

Bernadette Devictor,
Présidente



Introduction

La Conférence nationale de la santé, instance de démocratie sanitaire, a été créée par [l'ordonnance n°96-345 du 24 avril 1996](#), complétée par [le décret n°96-720 du 13 août 1996 relatif à la Conférence nationale de la santé](#). Elle s'est réunie au cours de deux mandats, de 1996 à 2000 puis de 2000 à 2002.

En raison de l'introduction des dispositions de la loi du 4 mars 2002 créant les Conseils régionaux de santé et l'hésitation des pouvoirs publics sur le sort à leur réserver, la C.N.S. a interrompu ses activités entre 2002 et 2004.

Ses missions et sa composition ont ensuite été adaptées par la [loi du 9 août 2004 relative à la politique de santé publique](#) de façon à intégrer le processus pluriannuel de définition, de mise en œuvre et d'évaluation de la politique de santé publique. Néanmoins, il aura fallu attendre 2006 pour l'installation de la C.N.S. avec la signature du [décret du 8 décembre 2005 relatif à la Conférence nationale de santé](#). La séance inaugurale a eu lieu le 3 octobre 2006 en présence du ministre de la santé et des solidarités, M. Xavier BERTRAND.

La [loi du 21 juillet 2009 portant réforme de l'hôpital et relative aux patients, à la santé et aux territoires](#), dite loi « H.P.S.T. » a amené une nouvelle organisation territoriale de la santé, avec la création des Agences régionales de santé (A.R.S.) et des Conférences régionales de la santé et de l'autonomie (C.R.S.A.), et, plus largement, a préconisé une approche globale de la santé. [Le décret n°2011-503 du 9 mai 2011 relatif à la Conférence nationale de santé](#) a permis d'adapter ces changements, qui ont notamment élargi la composition de la C.N.S. avec un nouveau collège de la cohésion et de la protection sociale, ainsi que l'intégration de professionnel-le-s et d'institutions du champ médico-social. Le décret a aussi amélioré la représentation des régions via la représentation de toutes les C.R.S.A., des partenaires sociaux qui disposent d'un collège clairement identifié, des professionnels de santé libéraux qui sont désormais également représentés dans le cadre de leur activité coordonnée (réseaux de santé, maisons et pôles de santé, etc.). La séance inaugurale de cette nouvelle mandature avec de nouvelles règles de composition a eu lieu le 21 juin 2011.

Aux termes des dispositions de [l'art. L.1411-3 du Code de la santé publique](#) issu de la loi du 9 août 2004, qui définit les missions de la C.N.S., « *la Conférence nationale de santé, organisme consultatif placé auprès du ministre chargé de la santé, a pour objet de permettre la concertation sur les questions de santé. Elle est consultée par le Gouvernement lors de la préparation du projet de loi définissant les objectifs de la politique de santé publique mentionnés à l'article L. 1411-2. Elle élabore notamment, sur la base des rapports établis par les conférences régionales de la santé et de l'autonomie, un rapport annuel adressé au ministre chargé de la santé et rendu public, sur le respect des droits des usagers du système de santé. Elle formule des avis et propositions au Gouvernement sur les plans et programmes qu'il entend mettre en œuvre. Elle formule également des avis ou propositions en vue d'améliorer le système de santé publique. Elle contribue à l'organisation de débats publics sur ces mêmes questions. Ses avis sont rendus publics.*

La Conférence nationale de santé, dont la composition et les modalités de fonctionnement sont fixées par décret, comprend notamment des représentants des malades et des usagers



du système de santé, des représentants des professionnels de santé et des établissements de santé ou d'autres structures de soins, dont au moins un représentant d'un établissement assurant une activité de soins à domicile, ou de prévention, des représentants des industries des produits de santé, des représentants des organismes d'assurance maladie obligatoire et complémentaire, des représentants des conférences régionales de la santé et de l'autonomie, des représentants d'organismes de recherche ainsi que des personnalités qualifiées. »

1. Missions et activités

L'article L.1411-3 du Code de santé publique définit quatre missions de la C.N.S. :

- Elle est consultée par le gouvernement lors de la préparation du projet de loi définissant les objectifs de la politique de santé publique mentionnés à [l'article L.1411-2 du Code de la santé publique](#)
- Elle formule des avis, des vœux et des propositions publics au gouvernement sur les plans et programmes qu'il entend mettre en œuvre ainsi que sur tout sujet en vue d'améliorer le système de santé publique
- Elle élabore, notamment sur la base des rapports établis par les Conférences régionales de la santé et de l'autonomie, un rapport annuel rendu public et adressé au ministre chargé de la santé, sur le respect des droits des usagers du système de santé
- Elle organise des débats publics sur les questions de santé de son choix.

A. Les avis et les vœux

1) Présentation des avis et des vœux de 2011 – 2012

Sept avis et un vœu ont été rendus sur la période juin 2011 – juin 2012.

➤ Sur saisine de la DGS

La C.N.S. a été saisie quatre fois par M. J-Y Grall, Directeur Général de la Santé :

- Le [7 juillet 2011](#) ; la C.N.S. a rendu l'[avis portant sur les éléments de réflexion pour une politique nationale de santé 2011 - 2025](#) le 16 décembre 2011.
- Le [1er décembre 2011](#) ; l'[avis portant sur le cahier des charges pour le rapport sur les droits des usagers de la C.R.S.A](#) a été rendu le 7 février 2012.
- Le [26 mars 2012](#) pour deux avis adoptés tous deux lors de l'Assemblée plénière du 5 avril 2012, [le premier sur le projet de décret relatif aux recommandations temporaires d'utilisation](#) mentionnées à l'article L.5121-12-1 du code de la santé publique et [le deuxième sur le projet de décret relatif aux autorisations temporaires d'utilisation des médicaments et modifiant le code de la santé publique](#).
- Une [deuxième saisine](#) le 26 mars 2012 ; l'[avis portant sur le programme d'amélioration de la politique vaccinale 2012 - 2017](#) a été rendu le 21 juin 2012.

➤ Sur saisine de la secrétaire d'Etat chargée de la santé

La C.N.S. a été saisie par la Secrétaire d'Etat chargée de la Santé, Mme Nora Berra, le [12 janvier 2012](#), et a rendu son [avis portant sur la méthode de la nouvelle génération de plans de santé publique et sur le projet de plan psychiatrie et santé mentale](#) le 5 avril 2012.



➤ Sur autosaisine

- La CNS a formulé un [vœu le 3 octobre 2011 à l'occasion de l'examen du projet de loi relatif au renforcement de la sécurité sanitaire du médicament et des produits de santé](#)
- La CNS s'est [auto-saisie](#) le 28 novembre 2011 sur la question du dépistage, du diagnostic et de l'accompagnement précoces du handicap chez l'enfant et a rendu son [avis](#) le 21 juin 2012.
- Dans le cadre des élections présidentielles et législatives de 2012, la Conférence Nationale de la Santé a souhaité apporter une contribution au débat électoral. La contribution, intitulée "[Conduire le changement vers un système de santé rénové et encore plus solidaire](#)", a été adoptée par l'assemblée plénière le 5 avril 2012, et adressée à tous les candidats et candidates aux élections présidentielles le 12 avril 2012. Deux réponses sont parvenues à la C.N.S., [l'une de M. Jacques Cheminade](#) (le 18 avril 2012) et [l'autre de M. Nicolas Dupont-Aignan](#) (le 19 avril 2012).

