

Poitiers

17, 18 et 19 mai 1999

rapport 1999

conférence nationale de santé

Remerciements

La Conférence nationale de santé en 1999 a pu se réunir à Poitiers dans des conditions de travail très favorables et agréables.

Que Monsieur Jacques Santrot, maire de Poitiers et son directeur de cabinet, Jean-François Macaire, soient remerciés de la qualité de leur accueil apprécié de tous. Beaucoup d'entre nous ont pu, grâce à eux, découvrir la beauté d'une ville chargée d'histoire.

Que François Galard, directeur régional des Affaires sanitaires et sociales et son équipe soient remerciés de leur disponibilité et de leur efficacité exceptionnelles.

Cette réunion a été marquée par une participation très active aux débats des membres de la Conférence présents. Que soient particulièrement remerciés ceux qui se sont impliqués fortement dans les groupes de travail préparatoires.

J'exprime mon amicale reconnaissance aux membres du bureau pour le travail considérable effectué tout au long de l'année : Isabelle Tamalet, Jean-François Collin, Olivier Joyeux, Claude Maffioli, Matthieu Mérau, Louis Serfaty, Jacques Vleminckx.

Je veux enfin dire l'aide essentielle apportée par les fonctionnaires et agents de la direction générale de la Santé, particulièrement le Docteur Danièle Mischlich et Madame Véronique Mallet auxquelles je veux dire aussi mon estime et mon amitié. Sans oublier pour sa contribution le jeune Cyril Michaud.

François de Paillerets
Président de la Conférence nationale de santé

Le texte de ce rapport inclut la formulation complète et exacte des propositions qui ont reçu l'agrément de la Conférence. Leur apparition dans le texte est signalée par une mise en forme identique au présent paragraphe. Ces parties du rapport sont celles qui ont été approuvées par tous les membres de la CNS ou par la majorité de ses membres présents travaillant en session plénière.

Sommaire

Dix priorités d'égale importance _____	7
La Conférence _____	8
Impact des trois premières Conférences nationales de santé	8
Le Rapport du Haut Comité de la santé publique	10
Le bilan provisoire des États généraux de la santé	11
La consultation des organismes de remboursement des soins	12
La Conférence de Bernard Friot	12
Une motion sur les pratiques addictives	13
Vieillesse et politiques de santé _____	14
Optimiser l'image de la vieillesse	15
Mieux distinguer vieillissement normal et pathologique	16
Mieux former en gérontologie	17
Mieux prévenir	17
Mieux coordonner les soins	20
Faire évoluer la prestation spécifique dépendance	22
Inégalités de santé : réduire les inégalités interrégionales d'offre de soins _____	26
Créer l'enveloppe transversale de santé	27
Aller vers une régionalisation plus forte	28
La consultation des régions (avril 1999)	29
La poursuite du débat	30
Réflexion et prospective sur la conférence nationale de santé _____	32
Approfondir ses missions	32
Faire évaluer sa composition	33
Aménager son fonctionnement interne	35
Optimiser le dispositif d'ensemble	37
Membres de la conférence nationale de santé _____	40
Sommaires des annexes _____	42
Annexes du Rapport 1999 volume 1	42
Annexes du Rapport 1999 volume 2	42

Dix priorités d'égale importance

Donner des moyens à la promotion de la santé et à son évaluation

Coordonner les actions en faveur de l'enfance pour mieux en assurer la continuité de la maternité à l'adolescence

Renforcer immédiatement les actions et les programmes de prévention-éducation visant à éviter la dépendance chez l'adolescent (alcool, tabac, drogue, médicaments psychotropes)

Maintenir en milieu de vie ordinaire les personnes âgées dépendantes qui en font librement le choix

Améliorer les performances et décloisonner le système de lutte contre le cancer

Prévenir les suicides

Obtenir plus d'informations sur les morts accidentelles (hors accidents de la route et du travail)

Réduire l'incidence des accidents iatrogéniques évitables, médicamenteux et non médicamenteux

Garantir à tous l'accès à des soins de qualité

Réduire les inégalités de santé intra et interrégionales

La Conférence

Pour la troisième fois, Bernard Kouchner, secrétaire d'État à la Santé et à l'Action sociale, participait à la Conférence nationale de santé. Introduisant son discours d'ouverture par un rappel du dispositif de sécurité sanitaire, il consacre ensuite l'essentiel de son propos aux enseignements des États généraux de la santé. Ceux-ci ont « incontestablement modifié les rapports entre les différents acteurs de santé » et nous imposent « de définir les modalités d'une participation permanente de nos concitoyens à notre système de santé ». Reprenant plusieurs thèmes ayant fait l'objet de « forum-citoyens », il insiste particulièrement sur « le droit de vieillir », qui rejoint très directement le thème central de cette Conférence de Poitiers.

Faciliter le maintien au domicile des personnes très âgées est une exigence de vie fortement exprimée à laquelle il faut mieux répondre : en favorisant l'aide aux aidants, c'est-à-dire l'entourage familial, en développant des formules innovantes d'hébergement temporaire, en permettant aux services polyvalents d'aide à domicile d'offrir des soins modulés, valorisés par des forfaits différenciés selon la gravité de la pathologie prise en charge, etc.

S'agissant des établissements, le ministre espère que la nouvelle tarification, qui distingue clairement les frais d'hébergement, les dépenses de soins et celles liées à la dépendance, permettra de mieux connaître la réalité des pratiques gérontologiques en institution et, dès lors, de médicaliser intelligemment les établissements.

Estimant que la PSD a permis de réelles avancées, mais reconnaissant que le coût du maintien à domicile ou du placement en institution reste le plus souvent, pour une large part, à la charge de l'intéressé ou de sa famille, le ministre souhaite améliorer en les simplifiant les financements actuels et s'oriente aussi vers un redéploiement de l'enveloppe hospitalière dans la mesure où des personnes âgées dépendantes sont indûment maintenues à l'hôpital, alors que l'hébergement à domicile ou en institution peut constituer une meilleure solution.

Impact des trois premières Conférences nationales de santé

Le professeur Joël Ménard introduit le sujet en indiquant que s'il avait accepté, il y a dix-huit mois, le poste de directeur général de la Santé, sa décision avait été en grande partie dictée par le sou-

hait de contribuer à la mise en œuvre des dix priorités retenues par la Conférence nationale de santé lorsqu'il en assumait la présidence.

D'un bilan très riche, nous ne pouvons retenir ici que quelques-unes des actions les plus exemplaires de cette complémentarité.

Certaines incitent à être optimistes : ainsi, la Conférence avait-elle demandé, en 1997 sur la suggestion d'Isabelle Tamalet et de Claude Bouchet, que soient introduites « 10 heures annuelles d'éducation à la santé, tout au long de la scolarité, dès la maternelle ». Seulement 40 heures ont été instituées au total, à répartir sur l'ensemble des quatre années du Collège. C'est pourtant une avancée tout à fait marquante.

D'autres conduisent à une approche à la fois prudente et tenace : il en est ainsi de la réduction des *inégalités de santé*. On ne peut ignorer ni accepter les inégalités qui existent entre régions dans ce domaine, mais il serait intéressant de mieux connaître les réalités sous-jacentes et les tendances passées, sur le moyen et même sur le long terme. Il faut aussi prendre en compte, au moins autant, les inégalités à l'intérieur des régions. Quant à une plus juste répartition des moyens, on ne progressera vraiment que lorsque sera instituée une tarification à la pathologie.

Il est des thèmes abordés par la Conférence nationale de santé qui engagent la responsabilité des professionnels de santé au moins autant que celle des décideurs politiques ou celle de l'administration : c'est vrai pour la prise en charge du *diabète*, à propos duquel une toute récente enquête menée sous l'égide de la Cnamts dans la région Champagne-Ardenne a montré que la surveillance biologique des diabétiques non insulino-dépendants était trop souvent erratique et que leur traitement était suffisant pour retarder la mort, mais insuffisant pour éviter des complications humainement et économiquement très lourdes, rançon des insuffisances de prises en charge antérieures. C'est vrai aussi en matière de *dépistage du cancer*, particulièrement le cancer du sein, le cancer du col, et le cancer colo-rectal : une évaluation pertinente de ce dépistage remet en cause toute la chaîne de qualité de la médecine. C'est vrai aussi, sur un autre plan, de *l'éducation thérapeutique du patient*, sur laquelle la DGS finalise un travail de recherche conceptuelle et opérationnelle : il est hautement souhaitable que les représentants des professions de santé siégeant à la Conférence nationale de santé reprennent ce dossier en sachant surmonter les querelles corporatistes de territoire.

Après avoir cité beaucoup d'autres actions à mettre à l'actif de la direction générale de la Santé et de la Conférence nationale de santé — cette dernière jouant de par son pouvoir de proposition un rôle important de facilitation et d'accélération — Joël Ménard tient à conclure sur *le tabac*, problème majeur puisqu'on évalue à au moins 5 millions le nombre de fumeurs dépendants dans notre pays et qu'il n'est plus nécessaire d'argumenter les dangers mortels de cette pratique addictive. La loi Evin est exemplaire, mais difficile à faire appliquer complètement. Les campagnes du Comité français d'éducation pour la santé ayant pour but de décourager l'entrée des jeunes

dans le tabagisme sont positives, mais montrent aussi leurs limites. Le développement des consultations de sevrage tabagique est à continuer, mais il restera toujours insuffisant pour résorber l'importance du nombre de fumeurs dépendants.

Une réflexion stratégique approfondie montre l'impérieuse nécessité d'une révision de l'ensemble du dispositif antitabac. Elle conduit à appeler à une véritable mobilisation, accompagnée de formations spécifiques, de tous les acteurs de santé. L'objectif est double : aider au sevrage tabagique (50 000 sevrages réussis chaque année serait un résultat à la fois très partiel, ambitieux et réaliste) et, surtout, aider les jeunes à ne pas entrer dans le piège du tabac.

Le Rapport du Haut Comité de la santé publique

Présenté par le Professeur Gilles Brucker, désigné récemment à la vice-présidence de cette instance, ce rapport est constitué de deux parties.

La première partie reprend l'essentiel du rapport *La santé en France 1994-1998*, réalisé sous le mandat de Pierre Ducimetière et faisant suite au rapport princeps *La santé en France en 1994*.

