

conférence nationale de santé

rapport **2000**

Professeur Marc Brodin

21-23 mars 2000



Hôpital du Val de Grâce, Paris

Paris
21, 22 et 23 mars 2000

rappor2000****

Professeur Marc Brodin

conférence nationale de santé

Remerciements

La Conférence nationale de santé s'est réunie du 21 au 23 mars 2000 dans les locaux chargés de mémoire du Val de Grâce.

Pour cette cinquième réunion de la conférence nationale de santé, nous avons été invités par Madame Dominique Gillot, secrétaire d'État à la Santé et à l'Action sociale. Au nom de tous les participants, nous la remercions chaleureusement pour son accueil, le caractère engagé de ses propos et sa volonté de faire évoluer notre système de santé en fonction des attentes de notre société.

Que Monsieur le médecin général Daly, directeur de l'école du service de santé des armées, et le lieutenant David soient tout particulièrement remerciés pour leur disponibilité et la qualité de leur accueil apprécié de tous. Beaucoup d'entre nous ont pu redécouvrir à cette occasion la beauté d'un site choisi en 1996 pour la première réunion de la Conférence nationale de santé.

Le Professeur Lucien Abenaim, directeur général de la Santé nous a fait l'honneur de suivre une grande part des travaux. Qu'il soit ici remercié pour son introduction aux approches actuelles de maîtrise de la sécurité sanitaire, et pour ses propos chaleureux en faveur de la Conférence nationale de santé.

Que soient aussi remerciés, les Professeurs Joël Ménard et François de Paillerets, anciens présidents de la Conférence nationale de santé, le Professeur Gilles Brücker, vice-président du Haut Comité de la santé publique, Monsieur Bertrand Garros, président du Comité national de prévention, le Professeur Jean-Bernard Gouyon, et Monsieur Didier Vinot pour la clarté de leurs propos introductifs aux séances de travail de la Conférence nationale de santé. Que soient aussi remerciés Madame Mireille Elbaum, en charge de la direction de la Recherche, des Études, de l'Évaluation et des Statistiques, et le Professeur Bernard Glorion, président du Conseil national de l'Ordre des médecins, Monsieur Eric Schmieder, directeur régional des Affaires sanitaires et sociales d'Île-de-France, pour leur participation aux travaux de la Conférence. Sans l'apport de l'expertise de chacun, les débats n'auraient pas pu se construire.

Après avoir tiré les premiers enseignements des États généraux de la santé en 1999, Monsieur Etienne Caniard a fait

part à la conférence 2000, de ses analyses et propositions concernant la place des usagers dans notre système de santé. Qu'il soit ici remercié pour la précision de son propos et son souci constant de médiation, entre les attentes respectives des professionnels et de la société civile.

Cette réunion a été marquée par une participation très active des membres de la Conférence. Que soient particulièrement remerciés ceux qui se sont impliqués fortement dans des groupes de travail préparatoires. Nous exprimons ici notre reconnaissance aux membres du bureau pour le chemin parcouru ensemble tout au long de l'année : Jean-François Collin, Claude Maffioli, Matthieu Méreau, Francis Peigné, Louis Serfaty, Dominique Surles et Jacques Vléminkx.

Nous voulons souligner l'aide essentielle et déterminante apportée par les intervenants de la direction générale de la Santé, et tout particulièrement Véronique Mallet, Danièle Mischlich, Christian Nicolas, Sylvie Vigario, Caroline Lopez. Sans la qualité de cette équipe et de son travail, cette Conférence 2000 n'aurait pu atteindre la stature souhaitée par tous. Bravo aussi pour la contribution efficace autant que discrète de Philippe Ferrero qui a su joindre l'image à la parole. Nous leur redisons à tous notre profonde reconnaissance.

Le Professeur Marc Brodin
Au nom de la Conférence nationale de santé 2000

L'apparition dans le texte des propositions de la conférence nationale de santé (CNS) est signalée dans ce rapport, par une mise en forme identique au présent paragraphe. Ces parties du rapport ont été approuvées par l'ensemble des membres de la CNS présents en session plénière.

Sommaire

Dix priorités d'égale importance	7
La Conférence	8
Allocution de Madame Dominique Gillot	8
Relecture des dix priorités par Joël Ménard	10
Relecture de 100 propositions de la CNS par François de Paillerets	12
La sécurité sanitaire par Lucien Abenaim	15
La place des usagers dans le système de santé par Etienne Caniard	16
Propos introductifs à la Conférence nationale de santé 2000	17
Politiques régionales de santé	17
Le panier de biens et services par Gilles Brücker	21
La santé observée par Bertrand Garros	22
Réduire les inégalités de santé intra et interrégionales	24
Promouvoir la région, les Conférences régionales de santé et les Programmes régionaux de santé	34
Renforcer la prévention par la promotion de la santé	40
L'accès à des soins nécessaires de qualité	54
Les douze propositions de la CNS 2000	62
Membres de la CNS	64
Les temps de la CNS 2000	66
Sommaires des annexes	67

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

La Conférence nationale de santé est à un tournant de son histoire. Une loi de modernisation du système de santé est en préparation. Ses missions et sa composition devraient évoluer et tenir compte de l'expérience déjà acquise, des dynamiques régionales en cours de développement, ainsi que des données issues des Etats Généraux de la Santé et des évolutions dans l'Union européenne en matière d'implication de la société civile.

Les premières réunions de la Conférence nationale de santé ont permis de retenir des principes fondateurs : « respect de la dignité humaine, solidarité, efficience », lors de la détermination des priorités de santé.

Elles ont permis de discuter plus avant l'importance d'une démarche objective de choix ou de formalisation de priorités de santé. Elles ont souligné la pertinence de critères de choix tels que la fréquence, la tendance évolutive, l'efficacité, la faisabilité, l'acceptabilité pour nos concitoyens, l'impact socio-économique, voire juridique.

La Conférence nationale de santé de mars 2000 fut donc construite sur deux orientations majeures :

- capitaliser les acquis des dix priorités, des conférences régionales et des programmes régionaux de santé, et
- tracer des lignes pour des travaux futurs sur plusieurs années.

Elle s'est référée à ses quatre années d'expérience. Elle a soutenu les nécessaires évolutions vers la régionalisation de notre système de santé. Elle a réaffirmé l'importance de certaines priorités, en particulier les dix priorités formulées par la première Conférence. Elle a mis en exergue celles qui n'ont pas été suffisamment prises en compte.

Elle a introduit une réflexion qu'elle souhaite voir se poursuivre sur le panier de biens et de services remboursables et sur le développement de la prévention. Sur ces deux thèmes, son intention fut de faire cette année un état des lieux.

À l'avenir les évolutions devront nécessairement tenir compte de l'expérience européenne. Le défi sera de trouver à terme un juste équilibre entre les approches médicales et épidémiologiques (fréquence, gravité et répartition des maladies), juridique (gestion de l'aléa, de la faute et des contentieux qui en découlent), économique (répartition des ressources en fonction de leur efficacité), psychologique et sociologique (acceptabilité et représentations culturelles), administrative et politique (collaboration de tous les acteurs, État, Assurance maladie et collectivités territoriales).

Allocution de Madame Dominique Gillot, secrétaire d'État à la Santé et à l'Action sociale

Madame Dominique Gillot, secrétaire d'État à la Santé et à l'Action sociale a ouvert la 5^e Conférence nationale de santé en rappelant que le système de santé évolue.

Les réseaux de santé mettent la personne malade au centre du dispositif. Un Fonds d'aide à la qualité des soins de ville est créé. Il doit permettre des actions innovantes proposées par les professionnels de santé et favoriser de nouveaux modes d'exercice en réseaux de soins liant des professionnels de santé exerçant en ville à des établissements de santé. Il doit favoriser le développement de dispositifs centrés sur une pathologie ou sur la prise en charge des problèmes de santé de toute une population.

Le Gouvernement a fait adopter la loi contre les exclusions. Cette loi a notamment permis l'inscription dans les textes et dans les faits, de la mission sociale de l'hôpital ; elle soutient l'élaboration systématique de programmes régionaux pour l'accès à la prévention et aux soins des personnes les plus démunies.

Cette loi a été complétée très rapidement par la Couverture maladie universelle. Elle permet de faire réellement progresser l'accès à la prévention et aux soins dans notre pays. La CMU s'adresse à ceux qui, pour des raisons de revenus, restreignent leurs soins. Elle leur permet de bénéficier d'une couverture complémentaire complète.

La prévention, l'éducation pour la santé et la promotion de la santé constituent un des piliers de la politique du gouvernement : le plan triennal de lutte contre la drogue et de prévention des dépendances ; la lutte contre le tabagisme ; plus récemment le programme cancer qui va se développer sur cinq ans ; la politique nationale visant à renforcer l'accès à la contraception pour éviter un certain nombre de grossesses non désirées chez les jeunes, mais aussi pour engager un vrai dialogue sur la maîtrise de leur fécondité.

Dans le cadre de la présidence française de l'Union européenne du second trimestre de l'an 2000, la nutrition est retenue comme priorité de santé publique communautaire. Cette thématique fera l'objet d'une résolution en décembre 2000.

La prévention du suicide fait l'objet d'un programme plurianuel qui permettra une mobilisation, de tous les acteurs de la santé, de l'action sociale ou de l'éducation.

L'étude et la prise en charge des pathologies liées aux troubles des apprentissages et à l'échec scolaire, la santé mentale, la place et le rôle des professionnels de santé dans l'identification des violences conjugales font l'objet d'une attention particulière de Madame Gillot.

Les citoyens veulent être considérés comme responsables. C'est un des enseignements des États généraux de la santé. Il convient de chercher à mieux mesurer leur niveau d'information réelle et de veiller à ce que de véritables connaissances ne soient pas compromises par des préjugés et des croyances infondées. La démocratie sanitaire, c'est d'abord garantir les droits et liberté de la personne dans des circonstances, des situations où elle est

précisément fragilisée, désemparée, démunie. Il convient aussi de mieux définir la place de la personne malade ; on ne peut adapter le système de santé sans les usagers.

Améliorer l'information, la participation, les droits des usagers, et moderniser le système de santé est l'objectif essentiel du projet de loi.

Les droits de la personne malade, le respect de la dignité, la protection de l'intégrité du corps, le principe de non-discrimination en raison de l'état de santé, d'un handicap ou du patrimoine génétique, le respect de la vie privée, le respect du secret médical seront réaffirmés.

Le droit à l'information s'impose à l'évidence. les modalités d'exercice de ce droit soulèvent de nombreuses questions notamment de procédure. L'accès au dossier médical est lui aussi susceptible de poser des difficultés dans certaines circonstances. Sur ces deux sujets, la question reste de savoir quelle démarche adopter pour servir au mieux l'objectif commun de tous : accroître la transparence, la communication et la confiance des malades vis-à-vis de leurs médecins.

Les droits collectifs dans le domaine de la santé, l'obligation de moyens pour la qualité des soins, notamment leur continuité, le droit à la sécurité sanitaire, les principes d'évaluation des pratiques et l'accréditation des établissements retiennent l'attention de Madame Gillot.

L'aléa thérapeutique conduit d'abord à réaffirmer la primauté de la responsabilité médicale pour faute, le besoin de réformer l'expertise médicale et de mettre en place un système d'assistance aux victimes d'accident médical en facilitant la conciliation et l'accès à l'expertise. l'indemnisation éventuelle des accidents médicaux graves non fautifs, fait encore l'objet de débats au sein du Gouvernement sur l'ampleur de l'engagement financier.

L'obligation réaffirmée d'une formation continue avec la mise en place d'une organisation prenant en compte à la fois les différences entre, notamment, les hospitaliers et les libéraux mais aussi le caractère universel de la nécessité de formation ; de la souplesse dans le mécanisme de validation de l'effort de formation fait par le médecin, une responsabilisation large des professionnels ; la recherche de l'équilibre entre les partenaires : Ordre des médecins, syndicats, associations de formation et université.

Relecture des dix priorités

par Joël Ménard, premier président de la CNS

Puisqu'il faut choisir des priorités susceptibles d'éclairer les choix du Gouvernement et du Parlement, les membres de la Conférence nationale ont toujours eu en tête le respect de la dignité humaine, la nécessité d'une solidarité dans l'analyse des besoins, et la prise en compte de l'efficience.

La définition d'une priorité de santé doit être précise. Elle désigne un thème de promotion, de protection ou de restauration de la santé, considéré comme un état de bien-être physique, psychique et social.

Elle se définit par un ou plusieurs objectifs quantifiables au plan national et régional. Elle est susceptible d'être modifiée par diverses interventions de professionnels de santé ou non. Ces interventions sont souvent multiples pour un même objectif, et leur efficacité doit être démontrée. Le choix d'une priorité doit être évaluable grâce au suivi d'indicateurs appropriés. En théorie, proposer un thème prioritaire sous-entend que toutes ces variables ont été prises en compte.

La Conférence nationale de santé ne peut débattre que sur la base de documents objectifs, en particulier ceux préparés grâce aux études sur l'état de santé de la France réalisés périodiquement par le Haut Comité de la santé publique, grâce au rapports de celui-ci et grâce à ses propres groupes de travail. Elle ajoute à la réalité des chiffres et des tendances une perception humaine de la souffrance, de la misère et de la mort, qui donne plus de prise à un moment donné, à un problème plutôt qu'à un autre.