2) Processus d'adoption des avis

Les avis et recommandations sont adoptés par l'Assemblée plénière, à la majorité absolue, comme le précise [l'article D.1411-45-2](#) du Code de la santé publique : « *Les délibérations sont prises à la majorité absolue des voix des membres présents ou représentés. En cas de partage égal des voix, celle du président est prépondérante.* »

Cependant, l'article prévoit aussi une procédure d'urgence permettant l'adoption d'un avis ou d'une recommandation par la Commission permanente : « *En cas d'urgence, la commission permanente peut adopter des avis et propositions selon les mêmes modalités. La commission permanente rend compte des avis et propositions adoptés selon la procédure d'urgence à l'occasion de la prochaine assemblée plénière de la conférence.* »

Au cours de la période 2011-2012, à l'exception du [vœu sur le projet de loi relatif au renforcement de la sécurité sanitaire du médicament et des produits de santé](#) et de l'avis sur le cahier des charges du rapport droits des usagers de la CRSA, l'ensemble des avis a été adopté en assemblées plénières sur la base de projets présentés par la commission permanente.

3) Le suivi des avis

Le suivi régulier des avis de la C.N.S. est prévu à [l'article D.1411-45-6](#) du Code de la santé publique (créé par le décret du 9 mai 2011). Il prévoit que « *Les ministres chargés de la santé, de l'assurance maladie, des personnes âgées et des personnes handicapées rendent compte à la Conférence nationale de santé, au moins une fois par an, de la mise en œuvre de la politique nationale de santé et l'informent des suites qui ont été données à ses avis et rapports. Cette communication est rendue publique.* »

Le suivi des avis n'a pas donné lieu à communication à la CNS ; la période coïncidant avec un changement de gouvernement n'y a sans aucun doute pas été favorable.



4) Synthèse des recommandations sur la période juin 2011 – juin 2012

Au cours de la période, au travers de ses avis, la C.N.S. a émis un ensemble de recommandations, dont il est fait la synthèse ici. Elles sont présentées en cinq axes principaux, chacun se déclinant en plusieurs objectifs stratégiques.

◆ Priorités pour la politique nationale de santé

- Concevoir la politique de santé autour de quelques enjeux essentiels dont la réduction des inégalités sociales et territoriales de santé ;
- Elaborer une loi de santé publique ;
- Elaborer une loi d'orientation et de programmation en santé mentale ;
- Inscrire l'accompagnement à domicile (les services d'aide autorisés) comme un secteur à part entière du système de santé ;
- Faire de l'accompagnement précoce des enfants en situation de handicap, ainsi que du soutien rapide des familles, un principe d'action prioritaire.

◆ Améliorer la gouvernance en santé

- Réformer la gouvernance nationale des politiques de santé ;
- S'appuyer sur la démocratie sanitaire comme principe d'élaboration des décisions ;
- Retenir une conception et une mise en œuvre des politiques tirant parti des enseignements du suivi et de l'évaluation des précédentes, tirant parti des comparaisons internationales ;
- Aller vers une nouvelle génération de plans nationaux en suivant effectivement la méthode élaborée par la Direction générale de la santé ;
- Inscrire dans les Projets Régionaux de Santé un programme régional de psychiatrie et santé mentale ;
- Mettre en place un pilotage unique, national et interministériel des politiques relatives au dépistage, diagnostic et accompagnement précoces du handicap chez l'enfant ;
- Aller vers plus de lisibilité et de transparence des processus d'élaboration des décisions ;
- Mieux communiquer sur les enjeux de santé publique.

◆ Renforcer la démocratie sanitaire

- Promouvoir le rôle des instances de démocratie sanitaire ;
- Financer la démocratie sanitaire : les nouvelles instances de démocratie sanitaire (C.R.S.A., Conférences de territoires), la Conférence nationale de santé et les associations d'usagers.

◆ Promouvoir, faire respecter et converger les droits des usagers tout au long de leur parcours de vie

- Faire converger les droits des usagers tout au long de leur vie :
 - > *Engager une réflexion avec tous les acteurs concernés sur l'évolution des modes de représentation des usagers du système de santé (sanitaire, médicosocial, domicile, ambulatoire)*
 - > *harmoniser et sécuriser la médiation en santé dans les différents secteurs (« domicile », sanitaire ville / hôpital et médico-social)*



- > *soutenir et évaluer les expérimentations du type observatoire des relations avec les usagers dans tous les secteurs du système de santé, y compris la médecine ambulatoire et les services et soins à domicile,*
- > *désigner au sein des Agences régionales de santé (A.R.S.) une personne clairement identifiée en charge de la thématique des droits des usagers,*
- > *identifier une structure unique chargée de la thématique des droits des usagers au sein du ministère des affaires sociales et de la santé*
- > *s'assurer que les C.R.S.A. se saisissent du Programme régional d'accès à la prévention et aux soins en direction des personnes en situation de précarité (P.R.A.P.S.), lors de son élaboration, mais également au moment de son suivi et de son évaluation*
- Conforter la représentation des usagers :
 - > *mettre en œuvre un processus transparent de désignation des représentants des usagers, rendre plus visible la représentation des usagers du système de santé*
 - > *assurer la présence de représentants des usagers dans le secteur ambulatoire*
 - > *veiller au développement effectif d'une formation de qualité et de proximité en faveur des représentants des usagers*
 - > *conforter le statut du représentant des usagers et valoriser le congé de représentation au titre de la responsabilité sociale des entreprises*
 - > *revoir la représentation dans les collèges « usagers » des C.R.S.A. et des Conférences de territoire pour qu'elles ne soient composées que de représentants d'associations agréées*
- Faire respecter et promouvoir les droits des usagers :
 - > *mettre en place une campagne d'information grand public sur les droits des usagers et notamment sur le rôle et les missions des représentants des usagers*
 - > *inscrire le bon fonctionnement de la C.R.U.Q.P.C. dont la réalisation du rapport de CRUQS dans les contrats pluriannuels d'objectifs et de moyens des établissements de santé, établis par les A.R.S.*
 - > *généraliser l'utilisation d'un support informatique harmonisé pour la rédaction des rapports de C.R.U.Q.P.C. et la réalisation de la synthèse régionale, tout en laissant la place aux initiatives régionales*
 - > *assurer l'écoute des usagers et le relais de leurs besoins/paroles auprès de la direction dans tous les établissements*
 - > *développer la formation initiale et continue des professionnels sur les droits des usagers*
 - > *assurer un égal accès au dossier médical et sensibiliser le grand public à ses enjeux*

◆ **Garantir l'accès à la santé pour tous**

- Accès par l'information :
 - > *Développer à destination des usagers un dispositif de repérage dans le système de santé*
 - > *Développer l'information en santé*



- Accessibilité financière :
 - > *Développer dans chaque région des observatoires du reste-à-charge, tant sanitaire que médico-social, permettant d'évaluer celui-ci sur chacun des territoires*
 - > *S'assurer d'une offre accessible en quantité suffisante tant en ce qui concerne les structures d'accompagnement médicosocial, l'offre de soins que l'accès à la prévention et à l'éducation à la santé*
- Egalité d'accès à la santé :
 - > *s'assurer que l'accès aux structures de prévention existantes est garanti à tous et sur tout le territoire*
 - > *s'assurer d'un égal accès à l'éducation à la santé*
 - > *s'assurer d'un égal accès aux dispositifs d'information et d'accompagnement.*

B. Le rapport sur les droits des usagers 2011

Selon les dispositions de l'art. D.1411-3 du Code de la santé publique, la C.N.S. « *élabore notamment, sur la base des rapports établis par les conférences régionales de la santé et de l'autonomie, un rapport annuel adressé au ministre chargé de la santé et rendu public, sur le respect des droits des usagers du système de santé.* ». [L'art. D.1411-43](#) précise que « *Chaque année, la commission spécialisée dans le domaine des droits des usagers du système de santé est chargée de l'élaboration d'un rapport spécifique sur l'évaluation des conditions dans lesquelles sont appliqués et respectés les droits des usagers du système de santé, de l'égalité d'accès aux services de santé et de la qualité des prises en charge dans les domaines sanitaire et médico-social. Ce rapport est établi sur la base des rapports transmis annuellement par les conférences régionales de la santé et de l'autonomie.* »

Le rapport sur les droits des usagers 2011 a été adopté lors de l'assemblée plénière du 16 décembre 2011, et s'intitule [Pour une approche convergente des droits des usagers du système de santé](#).