Voici quelques points forts de ce « rapport d'évolution » :

- l'espérance de vie est en France de 74 ans pour les hommes et de 82 ans pour les femmes. Elle continue à augmenter, mais deux fois moins vite qu'au cours de la décennie quatre-vingt. Elle nous situe en tête des pays européens.

- « la santé qui se dégrade » : augmentation de fréquence du cancer du poumon et du cancer des voies aérodigestives supérieures chez la femme (confirmant la responsabilité du tabac et de l'alcool), du mélanome, des comportements à risque des jeunes et adolescents, des situations pathologiques en lien avec la précarité.

- « la santé qui stagne » : la mortalité par suicide, par cancer (sein, colon, poumon chez l'homme), par anomalie périnatale.

- « la santé qui progresse » : diminution de la mortalité accidentelle, cardio-vasculaire, infectieuse (prévention et traitement du VIH), infantile (prévention de la mort subite du nourrisson).

La deuxième partie du rapport expose les éléments de réflexion sur l'orientation à donner aux travaux du Haut Comité de la santé publique qui vient d'être très largement renouvelé (la plupart de ses membres ayant exercé deux mandats). En dehors des sujets qui résultent d'une saisine ministérielle (pollution atmosphérique, souffrance psychique des adolescents, santé et nutrition...), le bureau du Haut Comité de la santé publique et celui de la Conférence nationale de santé doivent, comme par le passé, se concerter pour définir certains thèmes de travail communs. Les sujets envisagés par le Haut Comité tournent autour :

- de la méthodologie d'aide au choix de priorités,
- de l'évaluation de l'efficacité et de la qualité du système de soins,
- d'une réflexion sur les structures de santé publique qui se sont

multipliées au cours des dernières années au point de poser problème en termes de lisibilité, de coordination et de cohérence.

Ne cachant pas avoir été très impressionné par ce qu'il a vu et entendu au cours des États généraux, il propose à la Conférence nationale de santé d'œuvrer conjointement avec le Haut Comité de la santé publique pour « promouvoir une compréhension partagée des enjeux de santé à venir, préalable à la participation et au respect des engagements de tous, pour une plus grande qualité et équité en matière de santé ».

Le bilan provisoire des États généraux de la santé

Il a été présenté par Étienne Caniard qui assume, avec Gilles Brücker, la responsabilité du Comité national d'orientation.

Le choix d'une décentralisation très marquée a permis une dynamique qui, après un début plutôt lent, a montré le potentiel considérable de mobilisation de nos concitoyens sur les problèmes de santé : en six mois, plus de 1 000 réunions, touchant au total 100 à 150 000 personnes. Les débats ont été très généralement de qualité, même si les interventions prenaient la forme plus souvent de témoignages que de propositions. Il faut mettre à part bien sûr la formule Forum Citoyen où, par définition, le jury devait aboutir à des recommandations construites sur le thème ciblé.

Une synthèse nationale, réalisée sous l'autorité du Comité national d'orientation, sera présentée le 30 juin. Au-delà des recommandations directement issues des travaux portant sur les 15 thèmes soumis à débat, cette synthèse présentera des préconisations, qui sont en cours d'élaboration à partir de cinq pistes « transversales » :

- *la prévention* : revendication permanente, déclinée à tous les âges et réclamant de passer sans tarder à l'action : comment réintégrer et valoriser la prévention dans la vie quotidienne des professionnels de santé ? Quelles contraintes sont acceptables, et donc efficaces, pour développer les réflexes préventifs dans la population ?

- *l'accessibilité au système sanitaire et social* : avec le souhait du maximum de proximité possible, vécue comme facilitant le passage d'une réponse technique, jugée généralement satisfaisante, à une prise en charge globale de la personne.

- *l'amélioration de la protection des personnes malades* : d'excellents textes existent, mais ils sont trop souvent peu ou pas appliqués, comme l'avait déjà révélé le choc des États généraux du cancer.

- *la transparence du système de soins* : nécessaire pour établir une relation de confiance qui ne peut ignorer la mutation en cours faisant passer d'un malade soumis à un usager bien informé, demandeur d'une écoute, voire dans certains cas d'une participation active à son traitement. Cette demande fortement exprimée au travers d'une prise de parole d'un genre nouveau, ne s'exprime pas en confrontation avec les professionnels de santé. Une absence de réponse à ce besoin pourrait cependant transformer la relation entre

soignant et soigné, la déplaçant de la confiance vers la méfiance. L'enjeu est considérable et débouche sur l'éducation thérapeutique du malade et l'éducation à la santé du citoyen.

– *mise en place de procédures permanentes*, associant les usagers à la décision et à la gestion au sein du système de santé.

Doit-il s'agir d'un simple recueil d'avis ? Ou au contraire d'une participation au processus décisionnel ? Il conviendrait alors, non pas de diluer la prise de décision, mais de l'explicitier en arguant pourquoi telle suggestion a été ou n'a pas été retenue. Derrière cette demande, il y a le souhait de pérenniser « l'esprit des États généraux ».

La consultation des organismes de remboursement des soins

Jusqu'à présent cette consultation, prévue dans le texte fondateur de la Conférence nationale de santé donnait lieu à un bilan annuel de l'impact des propositions de la Conférence sur les actions menées par les Organismes de remboursement des soins. Ce bilan, présenté sur forme d'un document (figurant en annexe) et d'une table ronde, doit être maintenu, d'autant qu'il s'enrichit d'année en année notamment dans le domaine du recueil des données, de la prévention et de la coordination des soins. Les actions deviennent assez nombreuses pour que soit exprimé le souhait de connaître les projets des uns et des autres avant leur réalisation, afin d'éviter les doublons et de monter des synergies, voire des partenariats : cette information-concertation pourrait se faire sous l'égide de la direction générale de la Santé.

Cette année, mais peu de temps avant la réunion de Poitiers, le bureau de la Conférence avait souhaité expérimenter un élargissement du champ de la table ronde, permettant de recueillir l'avis des responsables des organismes remboursant les soins sur le degré souhaitable de la régionalisation du système de santé. Participaient à cette table ronde animée par Joël Ménard et François de Paillerets, Messieurs Spaeth (président de la Cnamts), Lenoir (directeur général de la MSA), de Rubersy (vice-président de la Canam), Bazzochi (directeur adjoint chargé de la santé à la FNMF) et Foulon (délégué général de la FFSA).

La tendance générale s'est montrée, au moins pour le court terme, en faveur de la déconcentration, en insistant sur la nécessité d'une politique nationale de santé forte. À l'évidence, cette nouvelle forme de table ronde donne plus de sens à la consultation, mais elle réclame plus de temps de préparation.

La Conférence de Bernard Friot

Quelle est la place dans notre société pour les personnes âgées ? En posant cette question à Bernard Friot, maître de conférence d'éco-

nomie du travail à l'Université Nancy I, se poursuivait ce qui devient une heureuse tradition : inviter une personnalité extérieure à nous faire réfléchir à partir et à propos du thème principal étudié par la Conférence nationale de santé, cette année, les personnes âgées.

Bernard Friot part du constat suivant : le type de ressources d'un individu contribue largement à définir sa place dans la société. Ses travaux l'amènent à s'inquiéter du recul du salaire (au sens large et pas seulement juridique du terme) devant la fiscalisation redistributive (diminution des cotisations sociales liées au salaire au profit de l'augmentation de la contribution sociale généralisée), risquant de favoriser la réapparition de catégories sociales (les vieux, les jeunes, les pauvres...). Ces dernières sortant du paysage commun défini par le salaire, pourraient être menacées, paradoxalement et insidieusement, de ségrégation, voire d'exclusion.

Cette thèse, dérangement, nous amène aux confins de la politique, de la sociologie et de l'économie du travail. Elle donne matière à discussion, probablement à objection, sûrement à réflexion.

Une motion sur les pratiques addictives

M^{me} Anne Copel a présenté, en accord avec le collège des représentants des Conférences régionales de santé, une motion de soutien à la Mission interministérielle de lutte contre la drogue et les toxicomanies, dans son approche plus globale des pratiques addictives a reçu l'approbation unanime de la Conférence nationale de santé :

La CNS rappelle ses prises de position en faveur du renforcement des actions de prévention visant à prévenir les dépendances (alcool, drogues, tabac, médicaments).

Les rapports d'experts convergent vers cette nécessaire prise en compte de l'ensemble des produits psycho-actifs, alcool compris, dans une approche globale de la prévention.

La CNS appuie le programme aujourd'hui proposé par la Mission interministérielle de lutte contre la drogue et les toxicomanies qui correspond bien à ces objectifs.

La CNS réaffirme l'intérêt de cette politique globale, et déplorerait que des intérêts économiques particuliers aboutissent au retrait de l'alcool de cette politique.

Vieillesse et politiques de santé

Le vieillissement de la population est un fait majeur de notre société moderne. Il est directement lié, bien sûr, à l'augmentation de l'espérance de vie, dont nous pouvons tous nous réjouir, d'autant qu'elle s'accompagne, contrairement aux hypothèses pessimistes, d'un recul de l'âge d'entrée dans la dépendance. Deux données illustrent l'importance des enjeux :

Les personnes ayant de plus de 60 ans seront, en France, dans dix ans, plus nombreuses que les jeunes de moins de 20 ans et, dans cinquante ans, deux fois plus nombreuses qu'aujourd'hui : on ne peut plus se contenter de rapports et de demi-mesures.

La tranche d'âge supérieure à 85 ans va diminuer au cours des cinq prochaines années (en raison du déficit de naissances correspondant à la première guerre mondiale), avant d'augmenter à nouveau : il faut profiter de ce répit démographique pour mettre en place, puis développer, une politique gérontologique digne des valeurs éthiques que porte notre société.

« Maintenir en milieu de vie ordinaire les personnes âgées dépendantes qui en font librement le choix » était une des dix priorités retenues par la Conférence nationale de santé, lors de sa première réunion, en septembre 1996.

Le groupe de travail animé par Jean-François Collin* a repris ce thème, en approfondissant et en élargissant les propositions initiales, sans toutefois faire une étude exhaustive de tous les problèmes de santé liés au vieillissement (ainsi l'hospitalisation des personnes âgées n'a été pratiquement pas abordée). Il a pris connaissance des nombreux rapports ayant traité, depuis près de quarante ans, de la politique de la vieillesse, puis du vieillissement. Il a constaté que les experts étaient généralement en phase sur l'analyse de la situation et les orientations à retenir, sans pour autant que leurs propositions recueillent l'écho qu'elles méritent dans les politiques publiques. Il s'est donc fixé comme objectif de repérer les freins responsables de cette situation.