Ce fut par exemple le cas de la perception par les Conférences régionales et par la conférence nationale du caractère insupportable du suicide des jeunes, même si quantitativement le nombre de décès en cause est bien inférieur à ceux de maladies telles que le cancer ou les accidents cardiaques et vasculaires.

Il ne suffisait pas de choisir dix priorités. Encore fallait-il affirmer leur signification et les manières de les approcher. C'est là un travail qui peut durer de un an à quatre ans. Il est important que la méthode de travail soit explicite : analyse scientifique, jugements de valeur, méfiance vis-à-vis des effets de mode, crainte des oubliés, refus des préférences personnelles et des avantages éventuellement associés. L'exercice de choix des priorités est avant tout soumis à une question éthique.

Certains ont dit qu'il n'était rien sorti de la Conférence nationale de santé. D'autres ont jugé qu'il en était sorti des orientations majeures malheureusement peu suivies d'effet. Tout est possible, néanmoins toutes les priorités de la Conférence nationale de santé se sont un peu ou beaucoup retrouvées dans les dernières lois de financement de la sécurité sociale, la loi de lutte contre les exclusions, la Couverture maladie universelle, plusieurs circulaires ministérielles, le contrat d'objectifs entre l'État et les caisses d'assurance maladie, ou entre les ARH et les établissements hospitaliers, les contrats de plan État-régions, les Programmes régionaux de santé.

Aujourd'hui, il semble important de renforcer un choix, de corriger une erreur, et de prendre conscience d'une erreur conceptuelle. Le renforcement de notre choix concerne la nutrition. Nous avons souligné la possibilité de mettre sur pied une politique nutritionnelle visant à nous donner les moyens d'éviter les maladies cardio-vasculaires et certains cancers. **La France a ainsi mis la nutrition comme priorité au niveau de l'Union européenne.** Au nom des consommateurs, la Conférence nationale de santé devrait développer ses souhaits initiaux en demandant que l'étiquetage nutritionnel réservé aux allégations de santé soit largement étendu sous une présentation exacte compréhensible pour tous, utile pour allier aux goûts personnels une approche de prévention par une

alimentation diversifiée. La France est en deçà de ce qui est fait dans d'autres pays de l'Union européenne, alors même que notre alimentation est regardée avec intérêt par les autres pays.

L'erreur à corriger concerne **les accidents de la voie publique**. La formulation des dix priorités de 1996 laissait penser que les accidents de la route n'étaient pas une priorité pour les participants de la Conférence. Pourtant ces accidents sont étroitement liés aux consommations alcoolisées, et peut-être aux consommations de psychotropes et de drogue chez les adolescents et les adultes jeunes en particulier. Les plans de contrôle de l'alcoolisation au volant sont d'amplitude très variables d'un département à l'autre. Leurs résultats sont insuffisamment communiqués.

Les outils de mesure eux-mêmes sont inégaux et l'usage de l'éthylomètre électronique n'est toujours pas généralisé. La conférence nationale de santé est obligée de rendre prioritaires des interventions qui concernent la santé, mais qui administrativement relèvent du travail effectué par d'autres ministères.

Ceci introduit la nécessaire correction d'une erreur conceptuelle résiduelle. La conférence nationale de santé a certes contribué à mieux faire prendre conscience que les soins ne résumaient pas la santé, et que leur organisation, si perfectible soit-elle, ne résume pas la santé publique. Elle n'a sans doute pas assez pris conscience que bien des décisions qui sont prises ou qui ne sont pas prises par des ministères autres que celui de la santé, et par des professionnels autres que les professionnels de santé, ont un impact fort sur l'état de santé de plusieurs générations de Français : ministères de l'Agriculture, de l'Industrie, des Transports, de l'Éducation nationale notamment devraient mieux mesurer l'impact de leurs politiques sur l'état de santé des Français, comme sur l'environnement, et réciproquement l'impact du choix de santé publique sur les autres activités de la société mériterait d'être mieux anticipé.

L'esprit de l'article 132 du traité d'Amsterdam, l'orientation choisie par l'Organisation mondiale de la santé n'ont peut être pas été suffisamment connus et assimilés par la conférence nationale de santé ; quelque soit le système de participation des citoyens et des professionnels inventé pour préserver ou restaurer l'état de santé du plus grand nombre, un long travail technique d'assimilation des données de la science, du choix de société, et des comparaisons internationales sera toujours indispensable. L'avons nous fait ? Avons nous eu le moyen de le faire ? D'autres le font-ils ? D'autres le feront-ils ? Auront-ils les moyens de le faire ?

Relecture de 100 propositions de la CNS

*par François de Paillerets, second président
de la CNS*

Lors de ses quatre premières réunions, la Conférence nationale de santé a formulé une centaine de propositions. Nombre de ces propositions ont été suivies d'effets.

De nombreux efforts ont été faits pour « renforcer la prévention et la promotion de la santé des enfants, des adolescents et des jeunes » (dix huit propositions de la CNS). Des mesures orientées vers l'amélioration de la sécurité et de la qualité de la grossesse et de la naissance ont été prises sur la base des propositions du Haut Comité de la santé publique. Il faut souligner les efforts faits pour adapter les missions confiées à l'école. Le plan de relance de la santé scolaire annoncé en mars 1998 inscrit les activités éducatives dans le projet de l'établissement et organise le développement de comités d'éducation à la santé et à la citoyenneté. Le renforcement de la politique de prévention des grossesses non désirées est une autre étape marquante des évolutions en cours.

La prévention du suicide, en particulier chez les jeunes, est un autre champ de travail, avec de nombreuses approches convergentes visant à mieux connaître, mieux accueillir en particulier en milieu hospitalier, et à mieux préciser les réponses professionnelles adaptées.

La lutte contre les pratiques addictives n'est pas en reste, avec le renforcement des mesures contre l'excès d'alcool, des comités départementaux de la prévention de l'alcoolisme, et leur intégration dans une approche plus globale de prévention de la dépendance. Le plan de lutte contre le tabac est à rapprocher de cette volonté, avec en particulier le développement par le CFES de la formation de jeunes pour développer l'éducation par les pairs, et la promotion des substituts nicotiniques.

Pour l'ensemble des actions de promotion de la santé, il reste cependant important de développer la coordination entre les divers intervenants, et de formaliser plus avant les filières de formation professionnelles.

De nombreuses initiatives ont été prises pour améliorer « le dépistage et la prise en charge des maladies chroniques, à l'exemple du cancer et diabète type 2* » (quinze propositions de la CNS). Le dépistage des cancers du sein, du col de l'utérus et du colon sont prévus pour être généralisés entre 2001 et 2005. La promotion de ces dépistages comporte la définition de critères de qualité et d'un dispositif organisationnel adapté.

Les réseaux de prise en charge des cancers et du diabète sont à présent définis par voie de circulaire. La nutrition, avec ses conséquences sur la prévention des cancers et des maladies cardio-vasculaires, est un thème prioritaire pour la présidence française de l'Union européenne.

Il reste maintenant à promouvoir et à faire passer dans les faits « l'éducation thérapeutique du patient ». C'est permettre à celui-ci de se prendre en charge, pour maîtriser les conséquences d'une affection chronique.

De nombreux programmes ont été développés pour améliorer « la prévention des affections nosocomiales et iatrogéniques » (vingt propositions de la CNS). Qu'il s'agisse de la généralisation des

* non insulino dépendant.

comités de lutte contre les infections dans les établissements publics, mais aussi privés, ou de la lutte contre la résistance aux antibiotiques, les avancées ne manquent pas : amélioration de la connaissance des prescriptions en ville et à l'hôpital, rationalisation de l'utilisation des antibiotiques, développement de l'information en direction des usagers. L'institut de veille sanitaire développe ses réseaux de surveillance en la matière. Il reste à préciser comment peuvent et doivent être pris en charge les aléas thérapeutiques.

De nombreuses actions ont été entreprises pour permettre « la réduction des inégalités de santé régionales, et l'accès de tous à des soins de qualité » (vingt-deux propositions de la CNS). L'amélioration des systèmes d'information, la convergence des allocations entre les régions (surtout pour les trois régions les moins dotées), l'utilisation d'un « indice comparatif de mortalité », une meilleure prise en charge des plus démunis grâce à la loi sur l'exclusion ou à la loi instituant la Couverture maladie universelle sont des avancées plus que significatives. Il en est de même de la promotion de démarches qualité avec l'implication d'institutions telles que l'Agence nationale d'accréditation et d'évaluation en santé, le Conseil national de l'ordre des médecins, les Unions régionales de médecins libéraux.

Mais la correction des inégalités intra-régionales reste encore à développer ; et la définition d'une enveloppe transversale aux divers secteurs de l'Ondam est encore en attente, pour promouvoir des actions de santé sur la base de partenariats institutionnels.

Des efforts ont été faits pour maîtriser les conséquences du « vieillissement » (neuf propositions de la CNS).

Les formations en gérontologie sont promues auprès des étudiants en médecine ; et les réseaux de soins se mettent en place. Les prises en charge de la démence de la douleur et de l'ostéoporose font l'objet d'études et d'analyses, qui sont sources de propositions. Mais la prise en charge de la dépendance est encore en chantier ; elle mérite une plus grande attention.

Les propositions de la Conférence ont été articulées autour de trois principes : considérer le vieillissement de la population dans ses effets positifs pour la société ; mieux distinguer, pour le prendre en charge ensuite, le vieillissement 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. Par ce dernier principe, la Conférence a pensé que le cinquième risque représentait à terme la solution pertinente. Elle a proposé en attendant une démarche en trois étapes : une prestation définie en fonction du niveau de dépendance et pas en fonction des revenus ; la constitution d'une entité départementale institutionnelle de coordination et de liquidation de l'ensemble des fonds dépendance actuels et à venir ; et l'établissement pour toute personne âgée

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

En conclusion, ces premières années ont eu le mérite d'être pédagogiques. Il n'en reste pas moins que les missions de la CNS sont ciblées dans le champ de l'assurance maladie (Ondam), alors que la majorité des mesures évoquées relèvent en fait du budget de l'État. Ce grand écart devra être analysé et maîtrisé, pour améliorer l'efficacité des propositions de la CNS dans le futur.

La sécurité sanitaire

par Lucien Abenaim, directeur général de la Santé

Les questions de sécurité sanitaire occupent une place de plus en plus importante dans les préoccupations de santé publique. Certains trouvent d'ailleurs que cette place est excessive.

Il est vrai que si l'on fait référence aux critères classiques permettant de définir des priorités de santé publique, les problèmes de sécurité sanitaire dont on parle beaucoup, comme la listériose, la radioactivité ou la marée noire de l'Erika, semblent peser moins que le cancer où les suicides des jeunes.

Plusieurs éléments doivent être gardés à l'esprit à ce sujet. D'abord, il est toujours difficile de prévoir l'impact sanitaire de nouveaux agents microbiologiques, de nouveaux modes de production (comme les OGM) ou de nouveaux polluants.

Ensuite, avec la mondialisation de la production industrielle et du commerce, la prévalence des expositions aux facteurs d'environnement est souvent considérable, ce qui fait que des risques relatifs faibles peuvent correspondre à des risques attribuables non négligeables.

Enfin, dans les représentations sociales associées à l'inquiétude vis-à-vis des risques, l'incertitude scientifique joue un rôle majeur. Il ne faut pas l'oublier : c'est moins le niveau de risque qui fait peur que l'incertitude sur celui-ci.

Pour faire face à cette situation complexe, de nouvelles agences ont été créées représentant une innovation majeure dans le système de santé. Il n'existe pas de modèle unique pour ces agences. Certaines développent un outil et une méthode, comme l'épidémiologie pour l'Institut de veille sanitaire (InVS). D'autres sont dotées d'un pouvoir régional, comme l'Agence française de sécurité sanitaire des produits de santé (Afssaps). L'Agence française de sécurité sanitaire des aliments (Afssa) a, pour l'essentiel, un rôle d'expertise et c'est aussi celui qui est évoqué pour la future Agence française de sécurité sanitaire de l'environnement (Afsse).

Plus que la séparation entre l'évaluation et la gestion des risques, alors qu'en réalité ces deux secteurs ne peuvent pas être étanches, il importe que soient clairement distinguées d'une part, la production de connaissances scientifiques et leur interprétation par

des mécanismes d'expertise et, d'autre part, l'élaboration des politiques publiques et des doctrines d'action.

L'attention médiatique accordée aux questions de sécurité sanitaire est certes parfois disproportionnée et il faut veiller à ce qu'elles ne monopolisent pas le champ de la santé publique. D'un autre côté, la décision sur des risques non encore réalisés mérite une grande vigilance, même si leurs niveaux actuels peuvent sembler faible.

Le développement de la démocratie sanitaire passe aussi par des réponses aux préoccupations sociales dont il faut comprendre qu'elles ne sont pas seulement dictées par des logiques purement épidémiologiques.