Les recommandations formulées dans ce rapport sont présentes dans le paragraphe A.4 ci-dessus.

C. Les débats publics

Dans la mesure où la période juin 2011 – juin 2012 était une période d'installation de la nouvelle mandature de la C.N.S. et de transition, aucun débat public n'a pu être organisé.



2. Organisation et fonctionnement de la C.N.S

A. La nouvelle composition de la C.N.S

1) Les nouveaux collèges : une ouverture notamment au champ médico-social

Le [décret du 9 mai 2011](#) a élargi la composition de la Conférence à 120 membres, créant deux nouveaux collèges. Cet élargissement a signifié une ouverture au champ médico-social (représentants des organismes de sécurité sociale, partenaires sociaux, acteurs de la prévention, associations œuvrant dans le champ médico-social...).

Les membres, nommé-e-s pour une durée de trois ans, sont répartie-e-s ainsi :

- **Collège 1** : les collectivités territoriales (6 membres)
- **Collège 2** : les usagers du système de santé (18 membres)
- **Collège 3** : les conférences régionales de la santé et de l'autonomie (27 membres dont Mayotte)
- **Collège 4** : les partenaires sociaux (10 membres)
- **Collège 5** : les acteurs de la cohésion et de la protection sociale (16 membres)
- **Collège 6** : les acteurs de la prévention (11 membres)
- **Collège 7** : les offreurs des services de santé (26 membres)
- **Collège 8** : les représentants des organismes de recherche, des industries des produits de santé et des personnalités qualifiées (6 membres)

2) L'organisation des travaux

La Conférence Nationale de la Santé organise, comme il est prévu dans les [articles D.1411-40 à D.1411-43](#) du Code de la santé publique et dans [l'arrêté du 27 mai 2011 relatif à la commission permanente et à la commission spécialisée dans le domaine des droits des usagers de la Conférence nationale de santé](#), ses travaux au sein des formations suivantes:

- ❖ *l'assemblée plénière*, qui regroupe l'ensemble des membres titulaires et les membres de droit. Elle se réunit au moins deux fois par an et toutes ses productions (rapports, avis, recommandations, etc.) sont rendues publiques.
- ❖ *la commission permanente* : son président est celui de la C.N.S. elle est composée du président de la C.S.D.U. et de 23 membres élu-e-s équitablement réparti-e-s entre les différents collèges. Elle exerce l'ensemble des attributions dévolues à la C.N.S dans sa formation plénière, et prépare les avis, les débats publics et le rapport d'activité annuel. Elle rend compte de ses productions à chaque réunion en assemblée plénière.
- ❖ *La commission spécialisée dans le domaine des droits des usagers du système de santé (C.S.D.U.)* : elle est composée de 20 membres élu-e-s représentant les différents collèges, et est chargée d'élaborer le rapport annuel sur les droits des usagers, de l'égalité d'accès aux services de santé et de la qualité des prises en charge dans les domaines sanitaires et médico-social. Son/sa président-e est élu-e parmi ses membres.



La répartition des membres de la C.N.S. dans ces deux commissions est fixée par [l'arrêté du 27 mai 2011](#).

3) L'appel à candidatures et les arrêtés de nomination

Pour le Collège des représentants des usagers du système de santé (Collège 2), le décret du 9 mai 2011 prévoyait un appel public à candidatures, afin d'avoir une désignation transparente, ouverte, diverse, établie sur des critères objectifs. Cet appel à candidatures a été lancé auprès des associations nationales agréées en santé, du 11 mai au 7 juin 2011, date de la clôture de l'appel. Cet appel est organisé par un [arrêté du 3 juin 2011](#).

La nouvelle composition de la C.N.S. a été fixée par les [arrêtés du 20 juin](#) et [du 6 juillet 2011](#), pris en application du décret du 9 mai 2011.

4) Les élections

- Mme. Bernadette DEVICTOR, membre du collège 3 des représentants des CRSA, présidente de la CRSA Rhône-Alpes où elle est membre du collège des usagers en tant que présidente du CISS Rhône-Alpes, a été élue à la présidence de la C.N.S. le 21 juin 2011 lors de la réunion d'installation de la nouvelle mandature.
- [Les membres de la C.S.D.U ont été élus le 21 juin 2011](#). M. Thierry DAËL, membre du collège 3 des représentants des CRSA, président de la CRSA Bretagne où il est membre du collège des usagers en tant que président du CISS Bretagne, a été élu président de la C.S.D.U.
- [Les membres de la Commission Permanente ont été élus le 21 juin 2011 ; un nouveau membre a été élu le 5 avril 2012 \(voir liste des membres de la commission permanente en annexe 2.\)](#).

Les [modalités d'organisation des élections de la C.N.S.](#) sont disponibles en ligne.

B. Les réunions de la C.N.S et la participation des membres

1) L'assemblée plénière

L'assemblée plénière s'est réunie quatre fois au cours de la période juin 2011 – juin 2012.

- [La première assemblée plénière de la nouvelle mandature \(21/06/2011\)](#) a été consacrée à l'installation de la nouvelle C.N.S. et aux élections à la présidence, et des membres de la C.S.D.U. La séance s'est conclue par une [intervention de Mme. Roselyne Bachelot-Narquin](#), Ministre des Solidarités et de la cohésion sociale
- [Lors de l'assemblée plénière du 16/12/2011](#), ont été adoptés le rapport 2011 sur les droits des usagers, l'avis sur les éléments de réflexion pour une politique nationale de santé et les orientations de travail pour 2012. Mme. WARGON est intervenue pour faire une synthèse sur le bilan des plans stratégiques régionaux de santé.
- Ont été adoptés lors de l'[Assemblée plénière du 05/04/2012](#) la contribution au débat public électoral de 2012, l'avis portant sur la méthode de la nouvelle génération de plans de santé publique et sur le projet de plan psychiatrie et santé mentale et enfin