La Conférence nationale de santé 1999 a retenu neuf propositions s'articulant autour des trois principes élaborés par le groupe de travail et confirmés en séance plénière par la conférence à une très large majorité :

- **Considérer le vieillissement de la population dans ses effets positifs pour la société,**
- **Mieux distinguer, pour le prendre en charge ensuite, le**

* aidé pour la rédaction de son rapport par Lucien Demonio, Eugène Pinsault et Louis Serfaty

vieillesse pathologique du vieillissement normal, et assurer un continuum de soins préventifs et curatifs,

– Combiner solidarité nationale, proximité et réalisme dans le cadre d'un dispositif simplifié de prise en charge de la dépendance.

Optimiser l'image de la vieillesse

Il n'y a pas si longtemps vieillesse rimait avec sagesse. Qu'en est-il actuellement ?

Ce sont les images négatives qui désormais prédominent : concurrence d'emploi avec les jeunes générations, surtout coût des retraites, et, plus récemment, lourdeur de la prise en charge de la dépendance.

Et pourtant les personnes âgées participent souvent à l'effort de production de la nation, au travers d'actions presque toujours bénévoles (aide à leur famille, assistance à leur entourage, implication dans la vie associative...). De plus, on ignore trop souvent la surprise heureuse, déjà signalée, que l'espérance de vie sans incapacité augmente plus vite que l'espérance de vie : d'où une réduction de la période de dépendance.

1

Développer un programme de communication, massif et sur plusieurs années, conçu avec les personnes âgées, afin de positiver leur place dans la société française, et de rendre ainsi possible une prise en compte plus digne de leurs problèmes.

Force est de constater que notre environnement a été conçu davantage pour les jeunes que pour leurs aînés dont les capacités fonctionnelles sont amoindries. C'est vrai par exemple pour l'habitat, pour le mobilier domestique ou urbain. C'est malheureusement aussi trop souvent vrai pour les maisons de retraite, qu'il s'agisse de leur aménagement insuffisamment pour et avec les personnes qu'elles hébergent, ou qu'il s'agisse de leur implantation trop souvent à l'écart des lieux de vie, aggravant ainsi la solitude familiale et sociale de leurs « pensionnaires ».

Il est grand temps de changer le regard de notre société sur la vieillesse : la première proposition est beaucoup plus ambitieuse qu'une simple campagne médiatique qui ne serait qu'un alibi. Le souhait que les personnes âgées elles-mêmes soient impliquées dans la conception et peut-être la réalisation de ces programmes est fortement souligné dans cette première proposition. Il rejoint le souhait plus général d'une réelle participation des usagers, qui reviendra à plusieurs reprises au cours du chapitre suivant.

Mieux distinguer vieillissement normal et pathologique

La vieillesse n'est pas une maladie. Pour s'en convaincre, il suffit de constater qu'un grand nombre de personnes âgées vivent en bonne santé et de rappeler une fois encore que l'allongement de la durée de vie s'est accompagné d'un recul de l'âge de la dépendance.

Mais il est aussi des vieillissements pathologiques, liés à une évolution anormalement rapide, précoce, importante, du processus biologique de sénescence, qui tend à réduire les capacités relationnelles (mnésiques, cognitives, sensorielles, locomotrices...) et à favoriser l'écllosion de maladies dégénératives liées à l'âge.

La réalité n'est pas aussi tranchée, d'autant qu'elle doit aussi intégrer les nombreuses maladies aiguës ou chroniques qui peuvent survenir chez l'adulte, mais qui augmentent en fréquence et en sévérité avec l'âge. Ces maladies viennent se superposer entre elles (« polyopathologies du vieillard ») et s'intriquer aux manifestations de la sénescence pour créer des tableaux cliniques complexes, générateurs d'incapacités pouvant conduire à la dépendance.

Distinguer ces différentes situations n'est pas toujours facile, mais est important lorsqu'on s'engage dans la réflexion médicale et éthique qui s'impose devant le constat suivant : l'espérance de vie et l'espérance de vie sans incapacité sont toutes deux plus importantes pour les personnes appartenant aux catégories socio-professionnelles favorisées. Ce constat suggère que celles-ci sont moins exposées à des facteurs de risques, dont la prise en compte devrait être susceptible de réduire l'écart qui pénalise actuellement les catégories moins favorisées et qui va en s'aggravant. De fait on sait que ces facteurs ne sont pas uniquement génétiques, mais très liés aux conditions d'environnement (notamment culturel) et aux comportements individuels (avant même l'entrée dans la vieillesse). Même s'ils sont encore imparfaitement connus, on peut avancer qu'ils ne sont pas forcément identiques selon que la vieillesse est perturbée du fait d'une sénescence anormale ou de polyopathologies.

Nous entrons ainsi dans le domaine de la recherche gérontologique. Il est tentant de demander à cette dernière d'ouvrir la voie permettant de retarder le vieillissement, mais nos connaissances sur la sénescence sont encore tellement fragmentaires, qu'il faut miser sur le long terme. Des retombées plus rapides peuvent être attendues des études épidémiologiques, dont on peut espérer une meilleure connaissance des facteurs de risque évoqués plus haut, et des études pharmacologiques qui devraient conduire à une réduction du risque iatrogène propre à cet âge. Tout en validant la pertinence de ces axes de recherche, la Conférence a suivi la suggestion du groupe de travail de mettre en exergue l'absolue nécessité de développer des recherches opérationnelles visant à élaborer des stratégies spécifiquement adaptées aux problèmes des personnes âgées, avec trois objectifs prioritaires : la formation en gérontologie, la prévention des vieillesse compliquées et la coordination des soins.

Mieux former en gérontologie

La difficulté que nous avons soulignée de tracer les limites fluctuantes entre vieillissement normal, vieillissement pathologique et polyopathologies conduit trop souvent à méconnaître les signes d'appel et à laisser se développer des pathologies invalidantes.

Des efforts pédagogiques ont été entrepris au cours des vingt dernières années, à partir de rien ou presque rien. Les résultats sont réellement appréciables en termes de sensibilisation et de formation à la gérontologie. Mais il faut les approfondir et les étendre à l'ensemble de ceux et celles qui interviennent, d'une manière ou d'une autre, autour de la personne âgée.

Bien sûr sont concernés les médecins, les chirurgiens, les dentistes, les pharmaciens, les infirmières, et plus généralement l'ensemble des personnels de santé et du secteur médico-social. Les textes réglementant le programme de ces cursus imposent désormais un contenu gérontologique appréciable. Mais, trop souvent encore, ces textes ne sont pas ou peu appliqués.

Par sa deuxième proposition, la Conférence nationale de santé a voulu mettre l'accent sur la nécessaire formation des « aidants », qu'ils soient professionnels ou bénévoles, avec une mention spéciale pour ceux qui ont en charge des personnes âgées atteintes de démence et qui doivent pouvoir disposer non seulement d'une formation spécifique, mais aussi d'un accès permanent possible à un soutien psychologique.

2

Constituer un fonds de formation pour les aidants bénévoles et professionnels (intervenants et coordonnateurs)

À propos des aidants, il convient de rappeler que les bénévoles ne concurrencent pas les professionnels, mais les complètent. Reconnaître leur rôle irremplaçable devrait se traduire par des mesures d'accompagnement. Outre la formation, définie comme une priorité, on peut évoquer la reconnaissance du service rendu par la création d'un congé sur le mode du congé parental ou encore l'organisation plus souple des services aux personnes âgées permettant des périodes de repos pour les aidants.

Mieux prévenir

Les affections les plus fréquentes chez les personnes âgées et qui peuvent bénéficier de mesures préventives sont les maladies vasculaires (cardiaques et cérébrales), les déficiences sensorielles (cataracte, surdité), les insuffisances de dentition, les troubles la marche

(maladie de Parkinson, fonte musculaire) et surtout les atteintes des fonctions mentales, qu'il s'agisse d'une atteinte de l'humeur (dépression), de troubles de la mémoire ou d'états démentiels (maladie d'Alzheimer et démences apparentées).

Parmi les techniques de prévention, la conférence nationale de santé propose de privilégier deux démarches : l'éducation pour la santé et le dépistage, restant ainsi en cohérence avec ses prises de positions antérieures sur les affections chroniques.

L'objectif général est d'éviter ou de retarder le plus possible les affections susceptibles d'entraîner une incapacité qui, par elle-même ou associée à d'autres, va réduire l'autonomie et conduire à la dépendance. En d'autres termes, l'enjeu essentiel est d'améliorer la qualité de vie des personnes âgées, en retardant les effets de la sénescence et en diminuant le risque lié aux maladies intercurrentes.

Retarder les effets de la sénescence relève, nous l'avons vu, pour l'essentiel des espoirs mis dans la recherche fondamentale. Cependant des actions concrètes peuvent être entreprises dès maintenant, avec de réelles chances de succès. En voici quelques exemples :

- Le vieillissement biologique est lié notamment au vieillissement psychologique. Et il est aussi bien démontré que le maintien des activités physiques et intellectuelles est important pour « bien vieillir ». La proposition n° 1 insistait sur la nécessité de restaurer l'utilité sociale de la personne âgée au plan individuel et collectif. Il faut aussi souligner et soutenir le rôle des associations favorisant les échanges culturels, les activités ludiques, les voyages...

- De même faut-il insister sur l'importance d'une alimentation adaptée aux possibilités et aux besoins des personnes âgées. Des mesures diététiques simples peuvent participer à la prévention de trouble tels que l'ostéoporose (apport de calcium, de protéines, éventuellement de vitamine D), la fonte musculaire (apports protéino-calorique suffisants), la constipation (consommation suffisante d'eau, de fruits et de légumes verts). Des recherches sont encore nécessaires pour confirmer le rôle de certaines vitamines et de certains minéraux et oligo-éléments dans la préservation des fonctions immunitaires et des capacités cognitives.

- Diminuer les risques liés aux maladies dont la fréquence et la sévérité augmentent avec l'âge (hypertension, diabète, bronchite chronique, certains cancers...), c'est agir sur leur déterminants (tabac, alcool, obésité, sédentarité) et donc, ici encore, sur les comportements.

Modifier les comportements dans un sens favorable au « bien-être » est l'affaire de **l'éducation à la santé**. Celle-ci s'adresse en premier lieu à l'homme sain et donc à l'ensemble de la population de notre pays : pas seulement les personnes déjà entrées dans l'âge de la vieillesse, mais aussi celles qui devraient, bien avant, réaliser que leurs habitudes de vie vont « se payer » ou « être payantes » quelques décennies plus tard.