La place des usagers dans le système de santé

par Etienne Caniard

Réfléchir à la place de l'usager dans le système de santé ne consiste pas seulement à répondre à une demande légitime de la population qui aurait été révélée par les États généraux de la santé ; cette réflexion est aussi et surtout la condition nécessaire à un partage harmonieux des responsabilités entre citoyens, usagers du système de santé, État et professionnels de santé.

L'entrée de l'usager dans le système de santé doit être un des leviers essentiels pour promouvoir l'amélioration de la qualité. Nombreux sont les professionnels de santé qui se sont investis dans cette mission tout en se heurtant à bien des obstacles lors de sa mise en œuvre. Ils peuvent trouver dans une relation nouvelle avec les usagers, les alliés qui parfois leur manquaient pour franchir les étapes décisives.

Comment organiser la représentation des usagers pour permettre l'émergence de nouveaux modes de représentation, tant à l'intérieur du système de soins, que dans l'organisation du débat public ?

Il s'agit de rechercher la participation des usagers (ses qualités, plutôt que personnes qualifiées) dans l'ensemble des lieux permettant de développer le dialogue, de participer aux processus de décision, d'exercer une fonction de vigilance, de partager l'information. La réussite d'une représentation équilibrée passe par une structuration du mouvement associatif.

Comment faire avec les étapes de médiation et de conciliation, un outil de dialogue responsabilisant pour l'ensemble des professionnels et protecteur pour les usagers ?

Il s'agit de mettre en œuvre des procédures s'inscrivant dans une volonté de sortir d'une relation conflictuelle, pour aller vers un dialogue responsabilisant et équilibré, conduisant à l'amélioration de la qualité. Il s'agit de diminuer le nombre d'instances juridictionnelles « inutiles » en organisant en amont dialogue et transparence, et de séparer très clairement les fonctions de dialogue et d'information, des procédures pré-contentieuses. Les commissions de conciliation des établissements de santé doivent devenir des « commissions de la qualité de la prise en charge et des relations avec les usagers ».

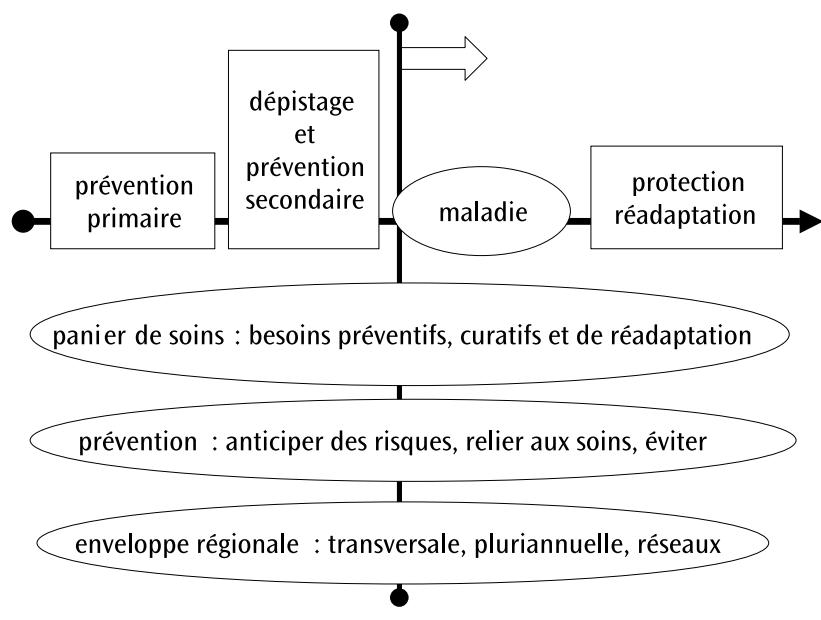
Comment organiser le débat public, si la démocratie sanitaire consiste aussi à mettre à la disposition de tous, ce que quelques-uns connaissent ?

Il faut réfléchir aux conditions de la diffusion de l'information, préalable nécessaire à tout débat équilibré... et plus généralement à l'amélioration de la qualité.

Il s'agit en particulier de faire évoluer la CNS vers « un Conseil national de santé », instance de débat public et de dialogue entre les usagers et les professionnels de santé. Les missions pourraient être la définition de priorités de santé publique, l'organisation de débats sur la politique de santé, l'éthique, le droit des malades, la place des usagers dans le système de santé, et l'élaboration d'avis sur la forme et le contenu de l'information en santé.

Propos introductifs à la Conférence nationale de santé 2000

La CNS 2000



Politiques régionales de santé

À partir des priorités régionales de santé, les préfets de région ont arrêté des programmes régionaux de santé. Les thèmes de ces programmes ont été sélectionnés en fonction des particularités régionales, sur une liste nationale de priorités établies par le HCSP. De nombreux thèmes de PRS ont été retenus au cours des premières Conférences régionales de santé, c'est-à-dire avant la première Conférence nationale de santé. L'expérience régionale a permis d'enrichir la réflexion nationale.

La mise en œuvre des Programmes régionaux de santé

Cependant, il est intéressant de noter que sur les 74 PRS recensés en janvier 2000, 65 % relèvent, au moins partiellement, de six parmi les dix priorités définies en 1996 :

- Coordonner les actions en faveur de l'enfance pour mieux en assurer la continuité de la maternité à l'adolescence (6 PRS, dont 4 pour la périnatalité).
- Renforcer immédiatement les actions et les programmes de prévention/éducation visant à éviter la dépendance chez les adolescents (alcools, tabacs, drogue, médicaments psychotropes) (14 PRS, dont 6 sur l'alcool chez les jeunes).
- Maintenir en milieu de vie ordinaire les personnes âgées dépendantes qui en font librement le choix (5 PRS).
- Améliorer les performances et décloisonner le système de lutte contre le cancer (8 PRS).
- Prévenir les suicides (11 PRS, dont 3 ciblés spécifiquement jeunes).
- Garantir à tous l'accès à des soins de qualité (5 PRS ciblés sur les populations en situation de précarité).

La plupart des PRS s'inscrivent dans une démarche de promotion de la santé, à ce titre ils rejoignent la première priorité de la CNS de 1996.

Compte tenu de leur processus d'élaboration, aucun PRS ne traite spécifiquement des autres priorités de la CNS, à savoir : 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) ; réduire les inégalités de santé intra et inter régionales. Toutefois, sur ce dernier thème, il faut noter que 5 PRS portent sur santé-précarité et que toutes les régions viennent de mettre en place des PRAPS (Programme régional pour l'accès à la prévention et aux soins) en application de la loi contre les exclusions.

Les documents disponibles sur les PRS montrent que les objectifs sont précis et chiffrés dans un tiers des cas. Pour plus de la moitié des programmes, les objectifs sont imprécis dans leur formulation. Les programmes étudiés ont globalement des difficultés pour évaluer l'impact de ce qu'ils font. Le choix d'indicateurs pertinents est une absolue nécessité.

Le financement observé pour chaque PRS peut varier de 15 kF à presque 14 MF. Ce sont les crédits ARH qui propulsent le PRS à ces hauteurs. En dehors des financements ARH, la moyenne des crédits engagés par l'État est de 700 kF et de 500 kF pour l'Assurance maladie. Un PRS mobilise en moyenne 1,8 MF.

Le coordonnateur est souvent le médecin inspecteur de la santé publique en charge des questions ; son temps est insuffisant dès que le programme prend une certaine ampleur, en particulier quand les partenaires et financeurs sont très nombreux. Le partenariat est, bien sûr, systématique dans tous les PRS, surtout avec l'Assurance maladie, mais aussi les Conseils généraux ou le Conseil régional

dans un tiers des cas. Les PRS ont permis d'enclencher des dynamiques de partenariat sur de longues périodes, et ainsi de dépasser la collaboration ponctuelle, voire la concurrence.

Un exemple de Programme régional de santé : la périnatalité par Jean-Bernard Gouyon

En 1993, la mise en place d'un réseau périnatal a débuté en Bourgogne au vu de mauvais indices épidémiologiques régionaux : mortalité périnatale à 8 % (14^e rang national) en 1992. L'analyse initiale de la situation a permis d'identifier de nombreux dysfonctionnements avec notamment l'inadéquation entre les pathologies observées et l'utilisation des plateaux techniques disponibles.

Le réseau périnatal est caractérisé par un « pilotage » par un comité médical associant pédiatres et obstétriciens des secteurs publics et privés. Les établissements de la région sont liés entre eux par des conventions médicales. Elles précisent les indications de transfert des enfants ou de leur mère d'un établissement à l'autre.

La région comprend actuellement un établissement de niveau III (maternité avec réanimation néonatale), six établissements de niveau II (maternité avec unité de néonatalogie) et quatorze établissements de niveau I (maternité sans unité de soins pédiatriques particuliers).

L'évaluation des activités du réseau a été envisagée dès la phase initiale, et comporte actuellement :

- des analyses collégiales des dossiers de tous les nouveau-nés décédés dans la région (depuis 1995) ;
- des enquêtes prospectives ponctuelles d'évaluation de l'application des conventions ;
- l'enregistrement continu d'indicateurs périnatals concernant la mère et l'enfant pour toutes les naissances de Bourgogne ;
- et maintenant la mise en place d'une évaluation externe par les usagers.

La mise en place du recueil d'indicateurs correspond à l'objectif n° 6 du programme régional de santé intitulé « La Bourgogne autour de la naissance ». Le système de recueil utilise le PMSI en l'élargissant à quelques items complémentaires (âge de gestation, items médico-sociaux) ; Les données sont rendues anonymes avant traitement, mais le chaînage des données maternelles et néonatales reste possible permettant une évaluation fine de la situation périnatale.

La validation des données régionales (environ 18 000 naissances par an), la vérification de leur exhaustivité, le traitement informatique des données, l'analyse des résultats, la rédaction d'un rapport délivré par les professionnels concernés, la diffusion de ce rapport, sont à la charge d'un médecin et d'un informaticien qui travaillent à temps plein sur l'évaluation du réseau.

Des exemples concrets montrent que ce type d'évaluation identifie des dysfonctionnements, en permet l'analyse et la correction dans une démarche de type assurance-qualité. À titre indicatif, la dernière évaluation officielle de la mortalité périnatale en Bourgogne retrouvait un chiffre de 6,1 % classant cette région au 2^e rang des régions françaises.

Au total, le PRS a permis le financement par le fonds national de prévention du recueil et du traitement d'indicateurs en périnatalité. Ce recueil conçu comme un outil médical fondé sur le PMSI, a permis des changements profonds des pratiques professionnelles. La question de la pérennité de ce système d'évaluation se posera lorsque le programme régional de santé sera achevé.

Les conférences régionales de Santé par Didier Vinot

Une analyse en forme de prise de recul sur les acquis des Conférences régionales de santé a été réalisée par Jean-Pierre Claveranne et Didier Vinot (Graphos), à la demande des services de la direction générale de la Santé. Il s'agissait de mesurer les effets produits, d'apprécier l'insertion des conférences dans l'environnement institutionnel et d'en faire une typologie.

L'analyse s'est concentrée d'une part sur les liens avec les politiques menées au niveau national (direction générale de la Santé et instances consultatives et d'expertises : CNS et HCSP) et d'autre part sur les liens avec les intervenants des institutions régionales (Drass, ARH, Urcam, URML). L'impact sur les établissements de soins et les professionnels ainsi que l'intégration de l'usager dans les suites des États généraux de la santé ont été particulièrement étudiés.

Il a d'abord été effectué une analyse des écrits (5 000 pages environ) produits par les 26 régions de 1995 à 1998, à partir de référentiels (103 items) permettant d'évaluer la pertinence, la cohérence, l'à-propos, l'efficacité, le maintien des résultats, l'efficience, le rendement et l'impact.

Les principales tendances issues de cette analyse ont ensuite été confirmées, infirmées et affinées avec les intervenants rencontrés dans différentes régions pour illustrer des contextes spécifiques, analyser les regards croisés des acteurs sur les dispositifs en place, identifier les actions engendrées par les CRS, les problèmes rencontrés, et les perspectives.

La démarche de pensée et d'observation adoptée s'est construite en considérant les CRS comme des « programmes » au sens anglo-saxon, c'est-à-dire « un ensemble cohérent, organisé et finalisé d'objectifs, de moyens et de personnes ; qui se justifie sur la base de besoins définis comme une carence ou un manque ; qui affecte des individus, une collectivité ou une société ; qui est sous le contrôle d'une ou de plusieurs personnes responsables de la qualité, de sa formulation et de son fonctionnement. »

Les résultats issus de l'étude documentaire soulèvent plusieurs questions, parmi lesquelles : S'agit-il de Conférences régionales de santé ou de Conférences sanitaires régionales ? Selon les parties prenantes, faut-il adhérer ou non, faut-il faire ou ne pas faire ? Des priorités définies, sans remise en cause ultérieure. Des jurys à la mission mal identifiée. Des conférences à finalité floue ; s'agit-il d'informer ou de décider ? Une cellule opérationnelle de suivi des actions aux compétences imprécises. Des redondances avec les États généraux ou certains programmes (Praps).