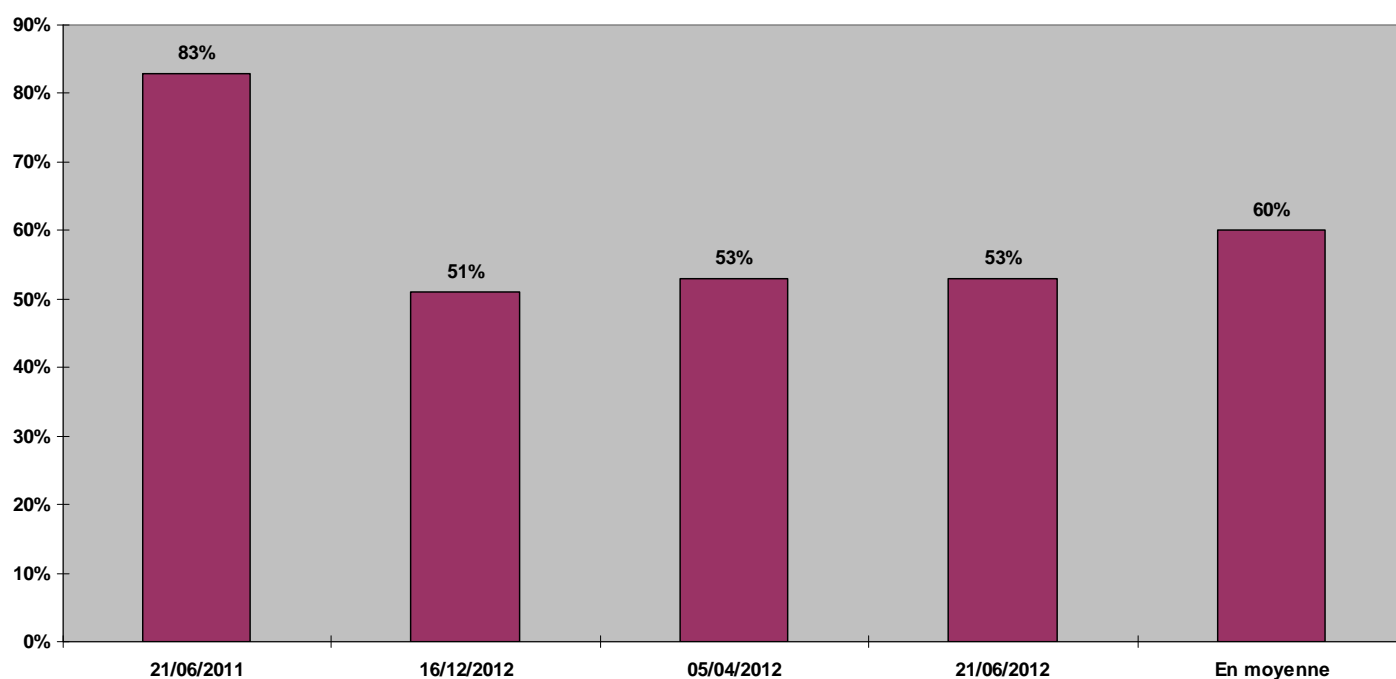


l'avis sur le projet de décret relatif aux recommandations temporaires d'utilisation mentionnées à l'article L.5121-12-1 du code de la santé publique et sur le projet de décret relatif aux autorisations temporaires d'utilisation des médicaments.

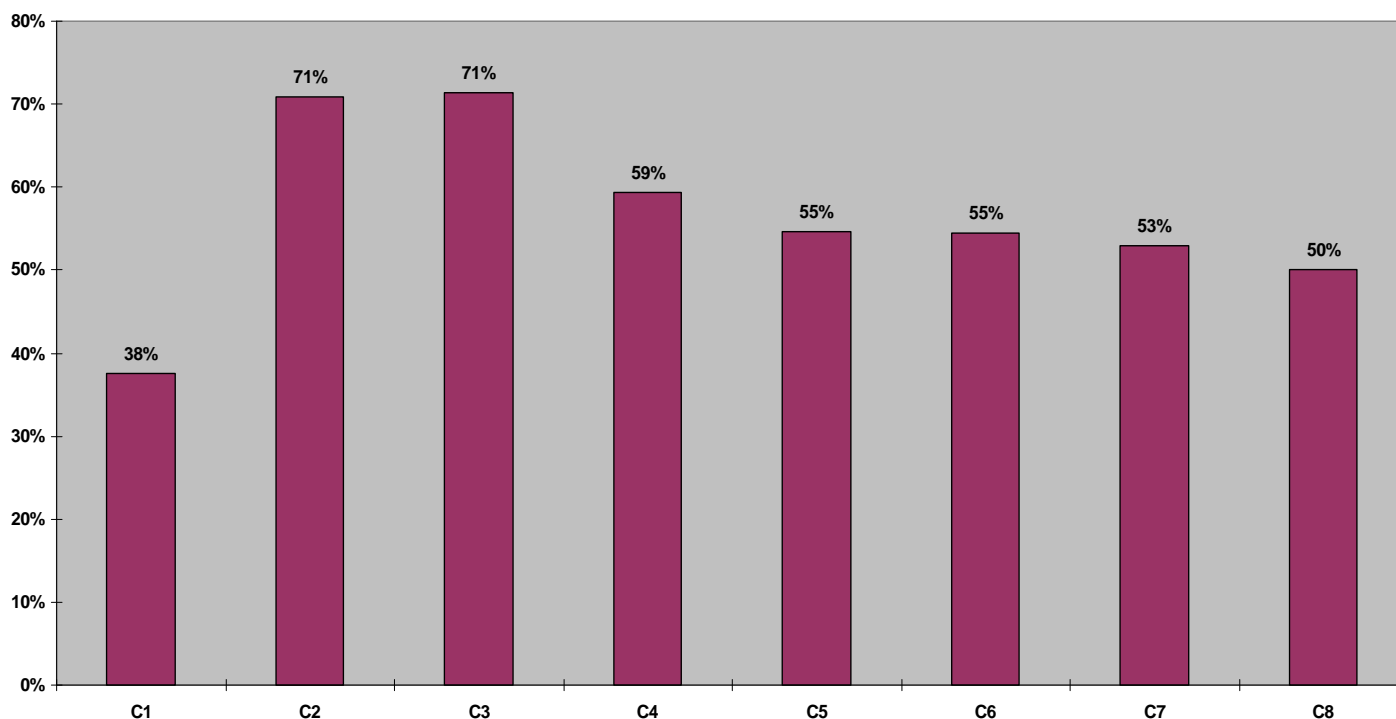
- Enfin, lors de [l'assemblée plénière du 21/06/2012](#), les avis portant sur le programme d'amélioration de la politique vaccinale et sur le dépistage, le diagnostic et l'accompagnement précoces du handicap chez l'enfant ont été adoptés.

En moyenne, le taux de participation à l'Assemblée plénière est de 60% - en gardant à l'esprit que la participation a été très forte pour l'installation, et est fortement tombée pour les réunions suivantes.

Taux de participation à l'Assemblée plénière - par réunion



Taux de participation à l'Assemblée plénière - par collège





2) La commission permanente

La Commission permanente s'est réunie dix fois sur la période juin 2011 – juin 2012. Le taux de participation a été en moyenne de 66%, avec cependant de grandes variations selon les collèges : ainsi, le collège des acteurs de la cohésion et de la protection sociale ont le plus participé, au contraire du collège des partenaires sociaux.

La commission permanente a pour rôle essentiel de préparer les avis et rapports soumis à l'approbation de l'assemblée plénière. Cela a été le cas en particulier pour la réflexion et la préparation de l'avis sur les éléments de réflexion pour une politique nationale de santé, qui a permis d'emblée de positionner une réflexion très transversale au sein de la CNS, et pour l'avis sur la politique vaccinale.

Entretien avec Françoise Tenenbaum

1) Pourquoi avez-vous choisi d'être co-rapporteur de cet avis / vœu / contribution ?

J'ai été co-rapporteur de l'Avis de la CNS sur le Plan national d'Amélioration de la politique vaccinale car c'est un sujet qui m'intéresse depuis longtemps et sur lequel j'ai déjà travaillé et commandé une étude et un rapport à l'ORS de Bourgogne il y a plus de dix ans. La problématique éthique de la santé publique y est pleinement posée et donc c'est un sujet sur lequel l'avis de l'instance nationale de démocratie sanitaire est légitime

2) Quelle a été votre expérience de travail ?