Cette démarche éducative s'adresse aussi bien sûr, mais avec une approche plus spécifique, à l'homme malade. Prenons un seul exemple extrait de l'éducation thérapeutique des malades âgés : il faut informer ceux-ci du bon usage des médicaments, pour dimi-

nuer les effets iatrogéniques liés aux particularités pharmacologiques chez le sujet âgé, éviter les interactions médicamenteuses et favoriser l'adaptation nécessaire à l'apparition des génériques et des substitutions. Au-delà de l'information, l'échange entre le soignant et le malade peut conduire à une certaine forme de contrat négocié en vue d'une adhésion et d'une meilleure compliance au traitement. Les personnes âgées sont encore trop souvent considérées comme passives dans un processus qui se résume alors à la transmission d'un message professionnel. L'information et la formation de l'entourage dans le respect des règles déontologiques sont également essentielles du fait de la participation de cet entourage aux soins (proposition n° 3).

3

Développer et mettre en œuvre des stratégies d'éducation pour la santé et d'éducation du malade adaptées aux personnes âgées.

Beaucoup de ce qui vient d'être dit précédemment pourrait être repris, au plan de l'esprit, à propos du **dépistage précoce** du vieillissement et des maladies dont la fréquence augmente avec l'âge.

Ainsi retrouve-t-on, dans la proposition n° 4, le même souci de rechercher et de définir préalablement des stratégies de dépistage non seulement efficaces, mais aussi adaptées aux personnes âgées. Par exemple, il conviendrait de poursuivre les recherches-actions visant à dépister et mesurer la diminution de l'élasticité physique (articulaire, musculaire) et cérébrale (cognitive, mnésique, sensorielle...) qui est une des caractéristiques essentielles du début du vieillissement. Par exemple aussi faudrait-il décider de la stratégie du dépistage de l'ostéoporose, pour laquelle il est possible de mettre en place des stratégies de prévention et de traitement. Par exemple encore, conviendrait-il de s'interroger sur le fait que, passé un certain âge et souvent sans raison objective, le dépistage de certaines pathologies aussi fréquentes que les maladies cardio-vasculaires, le diabète et certains cancers (sein, colon...) est réalisé avec moins de rigueur chez le sujet âgé, voire abandonné.

Ces exemples viennent appuyer une idée forte exprimée dans le rapport préparatoire de la Conférence : l'âge ne doit pas être un motif d'exclusion d'une action de dépistage, à partir du moment où cette action est acceptée par la personne âgée et peut lui être utile.

4

Proposer des stratégies organisées de dépistage du vieillissement pathologique et des pathologies qui augmentent avec l'âge

Cette réflexion sur les stratégies de dépistage doit s'accompagner d'une réflexion sur les possibilités thérapeutiques susceptibles d'être réellement mises en œuvre dans les cas où le dépistage révèle une anomalie. Dans cet esprit une révision de la nomenclature doit être étudiée, en particulier pour les lunettes, les prothèses auditives et dentaires, et certains soins de podologie.

Mieux coordonner les soins

La notion de soins dont bénéficie une personne âgée doit être conçue au sens large, englobant les soins médicaux et paramédicaux, mais aussi les aides apportées par les aide-soignantes et les aide-ménagères dans leurs domaines respectifs de compétence. La diversité et l'intrication des problèmes à prendre en charge multipliant encore le nombre des intervenants, on conçoit facilement la nécessité d'une coordination des soins.

Ces soins s'inscrivent presque toujours dans la durée. D'où la nécessité d'en assurer la continuité, au domicile même ou le plus possible à sa proximité immédiate. Leur qualité mérite une évaluation d'autant plus attentive que les personnes âgées sont toujours un peu ou très isolées et se plaignent peut-être moins que les générations plus jeunes.

Énoncer la nécessité de coordonner les soins, d'assurer leur continuité, d'évaluer leur qualité est facile ; la mettre en œuvre l'est beaucoup moins.

La Conférence nationale de santé a voulu, par ses propositions 5 et 6, mettre l'accent sur deux réponses qui lui paraissent particulièrement intéressantes : les réseaux de santé de gérontologie et les bilans cliniques gradués.

Les réseaux de santé de gérontologie, dont les premiers datent d'une vingtaine d'années, ont quelque mal à se pérenniser et à s'étendre, alors même que leur pertinence et leur efficacité sont généralement reconnues.

C'est vrai qu'il n'est pas facile de lever les freins culturels et les conflits d'intérêt quand on propose de travailler ensemble, sur la base du volontariat et sur un territoire limité, à des acteurs aussi différents que ceux venant du secteur médical, du secteur médico-social, ou du champ associatif.

C'est vrai aussi que la mise en place de ces réseaux gérontologiques de proximité bute souvent sur des problèmes de temps, de financement, d'ingénierie, pour lesquels des solutions sont à l'étude et doivent être soutenues.

Il faut au niveau des moyens, mais aussi de l'évaluation de la qualité, accorder une importance particulière à la fonction de coordination : elle est indispensable, bien sûr pour régler au mieux les interventions des différents acteurs du réseau, mais aussi pour rendre plus lisible à la personne âgée un système dont la complexité la laisse trop souvent désemparée.

5

Engager dans l'année un important travail de recherche-action sur les réseaux de santé en gérontologie, visant à établir des critères d'évaluation et des référentiels de qualité en partant de la personne âgée pour aller vers tous ceux qui interviennent dans un territoire de proximité.

Suivie ou non dans le cadre d'un réseau de gérontologie, la personne âgée, qu'elle soit en bonne santé apparente, en difficulté ou malade, doit pouvoir bénéficier de **bilans cliniques périodiques**, qui procèdent à la fois du dépistage, du suivi et de l'évaluation de la qualité des soins.

La conférence nationale de santé suggère d'organiser ces bilans sur trois niveaux gradués en fonction du degré de spécialisation requis par la situation à évaluer. À ce propos, il semble normal que tout médecin participant à ce processus d'évaluation bénéficie d'un retour de données lui permettant de mener s'il le souhaite une évaluation propre.

6

Systématiser et organiser des bilans cliniques selon les besoins :

- **Bilan clinique global, réalisé par le médecin généraliste avec les autres intervenants de proximité,**
- **Centre d'évaluation de la personne âgée à partir de structures hospitalières ou/et de centres d'examen de santé permettant la pratique d'un bilan gérontologique sans hospitalisation,**
- **Centre expert au sein de pôles gériatriques hospitaliers ou hospitalo-universitaires.**

On pourra remarquer qu'une référence à la gériatrie apparaît pour la première fois à l'occasion de cette 6^e proposition, retenue d'ailleurs de justesse par la Conférence nationale de santé. Il est clair que celle-ci a préféré éluder le débat, probablement nécessaire, à l'évidence conflictuel et pas mûr, sur la meilleure reconnaissance universitaire d'une discipline encore contestée sur le plan de l'exercice professionnel.

Enfin, on ne peut terminer ce chapitre sur les soins aux personnes âgées, sans évoquer l'approche du sujet qui souffre et la prise en charge de la finitude. Si la Conférence nationale de santé n'a pas développé sa réflexion sur ces deux préoccupations majeures, c'est parce qu'elle s'est réunie au lendemain de l'examen d'un projet de loi qui promet des avancées importantes.

Faire évoluer la prestation spécifique dépendance

La dépendance ne concerne pas seulement les personnes âgées (même si l'autonomie se réduit avec le grand âge) et peut atteindre toute personne quel que soit son statut social.

La loi du 24 janvier 1997 concernant la prestation spécifique dépendance a suscité de nombreux commentaires qui la jugent peu satisfaisante, et rappellent que ses dispositions ont été mises dans l'attente de la « mise en place d'une véritable prestation autonomie ».

Il faut profiter de la période de répit démographique, signalée dans l'introduction, pour mettre en place des dispositifs opérationnels quand, vers 2005-2010, les phénomènes de grand vieillissement, donc de dépendance, vont prendre plus d'ampleur.

Faire le bilan de la PSD

La loi sur la PSD ne doit pas être rejetée globalement, car elle comporte des aspects très positifs :

- l'aide est liée au degré de dépendance, grâce à un dispositif unifié d'évaluation qui est la grille Aggir ;
- le besoin d'aide et de surveillance est évalué, au domicile de la personne, par une équipe médico-sociale qui établit un plan d'aide ;
- la prestation est obligatoirement affectée à une dépense liée à la dépendance ;
- des conventions sont à négocier entre le conseil général et les organismes de sécurité sociale, afin de coordonner les prestations servies aux personnes âgées dépendantes.

Mais les aspects négatifs sont nombreux :

- d'application départementale, le montant de la prestation comme ses conditions d'attribution, sont variables d'un département à l'autre (inégalité aggravée du fait que ce sont généralement les départements les plus pauvres qui ont le plus de personnes âgées pauvres, donc susceptibles de relever de la PSD).
- le nombre des bénéficiaires (86 000) est très inférieur au nombre des personnes dépendantes (évalué à 700 000).
- paradoxalement, la PSD aboutit à recruter les aides à domicile les moins payées, donc les moins formées, pour les personnes ayant les dépendances les plus importantes.
- enfin, l'attribution sous conditions de ressources (plafond de 5 000 F par mois) et de récupération sur succession (actif supérieur à 300 000 F) est fortement mise en cause, dans son principe même et ses effets pervers, par des responsables d'associations de retraités.

Améliorer la PSD

Il paraît nécessaire de rappeler l'essentiel de la position du groupe de travail préparatoire (figurant en caractères italiques) pour com-

prendre les propositions retenues (et non retenues) par la Conférence nationale de santé.

La position du groupe de travail

L'analyse des freins à l'instauration d'un « cinquième risque », permettant de mettre en place une prestation autonomie visant à compenser les handicaps sans discrimination, avait conduit le groupe de travail à proposer une **démarche par étapes**, de manière à lever ces freins (liés essentiellement aux craintes d'un coût important et non maîtrisé) :

1 – Attribuer une prestation de solidarité

L'attribution d'une prestation relevant de l'aide sociale, qui ne respecte pas la dignité des bénéficiaires, doit être remplacée par une prestation relevant de la solidarité, en fonction du niveau de dépendance et non en fonction des revenus, et ne faisant pas l'objet d'une récupération sur succession.