Les problèmes conceptuels et opérationnels mis en exergue ont conduit les intervenants de Graphos à suggérer : une affectation plus grande de moyens pour l'organisation de la conférence ; une saisine plus rigoureuse de la parole des usagers, de sa définition et de sa finalité ; une modification de la précarité du statut des personnes invitées ; une clarification du rôle du jury dans la définition des priorités ; une diffusion plus forte des travaux et une mobilisation des médias.

Le panier de biens et services

par Gilles Brücker, vice-président du Haut Comité de la santé publique

Notre système de santé est dans l'ensemble performant, si l'on en juge par l'évolution de la mortalité, de l'espérance de vie et du recul de pathologies majeures. Cependant, ce système présente des dysfonctionnements et des inégalités de qualité ; en particulier il ne prend pas suffisamment en compte les inégalités sociales et les inégalités inter et intra-régionales, comme le HCSP l'a souligné dans son rapport de 1998.

Malgré la réglementation de l'offre et de la demande de soins, l'évolution des dépenses de santé a mis en évidence depuis plusieurs années, que s'il faut effectivement des *soins pour tous*, cela ne peut concerner *tous les soins* ; tout au moins, si l'on considère ici les soins pris en charge par l'assurance maladie, c'est-à-dire au titre de la solidarité nationale.

Dans cette perspective, une question qui apparaît constituer un élément déterminant pour résoudre ce problème est la place du *panier de biens et de services* (PBS). Cet instrument d'une politique de santé doit absolument aujourd'hui faire l'objet d'une réflexion pour en clarifier les objectifs en termes de santé, et les modalités de prise en charge.

Une analyse des modalités de construction progressive du panier de biens et services en France montre que les logiques qui prévalent, en termes de santé publique, pour justifier ou faire comprendre la situation actuelle de ce PBS, sont à peu près invisibles. Son élaboration au fil du temps a conduit à des incohérences ou à des lacunes.

Les critères d'efficacité ou d'efficience n'ont pas toujours été présents, car il n'était pas toujours possible, notamment il y a quelques années, de disposer d'évaluations scientifiquement correctes du service rendu par certains médicaments ou dispositifs. Il s'est alors construit deux types de panier : un panier *implicite*, sans réelle définition de contenu, pour les soins et activités en milieu hospitalier ; et un panier *explicite*, pour les soins ambulatoires et les établissements privés, basé sur l'admission d'un bien ou d'un service sur une liste, qu'il s'agisse des médicaments admis au remboursement, ou des prestations décrites par la nomenclature générale des actes professionnels (NGAP), qui fixe les tarifs et les modes de prise en charge.

L'expérience de certains systèmes étrangers nous apprend que l'élaboration du panier de biens et services résulte d'un partage de responsabilités entre les différents acteurs, en fonction des rôles que le système de santé leur attribue et de la conception de la justice sociale qui prévaut.

La problématique de détermination du panier de biens et services doit poser la question du champ de prise en charge, de l'implication de la variabilité de ce champ, et de sa mise à jour, compte tenu de l'évolution des techniques médicales et des attentes que ces dernières génèrent.

Dans l'optique du HCSP, le PBS doit intégrer la prévention, les soins curatifs, la réadaptation, ainsi que l'éducation pour la santé et l'éducation thérapeutique du patient.

En effet, l'enjeu, essentiel, de cette redéfinition du panier de biens et de services est d'en faire l'instrument fondateur d'une politique de santé publique ; c'est-à-dire l'outil capable de participer à la réduction des inégalités de santé, et pas uniquement des inégalités d'accès aux soins.

Cette définition doit s'appuyer sur une connaissance des activités sanitaires, car elle implique de privilégier une gestion des activités par rapport à une gestion des structures. Cette orientation rend nécessaire une amélioration des instruments de la connaissance. Les systèmes actuels de repérage des activités médicales, les nomenclatures, ne permettent ni de représenter, ni de valoriser les efforts d'organisation et d'amélioration actuellement mis en œuvre, par exemple des procédures accréditation.

Le poids important du ticket modérateur rend indispensable l'accès de toute la population à une couverture complémentaire, afin d'éviter que la restriction de prise en charge ne pèse essentiellement sur les groupes vulnérables. C'est le sens de la création de la CMU, pour laquelle un « panier » spécifique vient d'être défini, et qui ouvre la voie à une réflexion d'ensemble sur l'articulation entre le régime obligatoire et le régime complémentaire. Au-delà, le Haut Comité de la santé publique estime qu'il faut, au sein du panier de soins, réduire et tendre à supprimer le ticket modérateur.

La santé observée

par Bertrand Garros, président du Comité national de prévention

Avec une espérance de vie à la naissance de 77,9 ans en 1996, la France figure au quatrième rang des pays de l'Union européenne et dans les dix premières places mondiales. Néanmoins, l'espérance de vie à la naissance observée au Japon, la meilleure au Monde dépasse de deux ans celle de la France.

Pourtant, après les États-Unis et l'Allemagne, la France est l'un des trois pays de l'OCDE dont les dépenses de santé sont les plus importantes. Elle consacre près de 10 % de son PIB aux dépenses de santé alors que des pays comme le Japon ou la Suède ont des

espérances de vie à la naissance supérieures à celle de la France pour une dépense de santé par habitant sensiblement plus faible.

Autrement dit en France, le rapport entre les résultats obtenus par le système de santé et le coût pour y parvenir est largement améliorable. La mortalité prématuée définie comme la mortalité intervenant avant l'âge de 65 ans, est chaque année à l'origine d'environ 120 000 décès, soit près d'un sur quatre. Le niveau de cette mortalité est en France beaucoup plus élevé que dans d'autres pays de l'Union européenne. Aux alentours de 25 ans, la mortalité des Français est le double de celle des Suédois ou des habitants du Royaume-Uni ; la mortalité des Françaises est à cet âge environ une fois et demie plus forte que dans ces deux pays.

Le second aspect marquant de la situation française est l'existence d'inégalités de santé anciennes et importantes qui ne diminuent pas. La première de ces inégalités concerne l'écart entre la durée de vie des hommes et des femmes. Si les Françaises ont la meilleure espérance de vie parmi les habitantes de l'Union européenne et la deuxième au Monde après les Japonaises, la situation est loin d'être aussi bonne pour les Français. Leur espérance de vie à la naissance occupe en effet seulement le septième rang dans l'Union européenne, devancée par celles des Suédois, des Grecs, des Italiens, des Hollandais, des Espagnols et des Anglais.

Il existe également d'importantes différences d'état de santé en fonction de la catégorie sociale. Vers 1990 date du dernier recensement, les ouvriers et employés avaient entre 25 et 64 ans, une mortalité trois fois plus importante que les cadres supérieurs et les professions libérales. Cet écart est observé pour la plupart des pathologies, les cancers des voies aéro-digestives supérieures, les cancers du poumon, les infarctus du myocarde, les maladies cérébro-vasculaires, les accidents de la circulation et les suicides.

Enfin l'état de santé de la population varie de façon importante entre les régions françaises. Aux alentours de 1990 l'espérance de vie des hommes de Midi-Pyrénées était de 4,8 années de plus que dans le Nord-Pas-de-Calais ; l'espérance de vie observée en 1990 dans le Nord-Pas-de-Calais était observée en 1970 en Midi-Pyrénées, soit vingt ans plus tôt.

Contrairement à ce qu'aurait pu laisser croire (ou espérer) l'augmentation importante des dépenses de l'assurance maladie ces inégalités ne se réduisent pas. C'est ainsi que l'écart de mortalité entre catégories sociales s'est accru entre le début et la fin des années quatre-vingt. En effet la mortalité des ouvriers et employés entre 25 et 64 ans est restée stable durant cette période alors que la mortalité des cadres supérieurs et professions libérales diminuait de près de 20 %.

Surmortalité prématuée, importance des inégalités sociales ou géographiques apparaissent ainsi comme les indicateurs d'une qualité de fonctionnement insuffisante du système de santé en France.

Réduire les inégalités de santé intra et interrégionales

Parmi les dix priorités de santé retenues en 1996 par la première Conférence nationale de santé figuraient « réduire les inégalités intra et interrégionales » et « garantir à tous l'accès à des soins de qualité ».

Depuis 1996, la réflexion a été conduite par Matthieu Méreau, Claude Maffioli et Jacques Vleminckx, sur la « Réduction des inégalités inter et intra-régionales ». Elle s'est appuyée sur le rapport du Haut Comité de la santé publique intitulé : « Allocation régionale des ressources et réduction des inégalités de santé ». Commencée en 1996, la dernière version du rapport rédigée par Jean-Claude Sailly a été publiée en 1998. À partir d'une analyse approfondie de la situation des inégalités de santé, ce rapport propose plusieurs scénarios d'orientation pour notre système de santé.

Pendant près de quatre années, des auditions de personnalités et d'experts, les avis formulés par les membres de la Conférence nationale de santé, et la consultation des Conférences régionales de santé ont marqué les étapes.

Sept principes fondateurs* adoptés lors de la Conférence nationale de santé en 1997 situent le contexte dans lequel les travaux ultérieurs ont été engagés et un plan d'ensemble élaboré.

* voir en Annexe 2 le document réalisé par Matthieu Méreau et Jacques Vleminckx pour la CNS 2000 « réduire les inégalités de santé entre les régions ».

1. La santé au sens large

Les besoins de santé recouvrent des facteurs tels que le logement, l'emploi, l'éducation, l'environnement, l'accès aux soins, le niveau et le mode de vie.

2. Égalité d'accès aux prestations sanitaires

Les réflexions ont volontairement été limitées à l'égalité d'accès aux prestations sanitaires : soins curatifs, diagnostiques, préventifs, ainsi que la réadaptation à une vie pleine et entière.

3. À pathologie identique, prise en charge égale

Quel que soit le lieu d'habitation et la situation sociale, tous les citoyens doivent pouvoir disposer d'une garantie de prise en charge égale à pathologie identique.

4. Qualité des soins

La réduction des inégalités doit se traduire par des soins de qualité à tous, et améliorer la qualité des soins pour tous, dans un rapport coût/résultat optimal.

5. Objectifs de dépenses et besoins de santé

Le montant total de l'Objectif national de dépenses d'assurance maladie (Ondam), voté par le Parlement, doit répondre aux besoins globaux de santé de la population.

6. Dimension régionale

Avec les conférences régionales de Santé, la prise en compte de la dimension régionale, doit être renforcée dans l'allocation des « enveloppes » budgétaires, comme il est fait pour l'élaboration des schémas régionaux d'organisation sanitaire et les programmes régionaux de santé.

7. Prudence

L'élaboration et la mise en œuvre de propositions doit se faire avec prudence ; sans se cantonner dans un immobilisme, ni s'engager avec précipitation.

Prenant appui sur les quatre scénarios présentés dans le rapport du Haut Comité de la santé publique, la Conférence nationale de santé a fait des choix explicités en 1998 et en 1999, précisés et actualisés en 2000. Le plan d'ensemble comprend 18 propositions regroupées autour de quatre axes* :

- l'obligation de mieux connaître, en permanence, les états et les besoins de santé des populations... pour aller vers l'élaboration de réponses globales et concertées, face aux situations vécues par celles-ci ; il s'agit d'un changement important de logique pour le système de santé ;
- la poursuite de l'adaptation du fonctionnement des établissements et des professionnels de santé.
- la nécessité de prendre en compte, par des moyens spécifiques, les problèmes de santé soulevés par la précarité et la pauvreté ;
- la pertinence du niveau régional pour l'identification de priorités et l'élaboration de réponses adaptées à ces besoins.

* Ces propositions sont rappelées dans des encadrés dans les pages suivantes.

Comme première étape, la Conférence nationale de santé réunie en 1997 a recommandé le renforcement des moyens nécessaires pour améliorer la collecte des informations épidémiologiques et la recherche d'indicateurs plus pertinents de morbidité et de qualité de vie, au niveau inter et intra-régional. Cette proposition exprimait la volonté d'accélérer la création de Banques régionales et nationales de données de santé publique, en renforçant les moyens et les coopérations entre les fournisseurs et les détenteurs de données.

En 1998, la Conférence nationale de santé a poursuivi en retenant notamment une proposition visant à créer, dans chaque région, une enveloppe transversale spécifique des actions de santé. Cette enveloppe complémentaire des autres enveloppes relatives aux soins,

constitutives de l'Ondam, était fortement suggérée dans plusieurs scénarios proposés par le Haut Comité de la santé publique.

« En 1999, la Conférence nationale de santé confirme la proposition de création de l'enveloppe transversale (aux enveloppes actuelles de l'Ondam) de santé, en ajoutant ces commentaires : Le concept de santé a 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 nécessite que des programmes de santé incluent ces trois volets et donc leur financement, d'où l'idée d'une enveloppe transversale, spécifique aux actions de santé. Cette mesure suggérée par le Haut Comité de la santé publique et reprise par la Conférence nationale de santé devrait inciter les différents acteurs de santé à travailler ensemble, de manière coordonnée en réseau, sur des Programmes régionaux de 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). Elle était avant tout prévue pour agir sur les « déterminants » de la santé. Il était apparu prudent en 1998 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 ».