Le travail mené a été très contraint par le temps mais intéressant et nous sommes arrivés à un avis novateur et auquel les autres instances nationales et le Ministère pourra utilement se rapporter. Cela a été une expérience de travail intéressante d'autant plus que nous avons auditionné des experts d'horizons variés.

3) Quel est l'apport selon vous des groupes de travail pour la CNS ?

Les groupes de travail sont la « cheville ouvrière » de la CNS. Ils sont créés pour assumer le travail préparatoire aux avis de la CNS que ce soient des avis demandés par le Ministère ou des auto-saisines. Leurs travaux permettent de forger un corpus de pensée propre à la CNS. La souplesse de leur mode de travail et la variabilité de leur composition permet l'audition d'experts et la maturation d'idées. Il serait nécessaire que ces groupes de travail sollicitent au fur et à mesure du temps l'ensemble des membres de la commission permanente.

3) La C.S.D.U.

La Commission spécialisée dans le domaine des droits des usagers s'est réunie huit fois, avec un taux de participation moyen de 59%. Cependant, il faut là aussi noter de très fortes variations de la participation (81% pour la première réunion, 43% pour la troisième, par exemple). Il faut aussi ajouter une grande variation selon les collèges : les représentants des usagers ont fortement participé, au contraire des représentants des offreurs des services de santé ou les membres du collège 8.

La C.S.D.U. a, dans le cadre de ses activités, auditionné plusieurs personnes pour enrichir sa réflexion, notamment en ce qui concerne le champ de l'exclusion :



- Lors de [sa réunion du 7 février](#), la C.S.D.U. a organisé des échanges avec des représentants de la C.N.A.arp, du C.N.C.P.H., du C.N.L.E. et de l'U.N.I.O.P.S.S. à propos de la représentation des usagers dans le système de santé ;
- Elle a auditionné Mme. Nathalie GOYAUX, de la Direction Générale de la Santé (D.G.S.), lors de [sa réunion du 13 mars 2012](#), à propos des Programmes régionaux pour l'accès à la prévention et aux soins des personnes les plus démunies (P.R.A.P.S.) ;
- Enfin, [le 15 mai 2012](#), la C.S.D.U. a auditionné Mme. Denis BAUER, de la Direction Générale de l'Offre de Soins (D.G.O.S.) sur les Permanences d'accès aux soins de santé (P.A.S.S.) et les Equipes mobiles psychiatrie précarité (E.M.P.P.)
- Enfin, afin de permettre un échange entre la C.S.D.U. et les présidents des Conférences régionales de santé et de l'autonomie, sur la coordination entre C.N.S. et C.R.S.A., sur les dispositifs de suivi des recommandations nationales et régionales, ou encore sur le cahier des charges pour le rapport sur les droits des usagers. [La réunion a eu lieu le 5 avril 2012 \(compte-rendu disponible en ligne\).](#)

4) Les groupes de travail

Dans le but de préparer ses avis et ses recommandations, la Conférence Nationale de la Santé a décidé de constituer des groupes de travail ad-hoc, constitués sur la base du volontariat des membres titulaires ou suppléants. , Ces groupes sont animés par le ou les rapporteurs membres de la commission permanente et désignés par celle-ci, sur la base du volontariat. Pour les autosaisines, les rapporteurs engagent leurs travaux sur la base d'une lettre de mission validée par la commission permanente.

Les groupes de travail se sont réunis le temps de la préparation de l'avis et pourront être réactivés dans la perspective d'un suivi ou d'une évaluation des politiques mises en œuvre.

Les groupes constitués ont traité des thèmes suivants :

- [Le projet de plan psychiatrie et santé mentale](#)

Rapporteurs : Annie Cadenel et Bernadette Devictor

Saisie sur la question le 12 janvier 2012, la C.N.S. a décidé de constituer un groupe de travail pour entamer les travaux dans l'optique de rédiger un avis relatif au projet de plan psychiatrie et santé mentale. Au total, 35 personnes se sont inscrites; 20 personnes étaient présentes à sa première réunion (le 13 janvier 2012) et 14 à sa seconde (le 14 février 2012). Plus de la moitié des inscrits provenaient des collèges 2, 3 et 7.

Entretien avec Annie Cadenel

1) Pourquoi avez-vous choisi d'être co-rapporteur de cet avis / vœu / contribution ?

J'ai été co-animateur et co-rapporteur du groupe de travail sur le Plan Psychiatrie Santé Mentale. Il paraissait essentiel que la CNS émette un avis sur le fond quant à ce plan, du fait de l'approche globale de santé qui est celle de la CNS ; en effet, la question de l'organisation de la politique de santé mentale en France est emblématique de l'enjeu de transformation des politiques de santé publiques : décroisement et logiques de parcours de santé



2) Quelle a été votre expérience de travail ?

Le groupe s'est réuni deux fois, dans un contexte particulier puisqu'il s'agissait de recueillir les apports des membres de la CNS afin de formuler un avis sur le fond (pour lequel nous n'avions pas de saisine) et sur la forme (sur laquelle portait la saisine de la DGS), et que de plus la CNS rendait son avis alors que le plan était de fait déjà dans les tuyaux.

Il était bien essentiel que ce travail soit réalisé, mais la volonté de la DGS de ne pas saisir la CNS sur le fond a forcément pu donner le sentiment de la relative « vanité » des travaux de ce groupe.

L'ambiance de travail était excellente et collaborative, notamment avec les co-rapporteurs. Je suis de plus impressionnée par la capacité de mobilisation des membres de la CNS (et pas seulement de la CP) aux groupes de travail.

3) Quel est l'apport selon vous des groupes de travail pour la CNS ?

Essentiel, pour fonder le rôle de la CNS en tant qu'acteur de la démocratie sanitaire, mais sur des sujets forcément pointus qui nécessitent de rassembler sur des temps courts des compétences également pointues.

- [Le dépistage, diagnostics et accompagnements précoces des handicaps chez l'enfant](#)

Rapporteurs : David Causse et Philippe Calmette

Ce groupe de travail a connu une forte participation, s'étant réuni sept fois sur une période de près de six mois, avec un nombre d'inscrits qui n'a cessé de croître – de 29 pour la première réunion le 28 novembre 2011 à 49 pour la dernière le 2 mai 2012. Si aucun représentant des partenaires sociaux ni des collectivités territoriales ne s'est inscrit, le groupe de travail a attiré un grand nombre de personnes extérieures aux collèges de la C.N.S. (plus de la moitié des inscrits étaient des membres de droit de la C.N.S. ou des personnes auditionnées). Il a réuni 18 personnes en moyenne à chaque réunion.

- [Les solidarités du système de santé](#)

Rapporteurs : Christine Meyer, Françoise Tenenbaum, Franck Barbier

- [Le bilan de la démocratie sanitaire en région](#)

Rapporteurs : Madeleine Ngombet-Bitoo, Bertrand Garros, Jean-Louis Salomez

Ces deux groupes n'ont pas encore fini leurs travaux.

Entretien avec Jean-Louis Salomez

1) Pourquoi avez-vous choisi d'être co-rapporteur de cet avis / vœu / contribution ?

En tant que président de CRSA je suis confronté depuis deux ans à l'instauration d'une nouvelle démocratie sanitaire en régions, aventure passionnante mais qui demandait un peu de recul et la confrontation aux autres expériences identiques en France. L'autosaisine de la CNS sur cette question était l'occasion de faire ce bilan, de poser la question de la pertinence de notre modèle de démocratie sanitaire et d'en souligner les marges de progression, d'analyser aussi l'opinion des "prescripteurs" de cette démocratie que sont les



directeurs généraux d'ARS. Cette analyse nous permettra peut être également de tirer des enseignements sur l'évolution des missions et du fonctionnement de la CNS.