2 – Privilégier la proximité

Même si les ressources affectées à la dépendance doivent entrer dans le cadre de la solidarité nationale, la gestion locale, instaurée lors de la mise en place de la PSD, doit être maintenue. Il reste à imaginer une structure départementale institutionnelle unique de coordination et de liquidation de l'ensemble des fonds dépendance actuels et à venir.

3 – Connaître le coût réel de la dépendance

Indépendamment de la possibilité de percevoir une aide, il semble indispensable de connaître, de manière précise, le nombre de personnes dépendantes, leur degré de dépendance et leurs besoins d'aide et de soins.

Il est utile pour toute personne âgée dépendante, dans le respect de sa liberté, d'établir un plan d'aide et de soins individuels, par des équipes médico-sociales de proximité uniques, sur la base de la grille Aggir améliorée.

La consolidation aux niveau départemental et national de tous les plans d'aide et de soins individuels éclairerait précisément le coût de la dépendance des personnes âgées.

4 – Déterminer l'ensemble des ressources actuellement mobilisées

Les intervenants en matière de prise en charge de la dépendance des personnes âgées sont nombreux et variés : conseils généraux (PSD/ACTP), caisse vieillesse (aide ménagère...) assurance-maladie (soins à domicile et en établissement, aides diverses...), assureurs privés, etc.

Il conviendrait d'estimer aussi précisément que possible les ressources disponibles.

5 – Utiliser les ressources disponibles pour prendre en charge les cas lourds de personnes âgées dépendantes

Connaissant d'une part le nombre de bénéficiaires potentiels, leur état de dépendance et leurs besoins, d'autre part les ressources disponibles, il est possible, sans augmenter la charge globale :

– de fixer le niveau de l'aide maximum à apporter à chaque dépendant en fonction du GIR dont il relève, la prestation étant limitée au montant de l'aide nécessaire tel qu'il résulte du plan d'aide individuel, et étant la contrepartie de dépenses réellement supportées.

– de fixer la limite du niveau de dépendance à prendre en charge.

6 – Une enveloppe évolutive

Partant de la prise en charge des cas de dépendance les plus lourds, il devrait être possible, dans le temps, d'augmenter l'enveloppe « dépendance » pour étendre le bénéfice de la prestation à de nouveaux cas, voire de relever le niveau maximum de la prestation.

De nouvelles ressources pourraient être affectées à la dépendance : des responsables d'association de retraités, ont énoncé que si le processus décrit était engagé, leurs mandats accepteraient une augmentation de leur contribution sociale (par exemple, l'alignement du taux de la CSG), à condition que le produit de cette augmentation soit réellement affecté à la dépendance.

Le débat

le « troisième principe », déjà mentionné en introduction, a été adopté très facilement, avec une très large majorité :

Combiner solidarité nationale, proximité et réalisme, dans le cadre d'un dispositif simplifié de prise en charge de la dépendance.

Par cet énoncé, dont chaque terme est important et ne peut être séparé des autres, la Conférence nationale de santé s'est située à deux niveaux : penser que le « cinquième risque » représenterait à terme la solution pertinente, proposer en attendant une démarche réaliste, pragmatique, étalée dans le temps, ouvrant la voie.

C'est dans ce contexte que la Conférence a retenu les trois propositions suivantes correspondant aux trois premiers points du plan proposé par le groupe de travail.

7

Solidarité plutôt qu'aide sociale : prestation définie en fonction du niveau de dépendance et pas en fonction des revenus

8

Solidarité nationale avec gestion locale : constitution d'une entité départementale institutionnelle de coordination et de liquidation de l'ensemble des fonds dépendance actuels et à venir

9

Établir pour toute personne âgée dépendante, dans le respect de sa liberté, un plan d'aide et de soins, grâce à des équipes médico-sociales uniques, sur la base de la Grille Aggir améliorée

Le quatrième point du plan proposé par le groupe de travail, qui concerne la détermination de l'ensemble des ressources mobilisées pour la prise en charge de la dépendance a fait l'objet d'un consensus tellement évident qu'il n'a pas paru nécessaire de le confirmer par un vote (d'où l'absence de proposition...).

Par contre les deux propositions concernant les deux derniers points du plan ont été rejetées à une très forte majorité.

Comment interpréter cet arrêt brutal dans le cheminement proposé par le groupe de travail ? On ne peut essayer de répondre qu'avec prudence. Cependant il est probable que la grande majorité qui s'était réunie sur « le troisième principe » s'est en quelque sorte renversée quand il s'est agi de finaliser un dossier dont la dimension technique et politique lui est apparue dans toute sa complexité.

Peut-être est-il possible d'aller un peu plus loin en estimant que la grande majorité des membres de la Conférence nationale de santé a voulu :

- insister sur les insuffisances de la PSD,
- souhaiter que l'on oriente vers une formule de solidarité nationale, gérée à proximité, prenant en compte davantage le niveau de dépendance que le niveau de ressources de l'intéressé ou de sa famille.

Plutôt que d'opposer ceux qui mettent en avant ce qui est réalisé et ceux qui relèvent surtout les insuffisances, peut-être peut-on suggérer d'avoir à l'esprit les 14 articles de la Charte des droits et libertés de la personne âgée dépendante, qui pourraient servir de base à l'élaboration de référentiels pour définir les performances des politiques mises en œuvre.

Inégalités de santé

Réduire les inégalités interrégionales d'offre de soins

Pour bien saisir la position de la Conférence nationale de santé sur ce thème en 1999, il faut l'intégrer dans une démarche continue, initiée dès sa première réunion en septembre 1996 et qui devrait aboutir lors de sa prochaine réunion, au printemps 2000.

Rappelons brièvement le déroulement de cette démarche.

Parmi les dix priorités de santé retenues par la première Conférence figuraient les deux suivantes « réduire les inégalités intra et interrégionales » et « garantir à tous l'accès à des soins de qualité ». L'étude de la première et, implicitement, de la seconde a été confiée à un groupe de travail animé par Matthieu Méreau, Claude Maffioli et Jacques Vleminckx. Le cheminement de ce groupe très actif s'est appuyé sur un excellent rapport du Haut Comité de la santé publique, commencé en 1996 et dont la dernière version, rédigée par quelques experts réunis autour de Jean-Claude Saily, à été publiée en 1998 et intitulée : *Allocation régionale des ressources et réduction des inégalités de santé*.

Le groupe de travail de la Conférence nationale de santé, comme celui du Haut Comité de la santé publique, ont été amenés à contourner une difficulté qui n'est pas seulement, loin de là, sémantique : dans le même temps qu'on réclame, fort justement, une évolution conceptuelle de la maladie à la santé et un changement de logique du dispositif permettant de partir des besoins de santé plutôt que de l'offre de soins, on se penche sur cette dernière et sur une meilleure répartition de l'allocation de ressources afférentes. D'un autre côté, si on attendait de mieux connaître les besoins de santé et leurs déterminants (dont une bonne part échappe aux possibilités du système de soins) et de mieux analyser les liens entre état de santé, offre de soins et recours aux soins, ce serait accepter l'inacceptable qui serait de ne pas essayer de réduire les inégalités, notamment géographiques, face à la maladie et à la mort.

D'où la nécessité éthique d'une démarche pragmatique, adoptée par le groupe de travail et confortée par la Conférence :

- En 1997, celle-ci avait demandé le renforcement des moyens nécessaires pour améliorer, au niveau inter et intra régional, la collecte des informations épidémiologiques et la recherche d'indica-

teurs plus pertinents de morbidité et de qualité de vie. Cette proposition a été retenue, accélérant ainsi la création de Banques régionales de données en santé publique (BRDSP).

- En 1998, la Conférence nationale de santé a retenu 18 propositions concernant la réduction des inégalités de santé. Une des plus importantes et, sans doute la plus forte au plan symbolique, était celle visant à créer, dans chaque région, une enveloppe transversale spécifique des actions de santé, complémentaire des autres enveloppes relatives aux soins. Cette idée était fortement suggérée dans plusieurs scénarios (particulièrement le troisième) élaboré par le groupe de travail du Haut Comité de la santé publique. Elle n'a pas été retenue jusqu'à présent. Création obtenue de Banques régionales de données en santé publique, création espérée d'une enveloppe transversale spécifique aux actions de santé (au sens de la prévention), montrent la volonté de la Conférence de garder comme axe de réflexion majeur, à travers une répartition plus équitable des allocations de ressources, la réduction des inégalités de santé.

- En 1999, la démarche a été poursuivie dans le même esprit, avec un double objectif :

- faire aboutir la demande de création de l'enveloppe transversale spécifique de santé

- approfondir les quatre scénarios du Haut Comité de la santé publique, en proposant aux Conférences régionales de santé d'être associées à cette réflexion.

Créer l'enveloppe transversale de santé

Pour bien situer l'enjeu, rappelons les commentaires du rapport de la CNS de l'année dernière concernant cette proposition :

« Le terme même d'assurance maladie indique bien le champ de préoccupation de ceux qui en ont été les créateurs en 1945. En un demi-siècle, ce champ s'est considérablement modifié sous l'effet des progrès médicaux, sociaux et économiques. Pour faire simple, disons que la maladie autrefois aiguë est devenue chronique et que le concept de santé a lui-même évolué : défini auparavant par l'absence de maladie, il a pris un sens positif de « bien-être physique, mental et social ». De tels bouleversements ne peuvent être ignorés. Ils imposent au système de santé de ne plus se limiter au « curatif », mais de promouvoir le « préventif » et de mieux prendre en charge la « réparation et le handicap ». Cette évolution représente une véritable révolution culturelle qu'il convient, ici encore, d'entreprendre sans délai (car elle a trop tardé), mais sans prendre le risque de courir à l'échec par un excès de précipitation.

C'est dans cet esprit que la Conférence nationale de santé a retenu comme recommandation très forte de prévoir une enveloppe transversale, spécifique aux ac-

tions de santé. Cette mesure préconisée dans le troisième scénario du Haut Comité de la santé publique devrait inciter les différents acteurs de santé à apprendre à travailler ensemble, de manière coordonnée, sur des programmes régionaux de santé, incluant par définition une dimension préventive, au sens large du terme. Ici encore, la Conférence nationale de santé rejoint la conclusion du rapport du Comité consultatif national d'éthique, qui recommande la rénovation du concept de prévention et considère qu'une priorité absolue doit être donnée à l'éducation pour la santé.