La Conférence nationale de santé ne sous estime pas les difficultés techniques, financières, interprofessionnelles à surmonter et, dès 1996, elle avait proposé de s'appuyer sur les Conférences régionales de santé pour avancer dans la prise en compte des inégalités de santé. De fait, en 1997 et 1998, nombre de Conférences régionales de santé ont repris à leur compte cette proposition, en faisant des « inégalités de santé », soit un thème spécifique, soit un élément important dans l'approche des différents thèmes retenus localement.

En 1999, la CNS avait émis le souhait de consulter les régions sur un scénario inspiré des conclusions du Haut comité de la santé publique : fusion des enveloppes actuelles de l'Ondam, détermination nationale de critères d'allocation de ressources interrégionales, répartition intra-régionale en fonction des priorités locales et des besoins spécifiques, une programmation dépassant l'annualité budgétaire, et la création d'une agence régionale de santé. Le dispositif actuel serait ainsi complété par un espace de dialogue, de concertation et de décisions, entre les différents financeurs d'une politique régionale de santé. Cette approche devra respecter les différents secteurs d'activité, et en particulier le secteur médico-social.

En pratique, cette consultation sur la réduction des inégalités et l'allocation régionale des ressources, sera proposée une année plus tard, par voie de circulaire, à la réflexion des Conférences régionales de santé ou des Comités régionaux des politiques de santé sous

Réduire les inégalités de santé intra et interrégionales

la responsabilité des directeurs régionaux des Affaires sanitaires et sociales.

La Conférence nationale de santé a pleinement conscience que la réduction des inégalités de santé, entre les régions et au niveau infrarégional est un objectif mobilisateur, à court, moyen et long terme. La Conférence nationale de santé 2000 réaffirme les orientations adoptées antérieurement sur les inégalités de santé et l'allocation régionale des ressources. Elle actualise ces orientations prioritaires.

Partir des besoins de santé et développer des « actions de santé »

Qu'il s'agisse de l'information à visée régionale, ou de l'allocation régionale différenciée des ressources pour les soins et la santé, des avancées importantes peuvent être observées.

La création en 1999 de la direction de la recherche, des études, de l'évaluation et des statistiques (Drees) n'est pas la moindre des évolutions. Les liens et partenariats créés avec les observatoires régionaux de santé, l'Institut de veille sanitaire et les organismes de

Les propositions antérieurement retenues	rappel
	L'accès aux informations <ul style="list-style-type: none">• Permettre l'accès et l'analyse des différentes statistiques notamment au niveau de l'assurance maladie, de la médecine du travail, de la santé scolaire.• Coordonner et mettre à disposition l'ensemble des données qui doivent être validées et contrôlées dans le cadre de banques de données régionales.• Renforcer l'action des observatoires régionaux de santé.
	Critères et règles de péréquation <ul style="list-style-type: none">• Travailler à l'établissement de critères qui permettent le calcul des allocations régionales de ressources, en partant des besoins de santé et non de l'organisation actuelle du système de santé.• Développer une identification des besoins de santé et des règles de péréquation interrégionales de ressources, qui ne soient pas basées uniquement sur la mesure de l'écart par rapport à une moyenne nationale.
	Enveloppe transversale <ul style="list-style-type: none">• Développer les « actions de santé » en créant une enveloppe spécifique relative aux actions de santé, et complémentaire des autres enveloppes relatives aux soins.
	Contrats et programmes pluriannuels <ul style="list-style-type: none">• Dépasser le principe de l'annualité budgétaire dans le cadre de contrats de plan État-région, de programmes locaux de santé, de contrats d'objectifs et de moyens pour les établissements de santé.

recherche permet de renforcer le développement de banques régionales en santé publique (BRSP).

La politique de réduction des inégalités entre régions menée depuis 1997 se traduit pour l'hospitalisation par une péréquation cumulée nationale égale à 2,8 milliards de francs, dont 1,2 milliards de francs au bénéfice des trois régions jugées prioritaires (Poitou-Charentes, Picardie et Nord-Pas-de-Calais).

En 1998, dans son rapport à la Conférence nationale de santé, le Haut comité de la santé publique (HCSP) avait proposé trois principes pour fonder une allocation régionale différenciée de ressources :

- égaliser les moyens attribués à chaque région pour la production d'un ensemble de soins donné, avec l'utilisation de la production régionale de points ISA comme indicateur d'activité ;
- égaliser les consommations moyennes ou les dépenses moyennes à besoin égal, avec l'utilisation d'un indicateur démographique (la population susceptible d'être hospitalisée dans le secteur public) ;
- réduire les inégalités de santé, avec l'indice comparatif de mortalité (ICM).

La campagne budgétaire 1997 comportait une première péréquation de l'ensemble des dotations régionales sur la base de deux critères complémentaires :

- un indicateur de consommation de soins hospitaliers : le ratio « dépenses hospitalières par habitant « hospitalisable » dans le secteur public » ;
- un indicateur d'efficience économique des établissements, la valeur du point ISA (indice synthétique d'activité) mesuré par le PMSI (Programme de médicalisation des systèmes d'information), pour les seules activités de médecine, chirurgie et obstétrique.

Pour 1998, le nombre de tranches d'âge utilisées a été accru pour les données relatives à la population « hospitalisable ». De surcroît, il a été tenu compte des patients soignés résidant dans une autre région (la moitié des flux de patients entre régions).

Les crédits supplémentaires qui résultent de cet effort de correction des inégalités entre régions (ou apport de péréquation) ont été intégralement employés à l'amélioration de la prise en charge de la population des régions bénéficiaires de la péréquation, sur la base des priorités de santé publique.

Pour 1999, un indicateur de besoins de santé est introduit dans le modèle de péréquation. L'indice comparatif de mortalité (ICM) mesure la surmortalité régionale en rapportant le nombre de décès observés au nombre de décès attendus. Ce nombre de décès attendus est calculé en appliquant à la population de la région les taux de mortalités nationaux par sexe et âge. Ce modèle intègre donc le niveau régional de sur ou sous-mortalité.

La méthode de convergence concentre désormais l'effort de péréquation sur les régions les plus défavorisées. La méthode garantit à chaque région un taux d'évolution constant de sa dotation, tout en permettant à terme une résorption des inégalités. Elle permet aux

régions jugées prioritaires (le Poitou-Charentes, le Nord-Pas-de-Calais et la Picardie) de rattraper en cinq ans le niveau relatif de l'Alsace, qui leur est immédiatement supérieur. En 1999, l'effort de correction des inégalités correspond à un montant de 622 millions de francs. Pour 2000, l'effort de correction des inégalités correspond à un montant de 749 millions de francs, et la solidarité nationale joue en faveur de dix-sept régions métropolitaines.

Enveloppe transversale et « mutualisation » des fonds

Cependant, certaines des propositions formulées par la CNS, sont restées en retrait. Il reste encore à avancer de façon pragmatique et concertée, vers la fongibilité des enveloppes. Cette enveloppe commune aux différents secteurs d'activité (hospitalisation publique, hospitalisation privée, médecine de ville généraliste, médecine de ville spécialisée, secteur médico-social) pourrait permettre au niveau des régions de renforcer le financement d'actions sur des questions prioritaires de santé. Ces actions peuvent s'inscrire dans le cadre de Programmes Régionaux de Santé à base pluriannuelle. Elles peuvent aussi s'associer à la mise en place de réseaux coordonnés entre les secteurs hospitaliers, ambulatoires et médico-social.

Dans cet esprit, la Conférence nationale de santé rappelle son souhait de voir adopter le principe de l'enveloppe transversale spécifique aux actions de santé.

proposition 1

La CNS propose que soit voté cette année par le Parlement, pour être mis en application en 2001, le principe de l'enveloppe transversale spécifique aux actions de santé, déjà adopté par la conférence en 1999 ; elle attire l'attention des pouvoirs publics et des parlementaires sur la nécessité de fixer en conséquence le taux de l'Ondam.

Quoiqu'il arrive pour cette première étape techniquement difficile à mettre en place, la Conférence nationale de santé propose que dès maintenant les actions régionales et locales soient renforcées par une « mutualisation » des fonds, entre l'Ondam, les fonds de prévention existants, les contributions possibles des collectivités territoriales et de l'État.

La CNS propose que soient dynamisées des actions régionales et locales répondant aux besoins des populations, en renforçant leur financement, de manière cohérente et convergente par une « mutualisation » des fonds, entre l'Ondam, les fonds de prévention existants, les contributions possibles des collectivités territoriales et de l'État.

Cette approche permettra de renforcer dès maintenant les coopérations régionales et locales, autour d'objectifs de santé en correspondance avec les besoins des populations et les priorités identifiées. La Conférence nationale de santé met en garde sur le fait que cette approche ne doit pas se faire au détriment du secteur médico-social.

Poursuivre l'adaptation du fonctionnement des établissements et des professionnels de santé

Le décret relatif à l'évaluation des pratiques professionnelles individuelles en milieu libéral est paru le 28 décembre 1999. Les médecins libéraux ont désormais la possibilité de s'engager dans la démarche d'évaluation de leurs pratiques professionnelles. Cette procédure est menée par des médecins évaluateurs formés et habilités par l'Anaes de façon individuelle ou collective à partir des guides et référentiels de cette Agence. Elle est organisée localement par les sections constituant les unions régionales des médecins libéraux.

L'évaluation individuelle externe est conduite sur le lieu d'exercice du médecin évalué. Elle conduit à la formulation de conclusions et recommandations. Le médecin, qui a satisfait sans réserve à l'évaluation de sa pratique, reçoit une attestation. L'évaluation externe peut être précédée, si le médecin le souhaite, d'une phase d'auto-évaluation.

Dans le cadre de l'évaluation collective des pratiques, les médecins sont invités à participer à des réunions organisées par les sections constituant les unions et animées par un ou plusieurs médecins habilités. Ces réunions rassemblent plusieurs médecins ayant une activité similaire, au cours de laquelle sont analysés des cas cliniques rendus anonymes relevant de leur pratique. Ces réunions permettent également d'analyser les écarts entre la pratique médicale de ces médecins et les référentiels de pratique de l'Anaes.

Dès l'été 1999, en milieu hospitalier, l'Anaes a lancé l'accréditation. Plus de 300 professionnels de santé visiteurs ont été formés. C'est l'ensemble des établissements de santé français, qui s'engage progressivement dans la démarche d'accréditation, quels que soient les statuts, les spécialités, les modes de financement et les régions de France. Le Collège de l'accréditation a été nommé par arrêté de la ministre de l'emploi et de la solidarité en date du 26 octobre 1999. Les premiers dossiers sont à l'étude auprès du collège. Les premiers résultats seront connus à la fin du premier semestre 2000, sachant que la procédure prévoit une démarche contradictoire entre le collège et l'établissement concerné.

La CNS n'oublie pas non plus l'effort mené contre l'apparition des résistances aux antibiotiques en ville et à l'hôpital, et les nombreuses avancées obtenues grâce à la création des agences de sécurité sanitaire.

Cependant, certaines des propositions formulées par la CNS sont restées en retrait. Il faut encore avancer de façon pragmatique et

Réduire les inégalités de santé intra et interrégionales

Les propositions antérieurement retenues	rappel
	<p>Qualité et sécurité sanitaire</p> <ul style="list-style-type: none">Garantir dans les mécanismes de financement le respect de critères de qualité et de sécurité sanitaires (in hérents à toute activité de soins) pour les établissements de santé, quel que soit leur taille, et pour les professionnels de santé libéraux. <p>Usagers</p> <ul style="list-style-type: none">Favoriser la représentation et l'expression des usagers dans toutes les instances où se négocient les orientations de santé. <p>Réseau</p> <ul style="list-style-type: none">Donner une définition précise du terme réseau correspondant à des modalités juridiques suffisamment souples pour s'adapter aux réalités locales et laissant l'initiative aux professionnels concernés. <p>Installation et orientation des professionnels</p> <ul style="list-style-type: none">Développer des processus concertés avec les professionnels de santé comportant des incitations et des limites à l'installation dans les zones géographiques données et/ou face à des situations données.Assurer de réelles possibilités de réorientation et de requalification des professionnels de santé, notamment au sein des dispositifs de formation initiale et continue.

concertée sur la mise en place des réseaux et sur les incitations à l'adaptation de l'offre de soins.

À l'image de ce qui a pu être proposé pour la coordination des activités autour du cancer, du diabète ou de la périnatalité, il est proposé par voie de circulaire comment administrativement formaliser des activités en réseau. Il n'en reste pas moins que les avancées sont lentes en la matière, le débat de forme pouvant par sa complexité occulter les approches de fond.

Les réseaux de santé de toute espèce se retrouvent dorénavant dans une typologie pragmatique simple, qui vient d'être diffusée dans une circulaire émanant des quatre directions du ministère de la santé et de l'action sociale*. Aux deux extrémités de l'éventail se retrouvent :

– les réseaux inter-établissements de l'ordonnance n° 96-346 portant réforme hospitalière, très structurés, soumis à convention agréée par l'ARH, à accréditation et qui devront utiliser le PMSI : c'est là que se situent les réseaux périnataux créés par les décrets de décembre 1998 ;

– à l'autre bout les « réseaux Soubie », expérimentations tarifaires relevant d'un agrément ministériel et soumis à une évaluation médico-économique lourde.