2) Quelle a été votre expérience de travail ?

Elle m'a fait prendre conscience à la fois des compétences indéniables au sein du secrétariat de la CNS mais aussi des moyens très limités dont il dispose. Il a fallu exploiter nous même l'étude. Etre rapporteur c'est aussi parfois, une fois passé les réactions de prestance initiale, se retrouver très seul face à une mission alors qu'on s'attendait à un travail collectif. In fine une expérience passionnante mais qui ne peut être renouvelée fréquemment

3) Quel est l'apport selon vous des groupes de travail pour la CNS ?

Ils sont fondamentaux car ils permettent un véritable échange entre univers différents. Ils procèdent à la fois d'une réflexion collective et multiple et d'une véritable acculturation de ses membres aux autres approches de la santé. Comme tels ils doivent continuer. Un seul regret, y noter l'absentéisme de beaucoup qui voient plus dans la CNS un lieu où il faut être sans vraiment jamais y aller. La démocratie sanitaire mérite mieux

C. Partenariats, rencontres et représentations extérieures

Dans la continuation de la précédente mandature, la C.N.S. a renouvelé son partenariat avec l'Institut droit et santé (I.D.S.), formalisé par [une lettre du 18 avril 2012](#) de Mme DEVICTOR et [confirmé par Mme LAUDE et M. TABUTEAU](#), co-directeurs de l'IDS.

Les contacts pris lors de la dernière mandature se sont aussi poursuivis. Ainsi, Mme DEVICTOR est intervenue devant la commission « Organisation institutionnelle » du Comité national consultatif des personnes handicapées (C.N.C.P.H.) le 6 septembre 2011, afin de présenter la C.N.S. et d'échanger sur le renforcement des liens entre les deux organisations ([compte-rendu disponible en ligne](#)). Elle a aussi participé, en compagnie de M. DAËL, président de la C.S.D.U., à la réunion de la Commission nationale des agréments des associations représentant les usagers dans les instances hospitalières ou de santé publique (C.N.A.arusp), le 30 septembre 2011. La C.S.D.U. a aussi associé à ses travaux, outre le C.N.C.P.H. et la C.N.A.arusp, le Conseil national des politiques de lutte contre la pauvreté et l'exclusion sociale (C.N.L.E.) lors de sa réunion du 7 février 2012.

Dans son précédent rapport d'activité, la C.N.S. exprimait ses regrets de n'avoir pu ouvrir de relations avec le Haut conseil de l'avenir de l'assurance-maladie (H.C.A.A.M.). C'est aujourd'hui un partenariat actif : Mme DEVICTOR, accompagnée de M. SALOMEZ, a rencontré M. PIVETEAU, président du H.C.A.A.M. le 8 novembre 2011 où les deux instances ont convenu de poursuivre à l'avenir des travaux communs ([compte-rendu disponible en ligne pour les membres de la C.N.S.](#)). Elle a aussi rencontré le même jour M. SALAMON, président du Haut conseil de la santé publique (H.C.S.P.) ([compte-rendu disponible en ligne pour les membres de la C.N.S.](#)).

La C.N.S. n'avait pas non plus de relations structurées avec la Haute autorité de santé (H.A.S.) dans le cadre de son précédent mandat. Mme. DEVICTOR a rencontré son président, M. HAROUSSEAU, le 17 janvier 2012, qui a donné lieu à des pistes de collaboration plus



avancée, ainsi qu'à un échange des programmes de travail respectifs ([compte-rendu en ligne pour les membres de la C.N.S.](#)).

Des contacts ont aussi été pris :

- avec M. ALLAIRE, directeur de la Caisse nationale de solidarité pour l'autonomie (C.N.S.A.), [le 27 mars 2012](#). A cette occasion, un référent de la C.N.S.A. à la C.N.S. a été désigné ;
- avec M. REGEREAU, président de la Caisse nationale d'assurance-maladie des travailleurs salariés, le 15 mai 2012 ;
- avec Mme LE LUONG, Directrice générale de l'Institut national de prévention et de l'éducation pour la santé (I.N.P.E.S.), [le 17 janvier 2012](#)
- avec M. MORTUREUX, Directeur général de l'Agence nationale de sécurité sanitaire, de l'alimentation, de l'environnement et du travail (A.N.P.E.S.), [le 7 février 2012](#).

Le 25 mai 2012, Mme DEVICTOR est intervenue à la journée des Directeurs-rices des Agences régionales de santé (A.R.S.)

Enfin, Mme DEVICTOR, a rencontré, [le 7 juin 2012](#), deux conseillers du cabinet de Mme TOURAINE : MM. CHAMBAUD, coordonnateur du pôle "santé publique et sécurité sanitaire" et LANNELONGUE, coordonnateur du pôle "chargé de l'organisation territoriale des soins", afin notamment de présenter la C.N.S.

La C.N.S. est aussi représentée à l'extérieur.

- Mme. DEVICTOR représente la C.N.S. au Comité d'éthique et de déontologie de l'Institution national de veille sanitaire (I.N.V.S.) ainsi qu'à la mission « Pour un pacte de confiance à l'hôpital », présidée par M. COUTY, où elle préside le groupe de travail sur le « service public hospitalier dans le système de santé » ;
- Mme TENENBAUM représente la C.N.S. au Comité de pilotage national sur le parcours de soins des personnes âgées ;
- Mme TENENBAUM et M. DUCIMETIERE siègent également aux Comités d'orientation thématiques : « alimentation » et « santé environnement » de l'A.N.S.E.S.

D. Les moyens à disposition de la C.N.S.

1) Le secrétariat général

[L'article D.1411-45-8 du Code de la santé publique](#) indique que : « Les services du ministre chargé de la santé assurent le secrétariat général de la Conférence nationale de santé. Les ministres chargés de la santé, de l'assurance maladie, des personnes âgées et des personnes handicapées contribuent au fonctionnement de la conférence ». [L'article R.1421-11° du Code de la santé publique](#) précise que la direction générale de la santé « est chargée du secrétariat de la Conférence nationale de santé ».

Au sein de la DGS, le secrétariat général de la CNS est assuré par la mission « appui aux ARS, partenariats et démocratie sanitaire » du Secrétariat général. En ressources d'appui la CNS dispose de 0,7 ETP de secrétaire général et 1,4 ETP de secrétariat administratif.



L'ensemble des travaux de rédaction des avis et rapports repose sur le volontariat des membres de la CNS.

2) Le financement de la C.N.S.

Le budget de fonctionnement de la CNS doit couvrir le fonctionnement de l'instance dans l'ensemble de ses composantes (assemblée générale, commission permanente, commissions spécialisées, groupes de travail thématiques...), permettre de soutenir et valoriser ses travaux, ainsi que d'organiser un débat public annuel. Ils relèvent de l'action n°11 « pilotage de la politique de santé publique » du programme 204 « prévention, sécurité sanitaire et offre de soins », placé sous la responsabilité du Directeur Général de la Santé. Les crédits alloués à ce titre pour le fonctionnement de la DGS s'élèvent à :

- pour 2011 : 60.000 €, incluant la séance d'installation du 21 juin 2011 ;
- pour 2012 : 15.000 € (en prévision d'exécution) à rapporter aux 96 000€ inscrits en programmation initiale. Le débat public programmé au 2^{ème} semestre 2012 (pour un montant prévisionnel de 64 000€) sera en effet reporté au 1^{er} semestre 2013 ;
- 141.000 € pour 2013 (prévisions JP€), dont 64 000 euros destinés à l'organisation d'un débat public.