À titre d'hypothèse, cette enveloppe spécifique avait été estimée à 6 milliards de francs dans le scénario évoqué plus haut, soit à peu près 1 % de l'objectif national de dépenses de l'assurance maladie (Ondam). Il serait prudent d'être plus modeste (par exemple 600 millions de francs) la première année de lancement d'une innovation aussi porteuse d'espoir pour ceux qui travaillent à la promotion de la santé, et d'avenir pour ceux qui souhaitent à terme une fongibilité des enveloppes sectorielles au niveau régional. »

Un an plus tard, la Conférence nationale de santé continue de croire à la pertinence de cette vision : c'est à la quasi-unanimité qu'elle a renouvelé sa proposition de 1998.

La conférence nationale de santé 1999 propose que soit voté dès cette année par le Parlement, pour être mis en application dès l'an 2000, le principe de l'enveloppe transversale spécifique aux actions de santé, déjà adopté par la conférence en 1998.

La Conférence nationale de santé ne sous-estime pas les difficultés techniques, financières, interprofessionnelles qui demandent à être surmontées.

Aller vers une régionalisation plus forte

Le deuxième objectif est encore plus ambitieux puisqu'il s'agit de faire évoluer une partie importante, celle qui concerne la régionalisation, du dispositif actuel, créé il y a tout juste trois ans. Dans son cheminement, la Conférence a rencontré deux difficultés qui ont quelque peu ralenti sa progression :

– La première difficulté est technique, en lien direct avec l'extrême complexité du dossier. Il faut une fois de plus rendre hommage au travail pédagogique de Jean-Claude Sailly qui, l'année

dernière, nous avait exposé les caractéristiques, les avantages et les inconvénients de chacun des quatre scénarios élaborés sous l'égide du Haut Comité de la santé publique. Il convient aussi de remercier Matthieu Méreau et Jacques Vleminckx d'avoir réalisé un remarquable synoptique permettant une synthèse rapide et efficace des choix qui se posent. Il faut enfin féliciter tous les membres du groupe de travail qui ont su pénétrer dans un dossier dont la technicité pouvait faire penser qu'il serait seulement accessible aux théoriciens des systèmes de soins. L'ensemble de la Conférence nationale de santé a fait un effort remarquable d'appropriation de ces problèmes. L'expérience montre que cela exigeait du temps.

– La deuxième difficulté est d'ordre plus méthodologique. Il faut en effet associer à la réflexion et aux débats l'ensemble des acteurs concernés. En 1999, le groupe de travail de la Conférence nationale souhaite développer le dialogue avec les 26 Conférences régionales.

La consultation des régions (avril 1999)

Dès 1996, la Conférence nationale de santé avait proposé de s'appuyer sur les travaux futurs des Conférences régionales pour avancer dans l'étude des inégalités de santé.

De fait, en 1997 et 1998, nombre de Conférences régionales de santé ont repris à leur compte cette proposition, mais très généralement en faisant des inégalités de santé non pas un thème spécifique, mais plutôt un élément important dans l'approche des différents thèmes retenus localement.

En 1999, le groupe de travail a voulu aller plus loin en organisant une consultation des régions sur les quatre scénarios du Haut comité de la santé publique. Cette consultation, très appréciée, s'est heurtée à l'impossibilité de recueillir la position des Conférences régionales elles-mêmes, puisque, du fait des réunions des États généraux de la santé, les Conférences régionales 1999 ont été reportées à l'automne prochain. Les responsables régionaux ayant participé à cette consultation n'ont donc pu faire état que de leur position personnelle, parfois celle du Comité permanent de la conférence régionale de santé lorsqu'il a pu être réuni malgré des délais trop serrés.

En dépit de ces réserves, cette consultation représente une innovation très intéressante, méritant d'être reprise et approfondie pour établir un réel système de navette, encore insuffisant dans le dispositif des conférences nationale et régionales de santé.

La synthèse de la « consultation des régions » a été présentée. Quatre tendances peuvent être dégagées :

– La situation actuelle (proche du scénario 1) apparaît recueillir peu de remarques favorables encore que soit souvent soulignée la nécessité de se donner du temps pour faire évoluer le système.

– Le scénario 3 apparaît être celui qui recueille le plus de remarques favorables, encore qu'il soit volontiers présenté comme devant être une étape vers le scénario 4, considéré comme l'objectif

permettant de réaliser au mieux la régionalisation.

- Le développement du secteur médico-social et / ou du travail médico-social apparaît très souhaité.

- Les priorités définies par les Conférences régionales apparaissent fortement identifiées, reconnues comme importantes, et réclamant le développement d'indicateurs régionaux performants.

Des votes « indicatifs », réalisés en ouverture du débat, sur les quatre scénarios ont conforté les tendances précédentes :

- abandon des deux premiers scénarios.
- plébiscite du troisième scénario, considéré comme le plus juste, le plus réaliste et le plus à conserver pour la suite de la réflexion.
- intérêt manifesté au quatrième scénario, considéré comme juste, mais peu réaliste.

Ce sont sur ces bases, complétées par la présentation d'un « cinquième scénario » élaboré par le groupe de travail, que s'est ouvert un débat très dense et assez contrasté.

La poursuite du débat

D'emblée, la Conférence nationale de santé 1999 a retenu la démarche, suggérée par le groupe de travail, consistant à débattre dans la perspective de choisir un scénario sur la base des travaux du Haut Comité de la santé publique, étant entendu que sa position ne serait exprimée en terme de proposition au Gouvernement et au Parlement qu'après avoir bénéficié de l'avis des Conférences régionales : ce qui revenait à reporter la définition précise de cette proposition au début de la prochaine Conférence nationale de santé, donc au printemps 2000.

Il a été très facile de confirmer que la finalité de notre réflexion sur le thème était :

- au niveau national, d'obtenir une meilleure répartition des ressources entre les régions
- au niveau régional, de mieux affecter les ressources en fonction des priorités de santé.

Il a été aussi relativement aisé de retenir le principe d'essayer de se mettre d'accord sur un texte susceptible de faciliter l'organisation et la restitution de la réflexion proposée aux Conférences régionales de santé. Cependant, beaucoup de représentants de ces Conférences ont exprimé leurs sentiments partagés : très satisfaits de voir s'installer un échange bi-directionnel entre niveaux national et régional, très demandeurs d'une aide pour entreprendre cette procédure sur un dossier aussi complexe.

La mise au point du texte de réflexion a permis un débat très intense, avant de finalement aboutir à un large accord sur la position suivante :

« La Conférence nationale de santé 1999 a proposé que soit soumis à la réflexion des Conférences régionales de santé dès le dernier trimestre 1999, pour être

restitué à la Conférence nationale 2000, un scénario d'orientation.

Ce scénario, inspiré des conclusions du Haut Comité de la santé publique sur les principes d'attribution de l'allocation de ressources, et notamment des scénarios 3 et 4, porte sur :

- une fusion des cinq enveloppes actuelles*
- la détermination au niveau national de critères d'allocations de ressources interrégionales, en fonction des caractéristiques propres à chaque région et des besoins de santé des populations.*
- une répartition intra-régionale en fonction des besoins spécifiques et des priorités définies localement.*
- une Loi-cadre permettant de dépasser le cadre de l'annualité budgétaire.*
- la création d'une Agence régionale de santé. La Conférence nationale tout en souhaitant que cette agence soit une instance de dialogue et une autorité de décision pour la gestion de l'ensemble des dépenses des régimes obligatoires, n'a pas estimé nécessaire d'en définir la composition, laissant ce soin aux conférences régionales et aux travaux ultérieurs. »*

Réflexion et prospective sur la conférence nationale de santé

* Le Groupe de travail préparatoire de ce thème était animé par Isabelle Tamalet et François de Paillerets

Se réunissant pour la quatrième fois, il était normal que la Conférence nationale de santé s'interroge, en se tournant vers l'avenir, sur ses missions, sa composition, son fonctionnement interne, et sa place dans le dispositif d'ensemble concourant à l'élaboration de la loi sur le financement de la Sécurité sociale*.

Approfondir ses missions

La raison d'être de la Conférence nationale de santé est en effet de donner, au Gouvernement et au Parlement, un éclairage de santé lors de la préparation de cette Loi. Cette mission mérite d'être explicitée à partir du texte fondateur de la Conférence.

« Analyser les données relatives à la situation sanitaire de la population, ainsi que l'évolution des besoins de santé de celle-ci » peut paraître ne pas poser de problème quand on sait que la Conférence nationale de santé dispose du remarquable rapport triennal du Haut Comité de la santé publique sur la santé en France. Cependant, malgré les progrès récents sur le recueil des données épidémiologiques et, bientôt médico-économiques, cette analyse des besoins de santé de la population n'est pas encore assez complète et assez fiable pour permettre d'inverser complètement la logique de notre système de soins, en partant des besoins de santé et non plus de l'offre de soins : ce qui bien sûr changerait notablement la nature des deux missions suivantes.

« *Proposer les priorités de la politique de santé publique* » est une mission majeure qui a représenté l'essentiel des préoccupations des premières Conférences nationales de santé et devrait rester au cœur des travaux des Conférences à venir. Étudier les priorités de santé publique est désormais prendre en compte le plus possible les déterminants de la santé, lesquels débordent largement l'offre de soins, pour impliquer peu ou prou, tout ce qui touche à l'environnement et aux comportements. Dès lors, proposer en les hiérarchisant les priorités de santé publique consistera à proposer de véritables choix de société, dont les enjeux iront bien au-delà de ceux des choix sanitaires traditionnels. On conçoit facilement la nécessité pour la Conférence d'acquiescer une méthodologie stricte dans l'aide à la décision de priorités.

Réflexion et prospective sur la conférence nationale de santé

« *Proposer des orientations pour la prise en charge des soins compte tenu de l'évolution des techniques préventives, diagnostiques et thérapeutiques* » constitue une mission, déjà abordée, mais dont on pressent l'épanouissement à venir. Plus encore que pour la mission précédente, se profile dès lors la nécessité d'une approche médico-économique, bénéficiant d'estimations financières même approximatives : le but étant de renforcer les propositions de la Conférence.

1

Prendre en compte une évaluation médico-économique pour l'élaboration des choix et des propositions de la Conférence nationale de santé

C'est dans cet esprit, et à titre d'exemple, qu'a été évoqué le dossier du « panier de soins remboursables ». Une nette majorité de la conférence pense qu'elle aura à se saisir de ce dossier, à bien appréhender ses difficultés techniques et éthiques avant de se positionner sur les principes, la méthodologie et les modalités de ses éventuelles propositions.