Entre les deux, les réseaux existants appartiennent à deux catégories :

– la plus ancienne, qui continue à se développer, concerne des réseaux de santé de proximité nés en réponse à la précarité ou aux difficultés des personnes âgées, populations à risque dont le réseau couvre les pa-

* Voir Pierre Larcher et circulaire DGS/DAS/DH/DSS/DIRMI n° 99/648 du 25 novembre 1999, relative aux réseaux de soins préventifs, curatifs, palliatifs ou sociaux.

thologies les plus lourdes ou les plus chroniques ; nés du terrain, ces réseaux sans *a priori* se mouent sur les réalités locales tant en fait de contraintes que d'opportunités : c'est par exemple le cas des réseaux de prise en charge des enfants victimes de sévices, ou des réseaux de Centres d'aide médico-sociale précoce de Seine-Saint-Denis ou du Gard...

– Entre ces réseaux et les premiers est apparue depuis quelques années une autre catégorie qui se multiplie beaucoup en ce moment, et qui a vocation à s'articuler sur les réseaux de proximité : il s'agit de **réseaux monothématiques** de référence scientifique et de formation des professionnels de premier niveau, comme c'est le cas des réseaux douleur, soins palliatifs, cancer, diabète, maladies rares...

Les outils à mettre en œuvre dans ce contexte sont la formation continue, la coordination qui dépasse de très loin un simple secrétariat, la communication, sans quoi un réseau n'existe pas, la recherche de financements pour des impératifs de communication et d'évaluation.

La loi de financement de la sécurité sociale 1999 a commencé à y apporter une solution, en instaurant à la Cnamts le **Fonds d'aide à la qualité des soins de ville** (le FAQSV) destiné, entre autres, à financer les activités non rémunérées par le paiement à l'acte des professionnels de santé travaillant en réseau. Le FAQSV répond à cette préoccupation en étant prélevé directement dans l'Ondam (objectif national des dépenses d'assurance maladie) avant que n'y soient fixées les enveloppes : il n'accroît donc pas les dépenses générales, tout en n'empiétant sur aucune des enveloppes en particulier. Ce fonds est doté de 500 millions de francs pour l'an 2000. Le décret d'application de la loi relatif au FAQSV est paru le 14 novembre 1999 au Journal Officiel. Le FAQSV ne constituera de toute façon qu'une étape vers un financement plus pérenne : il n'est prévu que pour cinq ans, ce qui devrait permettre de tester ces nouvelles possibilités avant d'en tirer des conséquences à plus long terme.

Dans le continuum déjà évoqué entre des réseaux très structurés de gros hôpitaux, des réseaux beaucoup plus souples construits autour de petits établissements, et des réseaux beaucoup plus sociaux fondés sur l'expression de patients plus ou moins démunis, un minimum d'articulation est bien entendu nécessaire. Certaines règles, certains protocoles, doivent impérativement être édictés pour que la communication passe en restant libre et au seul service de la sécurité et du bien-être de tous les patients...

Mais les défis sont d'éviter de susciter de nouveaux cloisonnements, de permettre au patient/usager/citoyen de prendre sa place, de promouvoir la qualité tout en préservant la souplesse et l'adaptabilité.

La maîtrise de la démographie des professionnels de santé, en particulier pour certaines spécialités et leur meilleure répartition géographique restent un enjeu important, pour lequel des solutions restent encore à inventer ou à formaliser. À ce propos, la Conférence nationale de santé — institution à majorité professionnelle — observe que la proposition déjà formulée et adoptée en 1998 mériterait d'être mieux prise en compte dans les négociations professionnelles ultérieures. Elle renouvelle donc sa proposition.

proposition 2

La CNS soutient la mise en place des « réseaux » selon des modalités juridiques suffisamment souples pour s'adapter aux réalités locales, et laisser l'initiative aux professionnels concernés.

La CNS souhaite voir se développer des processus concertés avec les professionnels de santé comportant des incitations et des limites à l'installation dans des zones géographiques données, et/ou face à des situations particulières de besoins.

Porter attention aux plus démunis

Qu'il s'agisse de prise en charge de la précarité ou d'accès aux soins, des avancées significatives là aussi peuvent être observées.

La loi contre les exclusions du 29 juillet 1998 améliore la situation concrète des personnes démunies par la mise en œuvre de programmes régionaux d'accès à la prévention et aux soins, et la réaffirmation de la mission sociale de l'hôpital, à travers la création de permanences d'accès aux soins de santé.

La mise en place d'une Couverture maladie universelle, avec la loi du 27 juillet 1999, assure à tous la protection d'un régime obligatoire de sécurité sociale contre le risque maladie, et garantit une protection complémentaire pour les plus démunis avec l'institution de la dispense d'avance de frais.

Cependant, les membres de la CNS sont sensibles au fait que dans des situations particulières, par exemple celle d'adultes handicapés et de personnes âgées démunies, le recours aux soins pourtant nécessaire peut être fortement limité ; l'absence de couverture complémentaire accessible du fait de la faiblesse de revenus (pourtant supérieurs aux seuils retenus pour le droit à la CMU) étant un frein incontournable. Les membres de la CNS conscients des efforts

Les propositions antérieurement retenues

rappel

Allocation autonomie

- Soumettre très rapidement un texte unique et complet sur l'allocation autonomie.

Inégalités géographiques

- Favoriser l'installation d'établissements et de professionnels de santé en zones défavorisées en fonction des besoins locaux, pour corriger les inégalités de répartition géographique.

Couverture maladie universelle

- Assurer l'accès aux soins aux personnes à revenus modestes en mettant en place la Couverture maladie universelle et en leur garantissant la gratuité des soins : poursuivre l'extension du tiers payant, assurer la couverture complémentaire.

déjà faits demandent cependant que soient étudiés de près les effets de seuil, pour corriger leur impact autant que nécessaire.

proposition 3

Soutenir et poursuivre la mise en place de la CMU, en prenant en compte toutes les situations individuelles. À cette fin, évaluer l'impact de l'ensemble des effets de seuil s'avère nécessaire.

Promouvoir la région, les Conférences régionales de santé et les Programmes régionaux de santé

Sur l'ensemble du territoire, plusieurs milliers de personnes se sont réunies chaque année depuis quatre ans dans le cadre des Conférences régionales de santé. Des centaines de volontaires — professionnels souvent, bénévoles parfois — ont contribué à l'élaboration de programmes régionaux de santé. Des milliers de personnes, souvent simples usagers de la santé, ont participé l'an dernier aux États généraux de la santé.

Quels enseignements la Conférence nationale de santé peut-elle tirer de ces multiples réunions entre professionnels de cultures et d'horizons différents, entre professionnels et décideurs, entre professionnels et usagers de la santé ?

Pour la CNS 2000, des contributions ont été apportées par plusieurs des régions qui ont débattu du sujet, soit pendant la journée même de la Conférence, soit dans un groupe de travail *ad hoc* (en général, le comité régional des politiques de santé). Il s'agit en particulier de Auvergne, Bretagne, Pays de la Loire, Haute-Normandie, Basse-Normandie, Limousin, Paca, Île-de-France, Poitou-Charentes. Ces contributions* concernent l'état des lieux, la régionalisation et l'enveloppe régionale.

Pour étayer plus encore leur réflexion, les membres de la CNS réunis autour de Jean-François Collin, et en particulier les représentants des régions, disposaient de rapports décrivant et analysant ces dispositifs**. Ces contributions permettent de dégager des acquis, de souligner les enjeux et faire des propositions.

Les missions respectives nationales et régionales des conférences

Dans l'état actuel des textes

La Conférence nationale de santé a pour mission l'analyse de la situation sanitaire et des besoins de santé de la population. Elle est chargée de proposer les priorités de la politique de santé publique, et des ori-

* voir en annexe 1 le chapitre CRS et PRS dans le « document introductif aux débats de la conférence nationale de santé 2000 »

** voir l'analyse des rapports des conférences régionales de santé 1995/1998 établie par Cyril Michaud pour le bureau SP1 Promotion et prospective en santé de la DGS ; Les actes du séminaire des 8 et 9 octobre 1999 organisé par le bureau SP1 sur le thème « Conférences de santé, programmes régionaux de santé : premiers bilans »

tations pour la prise en charge des soins, compte tenu de l'évolution des techniques préventives, diagnostiques et thérapeutiques.

Les Conférences régionales de santé ont pour mission l'analyse de l'évolution des besoins de santé et l'examen des données propres à la région, relatives à la situation sanitaire et sociale de la population. Elles établissent les priorités de santé publique de la région. Celles-ci peuvent faire l'objet de programmes, dont l'élaboration et la mise en œuvre sont coordonnées par le préfet de région.

Les Conférences régionales font des propositions pour améliorer l'état de santé de la population au regard de l'ensemble des moyens de la région, tant dans le domaine sanitaire, que dans les domaines médico-social et social. Le rapport des Conférences régionales est transmis au président de la Conférence nationale de santé.

Dans la pratique

En principe, certaines missions de ces deux instances se rejoignent, en pratique elles divergent dans leurs projets : l'objet de la CNS est fortement concerné par les soins remboursés (Ondam), même si les priorités de santé fixées dépassent cet espace budgétaire ; les travaux des CRS portent généralement plus sur le dépistage et la prévention que sur les soins curatifs. Les modes de représentation et les modalités de travail des uns et des autres dans chacune des instances sont très déterminants de cette situation.

Les professionnels de santé (et surtout du soin) sont majoritairement représentés à la CNS. Cette institution professionnelle s'approprie à huis clos des travaux d'experts, notamment du HCSP. Les membres de la Conférence nationale proposent ce qui leur semble réaliste et acceptable à partir de l'expertise. Entre chaque séance, les membres sont invités à travailler avec un président élu pour une année, soutenu par un bureau représentatif. La DGS assure le secrétariat et ne fait pas partie des membres.

Les CRS bénéficient d'une participation plus active des professionnels médico-sociaux que des professionnels de santé ou des élus. Ces assemblées sont ouvertes et de taille bien supérieure à celle de la CNS. Le préfet et ses services sont responsables du secrétariat et des travaux intermédiaires ; les services de la Drass sont membres statutairement désignés de la conférence, ainsi que l'ensemble des membres qui représentent l'État et les autres fonctions publiques. Le président est souvent le président d'un jour : celui choisi par le préfet pour animer le jury.

De nécessaires articulations

Si la communication entre les deux instances est supposée attendue de leurs missions, leur configuration administrative très différente rend cette communication peu effective. Ainsi, le président de la CNS n'a pas de relation statutaire particulière avec les préfets de région. Les préfets, et surtout leurs services réfèrent de leurs travaux aux ministres compétents. Ils transmettent aussi les conclusions du jury, et le rapport annuel au président de la Conférence nationale de santé.

Les représentants des régions souhaitent apporter leur contribution à la réflexion nationale, même si aujourd’hui selon les textes, leur expertise est décalée de la mission première de la CNS. C'est pourquoi la CNS 1999 avait recommandé une harmonisation des calendriers. En symétrique la CNS a souhaité en 1999, que les régions aient la liberté de se saisir ou non, des thèmes nationaux. Préciser l'objet de l'une et l'autre instance permettrait de clarifier les liens entre ces deux niveaux.

C'est soulever la question des missions respectives et de la vision ascendante ou descendante de l'organisation du dispositif. La réponse intellectuellement la plus satisfaisante est celle des navettes entre les deux démarches ascendante et descendante ; elle n'est pas la plus facile à organiser, le faire permettrait d'insuffler de la transparence et de la démocratie dans les choix.

Le collège des représentants des régions ne représente pas des groupes d'intérêts professionnels. Il apporte une dimension santé publique souvent plus large que les collèges représentant les syndicats ou les établissements, plus habitués à débattre du soin et de sa prise en charge. À ce titre, le collège des régions a pu orienter les débats et les priorités de la CNS dans le respect de ses différentes composantes et approches.

Les acquis des Conférences régionales de santé

Les Conférences régionales ont permis de formaliser un processus de concertation, d'échanges d'informations et de débats autour de priorités. Le souci de prendre en compte l'ensemble des aspects de la santé, dans les domaines sanitaire, médico-social a favorisé la confrontation de points de vue très différents. Il n'en reste pas moins que la prise en compte des disparités intra-régionales est à approfondir.

Comme pour les Programmes régionaux de santé qui en sont issus, le délai est trop court pour évaluer les résultats en termes de santé de la population. En revanche, des méthodes de travail sont expérimentées et la détermination de priorités puis le suivi de leur mise en œuvre en assemblées larges et publiques ont contribué à la construction progressive d'une démarche de démocratie sanitaire.

Plusieurs des priorités nationales retenues émanaient des constats faits dans les régions. Les représentants des régions à la Conférence nationale ont certainement influé sur l'orientation des priorités de la CNS et signé « *le passage d'un système de distribution de soins à un système global d'organisation de la santé* » selon le rapport de la CNS de 1996. La première priorité qui peut être associée aux neuf autres « *donner des moyens à la promotion de la santé et à son évaluation* » prend ici tout son sens.