Par ailleurs, les frais de déplacement des membres de la CNS (transport, hébergement, etc.) sont pris en charge sur le programme 124, dans le cadre de l'enveloppe globale notifiée chaque année à la DGS pour le fonctionnement des services de la direction et celui des instances qui lui sont rattachées. S'agissant de la CNS, les besoins estimés par les services de la DGS au titre des frais de déplacement, largement supérieurs à l'enveloppe allouée, les suivants :

- pour 2011 : 40.000 € pour le seul second semestre (la CNS ne s'est pas réunie avant le 21 juin) ;
- pour 2012 : 80.000 €.

Les difficultés rencontrées (jusqu'à 6 mois de délai) par un certain nombre de membres de la CNS (en particulier les représentants des usagers), pour obtenir le remboursement de leurs frais les ont conduits à renoncer à participer à ses travaux. La situation est en cours d'amélioration.

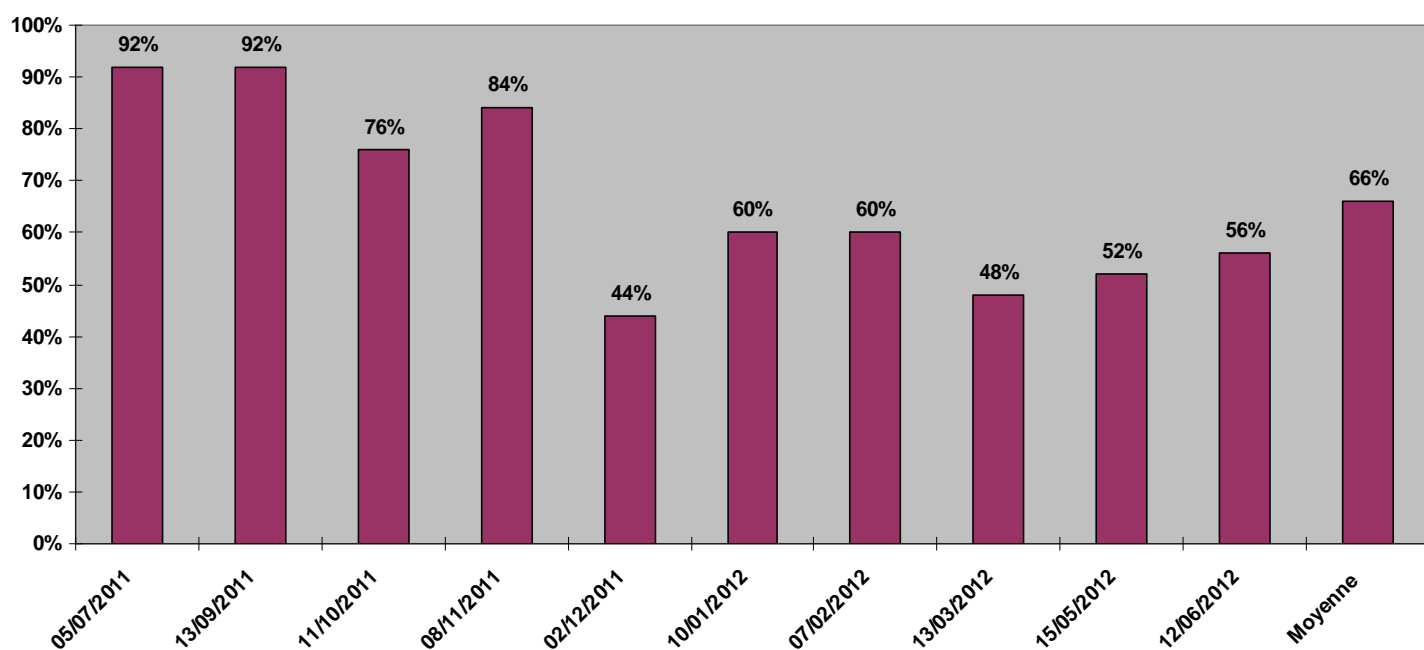


Annexes

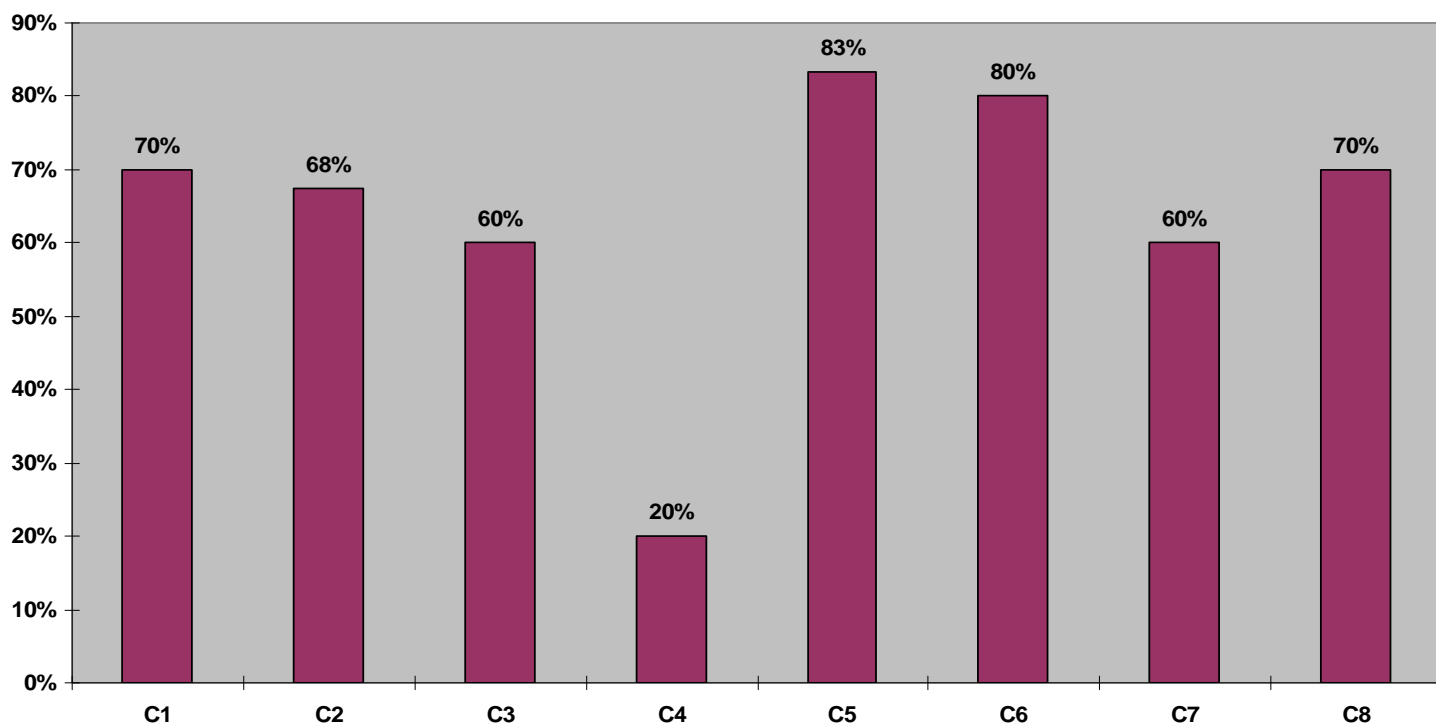
Composition de la Commission permanente, de la Commission spécialisée dans le domaine des droits des usagers et arrêtés de nomination

Taux de participation de la Commission permanente et de la C.S.D.U. par réunion et par collège