2

Travailler sur la question d'un panier de soins remboursables

Un membre de la Conférence a réclamé une action directe de la Conférence sur le taux d'évolution de l'Ondam. À l'évidence, sa position était minoritaire.

Faire évaluer sa composition

La composition actuelle paraît être globalement satisfaisante et permettre l'établissement d'un dialogue entre personnes d'horizons très divers, mais toutes intéressées par les problèmes de santé du fait, soit de leur appartenance à une profession de santé, soit de leur implication professionnelle, associative ou personnelle dans un champ touchant d'une manière ou d'une autre la santé. Cependant, deux problèmes méritent l'attention : la représentation des « usagers » et le rétablissement de la parité.

Représentation des « usagers »

La demande d'information, de concertation, voire de participation

aux décisions dans le domaine de la santé des usagers s'est exprimée avec une grande force au cours des États généraux de la santé. La difficulté n'est pas de principe (la Conférence nationale de santé y est favorable), mais d'ordre pratique : comment imaginer une représentation légitime et efficace des usagers tout en évitant une dérive consumériste. On ne peut pas dire que la Conférence ait finalisé véritablement sa position, même si elle a retenu les deux propositions suivantes :

3

Conforter la représentation des usagers dans le collège des représentants des conférences régionales

4

Augmenter la représentation des usagers dans le collège des personnalités qualifiées

En effet, s'il est vrai que dans l'esprit du texte instituant le collège des représentants des conférences régionales existait le souci de faire émerger l'opinion de ce que l'on appelait à l'époque la « société civile », les membres du collège « régional » ont raison de dire que leur mandat est de porter la parole de leur Conférence régionale et non pas d'exprimer leur avis personnel ou celui de l'association dans laquelle ils sont impliqués.

De même, les modalités de la représentation des usagers dans le collège des personnalités qualifiées restent floues. Parmi les 14 membres de ce collège on peut estimer que trois représentent actuellement des associations d'usagers (associations familiales, associations de retraités, association des accidentés du travail). La Conférence a émis le vœu que leur nombre soit porté à quatre ou cinq : avec l'hypothèse de réserver un poste au collectif national des associations des malades et un poste pour l'éventuel Conseil national des usagers en santé.

La représentation des usagers est probablement moins difficile à imaginer au plan régional. Une piste d'avenir est sans doute un renforcement des liens avec les élus locaux, lesquels vont s'impliquer encore davantage au fur et à mesure que la régionalisation du système de soins se développera.

Rétablissement de la parité

Le deuxième problème est celui du rétablissement de la parité entre d'une part les deux premiers collèges qui représentent le monde professionnel de la santé et d'autre part les deux autres collèges (celui des représentants des conférences régionales de santé et celui des personnalités qualifiées). Cette parité, qui existait au départ et

Réflexion et prospective sur la conférence nationale de santé

à laquelle tiennent surtout les professionnels de santé exerçant à titre libéral, pourrait être rétablie si la formule $20+20+26+14=80$ remplaçait celle de la composition actuelle : $19+19+26+14=78$.

5

Rétablir la parité entre les deux premiers collèges et les deux autres

Aménager son fonctionnement interne

La nécessaire continuité des travaux

Parmi les aménagements faisant l'objet de propositions (votées avec des scores généralement massifs, parfois unanimes), une première série vise à mieux organiser et clarifier la nécessaire continuité des travaux de la Conférence nationale de santé, particulièrement de son Président et de son bureau.

Ainsi est-il demandé qu'il soit clairement entendu que le mandat du Président et du bureau couvre non seulement la préparation et le déroulement d'une conférence (ou de deux conférences, si la proposition suivante est retenue), mais aussi la présentation du rapport au Gouvernement et au Parlement. On peut dès lors imaginer la possibilité d'un chevauchement chronologique de quelques semaines avec le Président et le bureau suivants, mais sans confusion sur la nature des mandats respectifs.

6

Étendre le mandat du Président et du bureau, du début de la préparation de la Conférence nationale de santé à la présentation du rapport au Gouvernement et au Parlement

La prolongation à deux ans (au lieu d'un an actuellement) du mandat du bureau et du Président a été votée, comme la précédente proposition, à la quasi unanimité, tant elle exprime le vécu des quatre premières conférences.

7

Porter la durée du mandat du Président et du bureau de 1 an à 2 ans

8

La proposition suivante (n° 8) qui concerne le mandat des membres de la Conférence nationale de Santé est particulièrement importante. Il faut bien comprendre que le renouvellement par moitié se ferait tous les deux ans, maintenant ainsi la durée quadriennale du mandat actuel (sauf, lors du lancement du système, pour la moitié qui serait renouvelée par tirage au sort au bout de deux ans). Notons que ce renouvellement par moitié suppose un nombre pair pour la composition de chacun des quatre collèges (ce qui est le cas dans la formule suggérée plus haut pour rétablir la « parité »).

Renouveler par moitié les membres de la Conférence nationale de Santé

Les moyens nécessaires au fonctionnement

Une deuxième série de propositions concerne les moyens nécessaires au fonctionnement correct et pérenne de la conférence.

Ces moyens doivent être très significativement augmentés pour les trois raisons suivantes :

- la participation aux groupes de travail et plus encore à l'activité du bureau ne peuvent plus être seulement compensées par le remboursement des frais de déplacement. Le temps passé au détriment de l'activité professionnelle, qu'elle soit libérale ou au sein d'un organisme, doit lui aussi être pris en compte ;

- d'autre part, l'approfondissement des missions de la Conférence nationale aboutira à demander des expertises extérieures, d'ordre scientifique, économique, etc. Ces expertises seront onéreuses ;

9

Demander les moyens nécessaires au fonctionnement de la CNS : indemniser les membres, financer les expertises, renforcer le secrétariat général

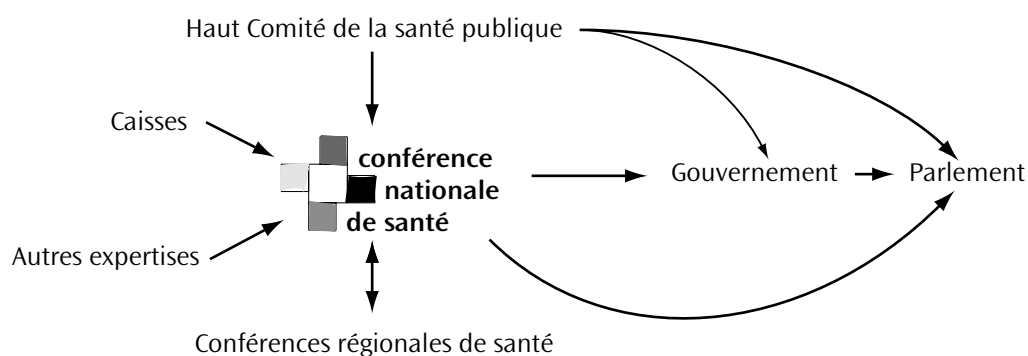
- enfin, puisqu'une grande majorité de la Conférence souhaite que la direction générale de la Santé continue à assurer le Secrétariat général, encore faut-il que celui-ci soit renforcé pour faire face à une charge de travail généralement très sous-estimée.

10

Il est souhaitable que le secrétariat général de la CNS continue à être assuré par la direction générale de la Santé, avec un renforcement de ses moyens

Optimiser le dispositif d'ensemble

La Conférence nationale de santé est au cœur du dispositif ayant mission de donner un éclairage de santé lors de l'élaboration de la Loi de financement de la sécurité sociale.



La Conférence nationale de santé remet chaque année au Gouvernement et au Parlement un rapport donnant un éclairage de santé pour l'élaboration de la loi de financement de la sécurité sociale.

L'efficacité du dispositif peut être améliorée par une meilleure articulation du fonctionnement de ses diverses composantes et par la fixation d'un calendrier pertinent.

Améliorer l'articulation avec les autres composantes

Les conférences régionales de santé

Elles représentent pour la Conférence nationale un élément primordial du dispositif. La montée en charge de la régionalisation du système de santé impose de renforcer le rôle du Comité permanent de suivi des Conférences régionales (qui doit être articulé avec le Comité régional prévu dans le décret concernant les PRAPS), et, de renforcer la légitimité des représentants des Conférences régionales de santé à la Conférence nationale. C'est dans cet esprit que sont présentées les propositions n° 11 et 12.

11

Nommer le représentant de la Conférence régionale à la Conférence nationale sur proposition du Préfet de région, après avis du comité permanent

12

Rendre le représentant de la Conférence régionale à la Conférence nationale membre de droit du comité permanent

13	<p>La proposition suivante (n° 13) rejoint le souci de continuité déjà exprimé à propos de la Conférence nationale.</p>
	<p>Porter de un à deux ans le mandat des membres des Conférences régionales de santé</p>
14	<p>La dernière proposition concernant les Conférences régionales de santé (n° 14) a donné lieu à un vote assez serré. Il faut l'interpréter comme voulant concilier l'intérêt évident d'un travail en navette avec le niveau national et le souci de ne pas hiérarchiser ce lien.</p>
	<p>Les régions peuvent avoir la liberté de se saisir ou non des thèmes nationaux</p>
	<p>Le Haut Comité de la santé publique et les autres expertises</p> <p>Le Haut Comité de la santé publique est la source privilégiée et essentielle d'expertise de la Conférence nationale de Santé, non seulement dans les textes, mais aussi dans la réalité : par son rapport annuel sur des thèmes retenus en commun par les bureaux des deux instances, et par son rapport triennal sur la santé en France. Cette périodicité triennale ne devrait-elle pas devenir quadriennale pour mieux s'harmoniser avec le tempo de la Conférence nationale de santé, qui puise dans ce rapport général l'essentiel des orientations de ses travaux pour les trois à quatre Conférences suivantes ? Une réponse affirmative supposerait logiquement de porter de trois à quatre ans la durée du mandat des membres du Haut Comité de la santé publique, avec, pourquoi pas, un renouvellement par moitié tous les deux ans, comme cela est proposé pour la Conférence nationale de santé ? Il ne nous appartient pas d'aller plus loin que d'évoquer cette hypothèse de réflexion.</p> <p>D'autres sources d'expertises extérieures sont prévues dans les textes. Nous avons vu qu'elles avaient toute chance d'être davantage sollicitées à l'avenir.</p> <p>La consultation des organismes assurant le remboursement des soins s'est améliorée au cours des années, grâce à une évolution, encore insuffisante, de la table ronde qui lui est réservée chaque année. Il faut aller plus loin, car il est intéressant pour la Conférence nationale de connaître non seulement l'impact de ses propositions sur les programmes décidés par ces organismes, mais aussi l'avis de ces derniers sur les grandes orientations étudiées par la Conférence.</p> <p>Le Gouvernement et le Parlement</p> <p>La remise du rapport qui suit chaque Conférence nationale de santé est bien sûr le moment fort, mais non exclusif de communication</p>
Conférence nationale de santé 1999	

Réflexion et prospective sur la conférence nationale de santé

avec le ministre chargé de la Santé et les commissions des Affaires sociales du Parlement.