Les acquis des Programmes régionaux de santé

Concrètement, des programmes pluriannuels de santé ont été progressivement élaborés et mis en œuvre dans les régions. Certains d'entre eux commencent à produire des résultats, même s'il est

Réduire les inégalités de santé intra et interrégionales

trop tôt pour la majorité d'entre eux, d'imaginer faire un bilan en termes d'évolution de l'état de santé.

Il est maintenant possible d'observer fin 1999, la mise en place de 74 PRS. Les thèmes les plus fréquemment retenus concernent la périnatalité, les dépressions et suicides chez les jeunes, l'alcool et les conduites addictives, le sida et les cancers.

Après une période plus ou moins longue d'élaboration du programme, les PRS sont entrés dans leur phase de réalisation. Les aspects les plus fréquemment soulignés par les intervenants sont la transversalité, l'intersectorialité, le décloisonnement des pratiques, la mobilisation pluridisciplinaire des acteurs. Toutefois la recherche de moyens humains et financiers spécifiques à la mise en œuvre des PRS est rapidement devenue une tâche difficile pour les promoteurs.

Le foisonnement d'initiatives, les échanges entre professionnels de formations différentes ont créé un environnement certainement favorable aux programmes régionaux particuliers, que sont les Praps (Programme régional d'accès aux soins et à la prévention).

Les acquis de quatre années de Conférences régionales de santé, pour la formulation de priorités, et le développement de Programmes régionaux de santé sont multiples et réels. La Conférence nationale de santé est donc conduite à actualiser ses orientations sur la base de ces analyses.

Définir plus clairement le rôle des différents intervenants

Le dispositif régional fait intervenir des membres de la Conférence, issus de quatre collèges, un jury, un comité régional des politiques de santé. La procédure de définition des priorités a besoin d'être affinée. Comment pondérer l'expression des différents collèges de la

Les propositions antérieurement retenues	rappel
<p>Observation et décision</p> <ul style="list-style-type: none">• Développer les capacités d'observation et de décisions régionales. <p>Conférences régionales de Santé</p> <ul style="list-style-type: none">• Renforcer le rôle des conférences régionales de Santé :<ul style="list-style-type: none">– en donnant de réels moyens de fonctionnement en relation avec les priorités ;– en renforçant les liaisons avec la Conférence nationale de santé ;– en renforçant le rôle du comité permanent,– en établissant des Programmes Régionaux adaptés, notamment aux causes de surmortalité constatées par la Fédération nationale des observatoires régionaux de la santé et le Haut Comité de la santé publique. <p>Collectivités territoriales</p> <ul style="list-style-type: none">• Associer les collectivités territoriales (communes, conseils généraux, conseils régionaux) en concordance avec l'établissement de champs de compétences complémentaires.	

Conférence régionale, quel est le rôle du jury, par quel processus passe-t-on des priorités aux PRS ?

L'expérience des années écoulées montre que les collectivités territoriales et les professionnels de santé libéraux sont peu présents ; étudier et définir avec eux leur rôle serait certainement de nature à améliorer la situation. Il en est de même pour les usagers de la santé.

Si la Drass assure le secrétariat de la conférence régionale de santé, le préfet assure la présidence du Comité régional des politiques de santé. Cette situation est questionnée par le débat visant à plus de démocratie sanitaire et moins d'État. Selon les situations, certaines Conférences régionales se contentent d'appliquer les textes à la lettre, alors que d'autres vont au delà et prennent des initiatives qui donnent du sens et du contenu à la régionalisation.

Les priorités définies et leurs conséquences en termes d'approche préventive et curative s'imposent-elles dans tous les champs et pour tous les acteurs, ou doivent-elles être négociées avec les différents opérateurs et financeurs avant de se traduire en PRS ?

Il y a manifestement nécessité de distinguer parmi ces instances, celles qui ont un rôle de concertation, de celles qui sont décisionnelles ou opérationnelles. Aussi, les propositions de la CNS sont les suivantes :

proposition 4

La Conférence régionale de santé doit avoir les moyens de s'organiser pour proposer de nouvelles priorités de santé, en référence aux priorités nationales et aux réalités régionales (sans négliger les particularités locales). Elle doit continuer à se prononcer sur la mise en place des Programmes régionaux de santé.

proposition 5

Le Comité régional des politiques de santé doit devenir l'instance décisionnelle et opérationnelle de la Conférence régionale de santé. Il est l'instance chargée d'assurer le suivi au long de l'année des priorités déterminées par la conférence régionale de santé. Il doit être chargé, en particulier, de rechercher les moyens humains et financiers affectés à la mise en œuvre des PRS.

Préciser les méthodes de travail

Les Conférences régionales se prononcent sur des priorités. Sur quels éléments d'information et sur quels critères se font les choix, comment pondérer des données épidémiologiques et des données liées à la perception de la santé et du système de santé ? L'échelon ré-

gional est également dépendant des priorités déterminées par d'autres, soit sur le plan national par l'État ou par les Institutions comme l'assurance-maladie, soit sur le plan local par les collectivités territoriales. Comment articuler ou hiérarchiser ces différentes priorités ? Ces questions vont se poser pour le choix de nouvelles priorités qui progressivement vont compléter les anciennes.

Ces quatre années ont permis de soutenir l'émergence d'initiatives locales et de développer une culture de programmes ; elles ont aussi montré un besoin de formation à la conduite de projets ; le projet est ici compris comme un processus de changement, limité dans le temps, entre la situation actuelle et la situation optimale future, de réorientation des moyens et des services en vue d'atteindre les objectifs du programme de santé.

Les besoins d'organisation, de coordination et de travail en réseau butent sur le manque de temps disponible, et la nécessaire réorganisation des services. Il y a lieu de se demander si les PRS se substituent en partie au travail antérieur ou s'ils sont des tâches à mener en plus ? L'analyse des PRS montre que les objectifs des programmes de santé sont souvent très généraux. Aussi, il convient d'établir plus avant et autant que faire se peut des objectifs évaluables en termes d'amélioration de santé.

Prenant appui sur ces constats, la CNS confirme que les Programmes régionaux de santé sont une des applications fortes, mais non exclusive, des priorités de santé retenues par la Conférence régionale de santé. Les promoteurs des PRS ont consacré beaucoup d'énergie au développement de partenariats et de méthodes de travail. Aussi, la CNS, après s'être assurée que des moyens seraient affectés aux Programmes régionaux de santé (voir propositions précédentes) propose que des objectifs évaluables soient affinés. Elle propose :

proposition 6

Les Programmes régionaux de santé sont invités à généraliser une démarche de définition d'objectifs évaluables en termes de santé pour les populations concernées.

Ainsi, la Conférence nationale de santé confirme sa volonté de promouvoir une « autorité régionale » ; elle propose que soit soutenue et progressivement renforcée la mise en place, dans chaque région, du Comité régional des politiques de santé. Cette instance doit avoir un rôle hautement complémentaire des Conférences régionales de santé dans la mise en œuvre effective d'actions concrètes entre les différentes institutions et intervenants. Ses repères doivent être les priorités régionales de santé à l'origine des Programmes régionaux de santé.

Renforcer la prévention par la promotion de la santé

L'espérance de vie à la naissance place la France au quatrième rang des pays de l'Union européenne et dans les dix premières places mondiales. Cependant, la France n'a que des résultats médiocres en termes de mortalité prématûrée et d'inégalités de santé*.

L'accent mis sur les dépenses de soins au détriment des autres dépenses de santé a conduit la population, les soignants et les responsables politiques à considérer l'approche curative comme le meilleur outil d'amélioration de l'état de santé de la population. Mais le système de soins n'est pas le principal déterminant de l'état de santé d'une population. Bien d'autres facteurs ont un rôle plus important pour maintenir ou favoriser la santé et limiter l'apparition de maladies. Outre les aspects génétiques encore peu accessibles d'un point de vue thérapeutique, il s'agit notamment de l'éducation et de la culture, des revenus, des habitudes et modes de vie ou de consommation, des conditions de vie, en particulier celles liées au logement et au travail, mais aussi naturellement de la qualité de l'environnement physique ou social.

Autrement dit, se limiter à la seule stratégie curative, c'est se priver dans de nombreux cas d'autres approches d'efficacité supérieure pour préserver l'état de santé. La moitié des causes de mortalité prématûrée, c'est-à-dire survenant avant 65 ans, pourraient être évitées compte tenu de nos connaissances actuelles en intervenant en amont sur les habitudes de vie, en développant la prévention et en diminuant les accidents liés au manque de qualité du système de soins*.

Bien que ces données soient connues et reconnues, la situation évolue peu. La logique ou les nécessités de l'équilibre financier semblent incompatibles avec la satisfaction des besoins de la population. Au fil des réformes, les strates s'additionnent les unes aux autres et rendent le dispositif global de plus en plus confus et opaque pour la population comme pour les professionnels. Cette situation favorise les logiques institutionnelles, contribue à la dispersion des moyens et se traduit par des pertes considérables d'efficacité.

Seule une approche cherchant à promouvoir une perception nouvelle des enjeux et à faciliter l'évolution des comportements, des

* *La santé en France, rapport général, novembre 1994, Haut Comité de la santé publique*

* *La santé en France, 1994-1998, Haut Comité de la santé publique.*

pratiques et des choix politiques, permettra de sortir de cette impasse.

Elle doit être compatible avec une vision globale des déterminants de l'état de santé et permettre d'apprécier, en fonction de chaque problème, l'intérêt des stratégies préventives et curatives, au lieu de les opposer de façon manichéenne. Elle doit enfin déboucher sur des aspects opérationnels concrets en termes d'orientations et d'allocations des ressources humaines ou financières.

Dans cette perspective, tout ce qui est évitable et ne l'a pas été constitue ainsi un élément de non qualité. De telles situations s'observent dans le cadre des soins mais aussi en amont et en aval. Une infection nosocomiale est une situation de non qualité, mais aussi une contamination par le virus du sida, les accidents de la circulation, ou encore les cancers du poumon dus au tabagisme. En effet, toutes ces situations sont potentiellement évitables, et pour bon nombre, des référentiels existent déjà. Ces facteurs évitables sont très souvent à l'origine de la mortalité prémature, et ils frappent beaucoup plus souvent certaines catégories sociales. On les retrouve également à la base de nombreuses différences entre régions.

Dans chaque région, la définition des priorités est une façon de se mettre d'accord sur une liste de situations de non qualité. Il s'agit ensuite de s'aider d'indicateurs existants, soit de mettre en place les indicateurs nécessaires, en particulier des indicateurs de morbidité et pourquoi pas des indicateurs de vie en société. Une telle liste pourra évoluer dans le temps. Une fois mesurés, ces indicateurs pourraient être mis en parallèle avec le niveau des ressources consacrées à la santé (pas seulement celles concernant les soins) pour obtenir une idée plus précise de l'efficacité des résultats obtenus dans chaque région.

En 1997, la Conférence nationale de santé formulait déjà des propositions pour la prévention et la promotion de la santé des enfants et des adolescents

En 1997, Isabelle Tamalet et Claude Bouchet, au nom de la CNS établissaient un rapport intitulé « renforcer la prévention et la promotion de la santé des enfants et des adolescents ». Certaines parmi ces propositions ont été rappelées lors de la présentation du Professeur François de Paillerets.

Leur analyse s'est référée à trois des priorités retenues, par la CNS en 1996 :

- 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) ;

Les jeunes et leur santé sont un des grands enjeux de notre société

dans le présent comme pour l'avenir. Cet enjeu passe par la reconnaissance et le soutien des familles qui, au quotidien, sont globalement en recherche des meilleures réponses pour leurs enfants, pour leur permettre d'accéder à leur indépendance.

Mais la plupart des situations contemporaines de l'enfance, de l'adolescence, de la jeunesse ne peuvent être abordés sans garder à l'esprit :

- une perspective longitudinale du développement de l'individu : chaque étape de la vie contribuant à construire la suivante, certaines étapes étant particulièrement importantes au plan de la santé, mais rien n'étant jamais joué,

- une vision globale de la santé au sens de l'OMS : un état de bien être physique, social, mental et pas seulement l'absence de maladies et d'infirmités,

- une prise en compte des droits de l'enfant en application de la Convention Internationale de 1989, ratifiée par la France,

- une analyse des milieux de vie de l'enfant et de l'adolescent, comme fondamentaux dans la construction de leur santé.

- les parents comme premiers « pilotes » de la santé de leurs enfants, leurs interlocuteurs naturels, porteurs de sens, personnalités support de leur développement.

- la volonté de réduire les inégalités de santé, car l'intégration, l'adaptation ou l'exclusion vont se jouer dans cette période de construction de la personnalité, du « capital santé », des capacités intellectuelles et sociales.

La France est un des pays où le développement économique, les politiques conduites depuis la guerre, l'amélioration du système de soin public et privé, ont favorisé un bon état de santé de la population des enfants et des jeunes. Ce constat de bonne santé a ses limites.