Taux de participation à la Commission Permanente - par réunion

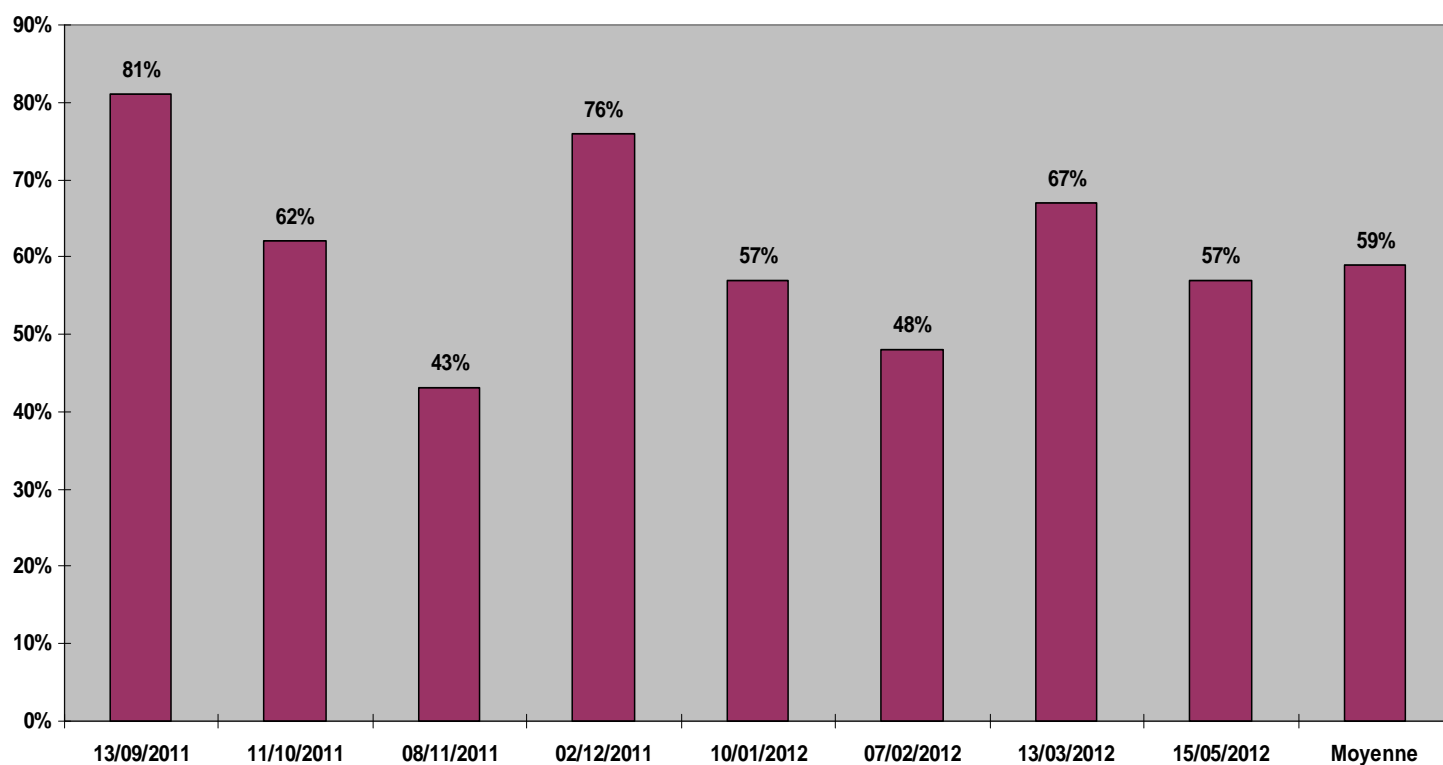


Taux de participation à la Commission Permanente - par collège

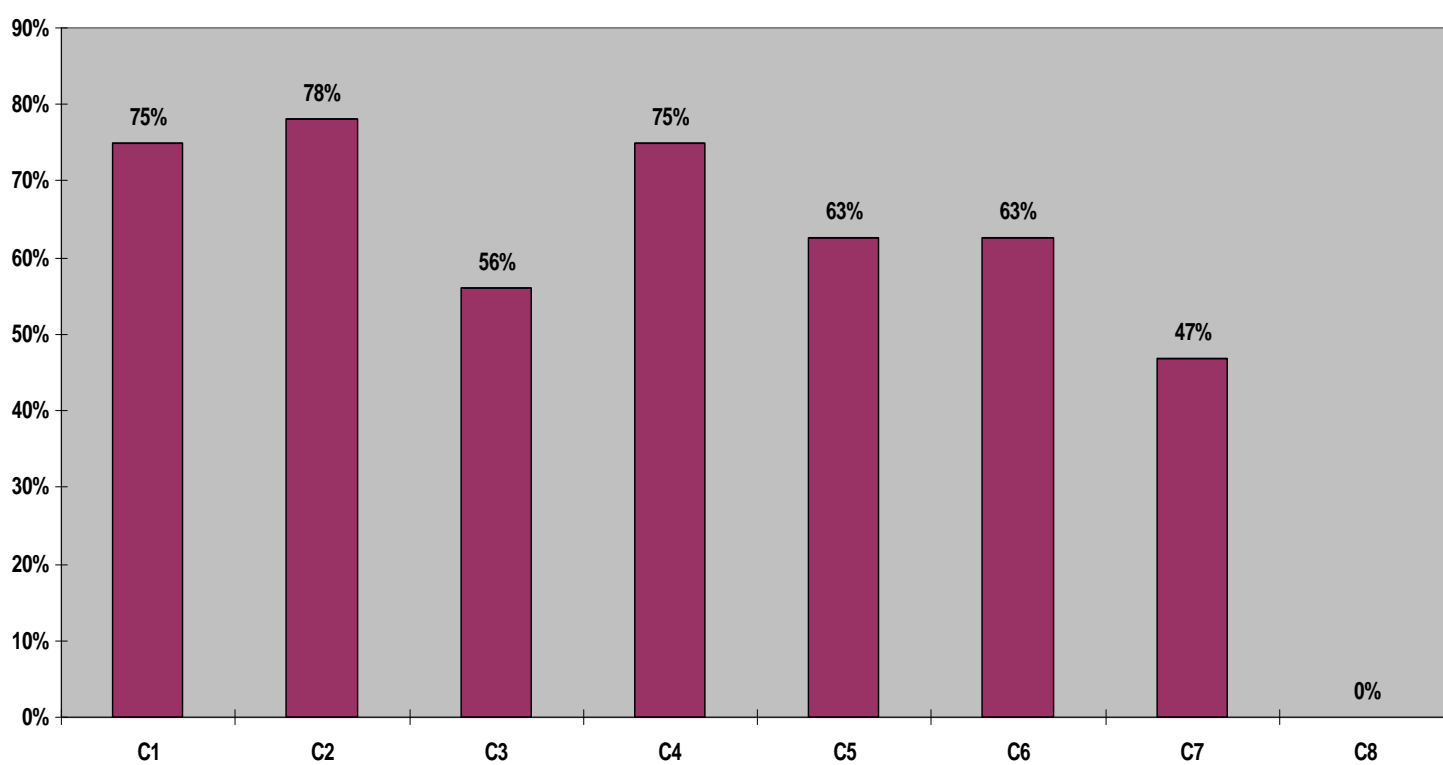




Taux de participation à la C.S.D.U. - par réunion



Taux de participation à la C.S.D.U. - par collège





Rapport d'activité 2012



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
Mél : cns@sante.gouv.fr
Site : www.sante.gouv.fr/conference-nationale-de-sante-c-n-s.html