En effet, la direction générale de la Santé se charge d'établir les contacts nécessaires avec les autres directions du ministère et le cabinet du ministre : il est facile de témoigner du respect de la totale indépendance du pouvoir de proposition de la Conférence.

De plus, les auditions avec les parlementaires connaissent une montée de fréquence, témoignant d'une demande croissante d'informations utiles pour exercer des responsabilités nouvelles dans le domaine de la santé.

Harmoniser le calendrier

Il est désormais tout à fait clair que la meilleure date de réunion de la Conférence nationale de santé est le mois de mars : elle permet au mieux une prise en compte éventuelle de ses propositions dans le processus d'élaboration de la loi de financement de la sécurité sociale, qui débute en janvier-février, pour aboutir au vote par le Parlement à partir d'octobre.

Si la Conférence nationale se réunit en mars, les conférences régionales doivent se tenir à l'automne : ce qui leur donne suffisamment de temps pour s'approprier, si elles le souhaitent, un ou plusieurs thèmes retenus par la Conférence nationale précédente, suffisamment de temps aussi pour que leurs positions soient accessibles aux groupes de travail préparatoires de la Conférence nationale suivante.

15

**Conférence nationale de santé en mars,
conférences régionales de santé en automne**

Le même raisonnement est valable pour la commande et la remise des expertises, notamment celles venant du Haut Comité de la santé publique.

16

**Calendrier pour les expertises :
commandes avant l'été,
remise des rapports au cours de l'automne**

La plupart des aménagements sous-tendus par ces 16 propositions supposent de modifier le décret du 13 août 1996. Cette démarche est justifiée si on veut que la Conférence nationale de Santé dise ce qui est **souhaitable, faisable et acceptable** pour améliorer la qualité des soins au bénéfice de la santé de tous les citoyens.

Membres de la CNS

Dix-neuf représentants des professionnels de santé exerçant à titre libéral

Fédération nationale autonome des orthoptistes
M^{me} Marie-Hélène Abadie

Union nationale des pharmacies de France
M. Pierre Beras

Union des Biologistes de France
M. Adrien Bedossa

Fédération française des médecins généralistes MG France
D^r Richard Bouton

Fédération nationale des audioprothésistes français
M. René Buissiere

Syndicat des médecins libéraux
D^r Dinorino Cabrera

Fédération des syndicats pharmaceutiques de France
M. Bernard Capdeville

Confédération des syndicats médicaux français
D^r Michel Chassang

Fédération des Médecins de France
D^r Jean Gras

Fédération nationale des vétérinaires
D^r Marcel Lux

Confédération des syndicats médicaux français
D^r Claude Maffioli

Fédération nationale des podologues
M. Louis Olie

Fédération nationale des infirmiers
M^{me} Marie-Jeanne Ourth-Bresle

Union nationale des syndicats de sages-femmes
M^{me} Dominique Plaete

Confédération nationale des syndicats dentaires
D^r Jacques Reignault

Confédération nationale des syndicats dentaires
D^r Daniel Roblin

Fédération nationale des orthophonistes
M. Jacques Roustit

Fédération française des masseurs kinésithérapeutes rééducateurs
M. Jacques Vleminckx

Union collégiale des chirurgiens et spécialistes français
D^r Bernard Winsdoerffer

Dix-neuf représentants des institutions et établissements publics et privés de santé et des professionnels qui y exercent

Syndicats de médecins hospitaliers public
Coordination de la médecine Hospitalière
D^r François Aubart

Syndicat national des médecins chirurgiens spécialistes et biologistes des hôpitaux publics
P^r Claude-François Degos

Confédération des hôpitaux généraux
P^r Georges Mallard

Intersyndical national des praticiens hospitaliers
D^r Francis Peigne

Conférences des présidents de commissions et conférences médicales d'établissements de santé

Conférence des présidents de CME de CHU
P^r Jacques Ghisolfi

Conférence des présidents de CME de CH
D^r Olivier Joyeux

Conférence nationale des présidents de CME de l'hospitalisation privée
D^r Serge Larue-Charlus

Conférence des présidents de CME de CHS
D^r Michel Potencier

Conférence des présidents de CME PS-PH
D^r Michel Valleteau

Syndicats de personnels non médicaux exerçant dans des institutions ou établissements de santé

Fédération des personnels de services publics et des services de santé
M. Raymond Perrot

Fédération nationale des syndicats des services de santé et services sociaux
M. François Chereque

Fédération de la santé et de l'action sociale
M. Jean-Luc Gibelin

Fédération française santé et action sociale
M. Eric Martin

Fédération nationale des syndicats chrétiens des services sociaux et de santé
M. Michel Picard

Organisations de l'hospitalisation publique et privée
Union hospitalière privée
M. Alain Coulomb

Fédération des établissements hospitaliers et d'assistance privés à but non lucratif
M. François Delafosse

Conférence des directeurs d'établissements hospitaliers
M. Alexis Dussol

Fédération hospitalière de France
M. Guy Piau

Fédération intersyndicale des établissements d'hospitalisation privée
D^r Louis Serfaty

Vingt-six représentants des conférences régionales de santé

Alsace

M. Jean-Claude Fimbel, Union départementale des associations familiales du Bas-Rhin

Aquitaine

M^{me} Denise Saint-Pe, conseil général des Pyrénées-Atlantique

Auvergne

M^{me} Nouhen, École pratique sociale interrégionale

Bourgogne

M. François Fauchoux, directeur du Centre régional pour l'enfance et l'adolescence inadaptée

Bretagne

M. Michel Pinson, UFC – Que choisir ?

Centre

M. Lucien Demonio, Centre régional pour l'enfance et l'adolescence inadaptée

Champagne-Ardenne

M. Jean-Pierre Davot, Conseil général de l'Aube

Corse

M. Dominique Casanova, Secours catholique

Franche Comte

M^{me} Fabienne Bonnin, directrice Comité régional d'éducation pour la santé

Guadeloupe

M. Camille Suard, Conseil économique et social

Guyane

D^r Geneviève Simart, Aides Guyane

Île-de-France

M^{me} Anne Coppel, Président honoraire « limiter la casse » (Association de lutte contre la toxicomanie)

Languedoc-Roussillon

M. Jean-Jacques Delarbre, président de la Fédération nationale des associations d'accueil et de réadaptation sociale

Limousin

M. Roland Zanin, Comité départemental de prévention et de l'alcoolisme

Lorraine

M. Jean-François Collin, Réseau du Comité français d'éducation pour la santé

Martinique

M. Auguste Armet, Comité martiniquais de prévention de l'alcoolisme

Midi-Pyrénées

M^{me} Dominique Surles, Union fédérale des consommateurs

Nord-Pas-de-Calais

D^r Matthieu Méreau, Président de la Société régionale de santé publique

Basse-Normandie

D^r Marie-Thérèse Valla-Lequeux, Association de prévention de la maltraitance

Haute-Normandie

M. Jean-Marie Miserey, président de l'Observatoire régional de santé

Pays de la Loire

M^{me} Isabelle Tamalet, Comité départemental de prévention de l'alcoolisme

Picardie

M^{me} Milica Bonnisseau, Association Calao (association d'aide à l'enfance)

Poitou-Charentes

M. Gérard Joinneaux, Union nationale des associations de parents d'enfants inadaptés

Provence-Alpes-Côte d'Azur

M. Henri Mercier, Conseil économique et social

Rhône-Alpes

M. Claude Bouchet, directeur du Collège Rhône-Alpes d'éducation pour la santé

Réunion

M. Thierry Volia, Comité départemental de prévention de l'alcoolisme

Quatorze personnalités qualifiées

M. Patrice Barberousse, syndicat national des cadres hospitaliers

P^r François Bonnet de Paillerets, président du Comité français d'éducation pour la santé

D^r Gérard Breard, Inserm U 149

D^r Patrick Brezac, président de l'Union régionale des médecins libéraux des Pays de la Loire

M. Hubert Brin, président de l'Union des associations familiales

P^r Marc Brodin, président de la Société française de santé publique

P^r Jean-Pierre Changeux, président du Comité consultatif national d'éthique pour la sciences de la vie et de la santé

M. Bruno Groues, conseiller technique chargé de la santé à l'Union nationale interfédérale des œuvres et organismes privés sanitaires et sociaux

D^r Jacques Monnot, président honoraire du Centre national des professions de santé

M. Eugène Pinsault, administrateur national de la Fédération nationale des clubs aînés ruraux

P^r Jean-louis Portos, Président du Sou médical et du Haut Comité de la sécurité sociale

D^r Nicole Renaud, Union régionale des médecins libéraux de Midi-Pyrénées

M. Marcel Royez, Fédération nationale des accidentés du travail

P^r Alfred Spira, faculté de médecine Paris Sud, Inserm

Sommaires des annexes

Annexes du *Rapport 1999* volume 1

- Annexe 1 : Allocution du D^r Bernard Kouchner, secrétaire d'État à la Santé et à l'Action sociale
- Annexe 2 : Impact des trois premières Conférences nationales de santé, P^r Joël Ménard.
- Annexe 3 : Les premiers enseignements des États généraux de la santé, M. Étienne Caniard.
- Annexe 4 : Conférence de M. Bernard Friot : quel statut dans notre société pour les personnes âgées ?
- Annexe 5 : Contribution des organismes de remboursement des soins.

Annexes du *Rapport 1999* volume 2

- Annexe 1 : Vieillesse et politiques de santé.
- Annexe 2 : Inégalités de santé, réduire les inégalités interrégionales d'offre de soins.
- Annexe 3 : Réflexion et prospective sur la conférence nationale de santé.