La santé des enfants et des jeunes doit aussi se penser dans le cadre de notre société marquée par :

- l'évolution vers une situation sociétale de plus en plus « incertaine » et potentiellement très anxiogène,

- le développement des situations de précarité avec d'importantes conséquences sur la situation des enfants et des adolescents, voire aussi les enfants et jeunes malades ou handicapés,

- un déficit de perspectives et l'influence croissante sur les valeurs et les connaissances de nouveaux systèmes de communication médiatique,

- le déficit d'une politique de la jeunesse volontaire et clairement identifiée,

- une sélectivité toujours plus grande, avec une exigence de performance à confirmer en permanence.

Dès les premiers temps de la vie pour l'enfant, les notions de protection, prévention, éducation se conjuguent, associant les parents, l'enfant à naître, les professionnels des domaines médical, psychologique, social. De nombreuses études attestent de la « rentabilité » des investissements en prévention primaire. La prévention et l'éducation sont les supports essentiels des politiques de promotion de la santé des enfants et des jeunes.

En 1997, la Conférence nationale de santé faisait la synthèse de ses propositions en soulignant plusieurs approches transversales, avec :

- Le souhait que « la loi de modernisation du système de santé », précise pour le milieu professionnel, la place de la prévention, de l'éducation et de la promotion de la santé.

Cette loi devrait contribuer à répondre aux difficultés liées à la sectorisation administrative, aux partages de responsabilités entre État, assurance maladie et collectivités territoriales, en faisant émerger des procédés d'articulation. Elle devrait mettre en place un véritable statut des professionnels intervenant dans ce domaine.

- L'urgence à investir fortement le domaine de l'éducation, de la prévention, de la promotion de la santé pour les enfants et les jeunes.

Pour ce faire, se donner les moyens pour tous les enfants

Le rapport de Claude Bouchet et Isabelle Tamalet

Plusieurs pistes de travail, reprises par la Conférence nationale de santé en 1997 ont été développées dans le rapport de Claude Bouchet et Isabelle Tamalet :

Au moment de la naissance, il est important d'enrichir les temps d'échange et faciliter le retour au domicile. Il est essentiel de préparer la naissance en élargissant les approches aux modes de vie sains, à la prévention des consommations d'alcool et de tabac, à la « parentalité », à la puériculture. Une attention particulière doit être portée aux très jeunes mères, en difficulté psychologique, en situation de grande précarité, en situation de refus de leur maternité.

Pendant la petite enfance, au cours des trois premières années de vie, il est important de veiller à la croissance, de dépister les déficits, et de faciliter les acquisitions

• C'est le temps des changements accélérés, des potentiels à développer ; L'enjeu sera de soutenir la place de chaque acteur familial (de conserver sa place au père au-delà des séparations), de prévenir les situations de maltraitance de la mère et de l'enfant, de permettre l'accès à une compréhension du développement physique et psychologique des enfants.

• La spécificité de cette période est le passage d'une communication intra-familiale à une communication élargie avec les professionnels de la petite enfance. Il s'agit de veiller à la qualité et à l'adaptation des structures de garde collectives et individuelles,

de soutenir les expériences innovantes d'accueil de qualité, de développer les lieux de médiation précoce en cas de difficultés familiales, séparations... sur la base des expériences évaluées, de promouvoir les lieux d'information et d'échanges sur le rôle des parents en cas de difficulté temporaire.

Pendant l'enfance, il est important de saisir le temps de l'école élémentaire et primaire, pour développer une alliance entre la famille et l'école et promouvoir la santé. C'est l'opportunité de :

- Permettre à l'école de jouer son rôle dans l'apprentissage de la vie, de faire que les différents temps de la vie de l'enfant s'enrichissent mutuellement.
- Permettre aux parents et aux enseignants de réévaluer leurs comportements éducatifs, de les aménager si nécessaire, une meilleure prise en compte des situations à risque grave (maltraitance, abus...). il s'agit d'accompagner les compétences parentales
- Revaloriser le bilan de 4 ans, réalisé à l'école maternelle, pour améliorer la prévention précoce des troubles sensoriels et du langage, des difficultés de socialisation, des problèmes affectifs dans le but de contribuer à la réduction de l'échec scolaire.
- Faire évoluer les rythmes scolaires, compte tenu des connaissances scientifiques attestées sur les rythmes physiques, psychologiques et biologiques des enfants, de l'intérêt de donner plus de place aux activités sportives et culturelles.
- Mettre l'accent sur les formations destinées aux enseignants (IUFM), pour faciliter l'écoute des en-

dans leur parcours scolaire bénéficiant d'un quota significatif d'heures consacrées chaque année à l'éducation et à la promotion de la santé, sur la base de programmes validés utilisant des méthodes actives. Impulser une véritable dynamique d'équipe au sein des services médicaux et sociaux de l'Éducation nationale avec une création significative d'emplois d'infirmières et d'assistantes sociales assurant une réponse continue aux besoins des élèves.

- La reconnaissance de la prévention, par la création d'un cursus universitaire spécifique, (licence, diplôme professionnel, docteur) et le développement des activités de recherche.

Dans une période de transition, développer la mise en commun des ressources pédagogiques et le partenariat entre les dispositifs de prévention existants : ministère de l'Éducation nationale, de la

fants, le signalement des situations à problème et la collaboration avec les partenaires médico-sociaux

- *Apporter l'attention nécessaire à l'ergonomie et à la qualité du cadre scolaire pour mettre en cohérence l'environnement scolaire avec les besoins de l'enfant lieux de restauration, aménagement des cours de récréation, ergonomie des mobiliers et des installations sanitaires.*

Au moment de la pré-adolescence et de l'adolescence, pendant les années de collège et de lycée, c'est prendre conscience de la vulnérabilité de ce temps

- Il s'agit de soutenir, contenir, former, maintenir des points de repères, des points de sécurité, proposer des possibilités de prise de risque contrôlé ; c'est accompagner une période de mutation globale, ouvrir des possibilités d'écoute, d'échange, de débats, d'expérimentation.
- C'est faciliter le passage de relais à d'autres adultes référents, favoriser toute la dynamique de transmission par les pairs.
- Conforter chez les adultes la capacité de dédramatiser, de prendre l'initiative de la communication avec les adolescents.
- Promouvoir les approches qui permettent de renforcer l'estime de soi, même en cas de difficultés scolaires. Dans la continuité de l'éducation réalisée pendant les premiers cycles, favoriser l'éducation par les pairs.
- Mobiliser les moyens de la santé scolaire sur le suivi des adolescents en difficulté. Valoriser dans le domaine sportif un encadrement plus éducatif et

ludique que sélectif et compétitif, intégrant dans une dimension préventive et éducative (prévention des accidents) le potentiel des centres médico-sportif.

- *Favoriser des approches innovantes et partenariales en prévention des accidents de la circulation, mettre en place des campagnes de prévention des traumatismes associant spécialistes de la prise de risque, de l'environnement, de l'éducation.*

Plus tard, c'est respecter, aider, orienter les jeunes en phase d'insertion

- *Favoriser à tous niveaux, écoute et expression des jeunes sur leur vie, leurs attentes, leurs espoirs.*
- *Aider l'insertion professionnelle, l'accès au logement des jeunes, sont des conditions déterminantes de leur projet de vie et de santé, en particulier mentale, qui passe par l'estime de soi et la perception d'une utilité sociale.*
- *Proposer des médiations face au développement des conflits jeunes/familles dans les cas nombreux ou les projets des parents sur leurs enfants s'effondrent, du fait des difficultés socio-économiques.*
- *Communiquer sur les réussites des jeunes, leur formidable potentiel de créativité, de réalisation, d'engagement, sous peine de produire une image fortement tronquée de la réalité et fausse de la jeunesse. Même dans les cas de difficulté, les spécialistes mettent en avant la capacité des jeunes à y faire face positivement.*

Recherche et de la Technologie, ministère de l'Emploi et de la Solidarité, secrétariat d'État à la Santé, Caisse nationale de l'assurance maladie des Travailleurs Salariés, Comité français d'éducation pour la santé, Association nationale de prévention de l'alcoolisme, Fédération nationale de la Mutualité française, et grandes associations thématiques nationales...

- L'aménagement d'un dispositif large d'information et d'appui à la population.

Étudier l'organisation de relais santé qui offre « la gamme des services essentiels », largement ouverts sur l'environnement, polyvalents pour les informations dispensées, les tranches d'âges concernées, utilisables par les écoles, les professionnels de santé, les associations.... très généralisés sur le territoire, cofinancés par l'État, les collectivités locales, les régimes de protection sociale.

En 2000, la CNS sollicite à nouveau un renforcement de la prévention et de la promotion de la santé des enfants, des adolescents et des jeunes. Certaines de ses propositions ont déjà été relayées par des politiques publiques sur la santé en milieu scolaire, la lutte contre les pratiques addictives ou la lutte contre le suicide chez les jeunes. Mais beaucoup reste à faire en particulier en termes de **professionnalisme en éducation pour la santé** et de coordination des actions et des acteurs. Il s'agit aussi de développer la faisabilité des interventions à l'échelle régionale. Ces propositions peuvent trouver place dans la loi de modernisation du système de santé en préparation.

proposition 7

La Conférence nationale de santé réaffirme son souhait de voir se renforcer la coordination des actions de prévention et se développer des filières de formation professionnelle à l'éducation pour la santé.

* Diabète type 2 ou non insulino dépendant

En 1998, la Conférence nationale de santé formule des propositions pour le dépistage et la prévention du diabète*, et l'éducation du patient atteint de pathologie chronique

En 1998, la CNS établissait un rapport intitulé « le diabète...pour une meilleure prise en charge de la maladie chronique ». Les propositions ont été rappelées lors de la présentation du Professeur François de Paillerets.

En 1998, la Conférence nationale de santé souligne « la simplicité du dépistage du diabète ».

« Il doit être ciblé sur les sujets à risque, en privilégiant le facteur de risque génétique ; il est rentable avec un coût direct modeste et des retombées humaines et financières conséquentes en cas de prise en charge précoce de la maladie.

« La prévention la plus efficace porte sur ses déterminants et en particulier le comportement alimentaire et l'activité physique. La CNS rappelle alors que la prise en charge du diabétique implique une modification profonde de la relation traditionnelle entre le médecin et le malade. Elle impose une véritable « négociation » où le rôle du médecin est d'aider le patient à gérer lui-même sa maladie et son traitement. Ainsi s'est peu à peu imposé le concept « d'éducation thérapeutique du patient » dont l'efficience humaine et économique est maintenant documentée.

« Le plus urgent est de former à cette démarche éducative ceux qui en ont la charge : médecins, infirmières...et la Conférence a demandé la reconnaissance financière de cet acte éducatif.

« Ces décennies ont été caractérisées par le développement de plus en plus fort de la pathologie chronique, marquant ainsi l'évolution du système de soins. Cette évolution n'est pas encore achevée, ni dans les structures, ni dans les esprits ».

La CNS s'était fixé comme objectif de soutenir le dépistage et la prise en charge des maladies chroniques (cancer, diabète de type 2). Le dépistage des cancers devrait se généraliser (2001 pour le cancer du sein, 2003 pour le cancer du col de l'utérus, 2005 pour le cancer du colon). Les réseaux en cancérologie et diabétologie se développent. Mais, en 2000, la CNS « souhaite soutenir les travaux effectués par la direction générale de la Santé et la direction des Hôpitaux » et demande une nouvelle fois le développement de l'éducation thérapeutique du patient.

proposition 8

La Conférence nationale de santé souhaite voir se renforcer l'éducation thérapeutique du patient ; elle souhaite la diffusion des pratiques professionnelles éducatives à l'ensemble des futurs intervenants du domaine de la santé. Elle souhaite que soient expérimentés, puis généralisés des modes d'allocations de ressources spécifiques en ville et à l'hôpital.

En 2000, la Conférence nationale de santé rappelle l'intérêt de développer la prévention et l'éducation, dans une approche de promotion de la santé

Le thème de la prévention est consensuel, mais derrière les mots se dessinent des approches très différentes, comme le montrent, par exemple, les contributions émises lors des Etats généraux de la santé. Pour les uns, la prévention et l'éducation pour la santé doivent être injonctives et portent sur la réglementation et la communication. Pour les autres, elles doivent favoriser la capacité des individus à faire des choix éclairés et respecter ces choix individuels. C'est pourquoi, la priorité transversale définie en 1996 lors de la première Conférence nationale de santé « donner des moyens à la promotion

de la santé et à son évaluation », en référence à la Charte de l'OMS, est toujours d'actualité.

Cette Charte d'Ottawa (21 novembre 1986) précise que la promotion de la santé ne relève pas seulement du secteur sanitaire ; elle dépasse les modes de vie sains pour viser le bien-être. Intervenir en promotion de la santé, c'est :

- élaborer des politiques pour la santé,
- créer des environnements favorables,
- renforcer l'action communautaire,
- acquérir des aptitudes individuelles,
- réorienter les services de santé.

Dans cet esprit, développer la prévention et l'éducation pour la santé nécessite pour la CNS de travailler plus avant sur les déterminants comportementaux et environnementaux de la santé, et d'approfondir des éléments tels que :

- la morbidité et la mortalité évitable,
- l'intervention sur l'ensemble des étapes chronologiques d'une pathologie,
- le service médical rendu, les stratégies efficaces et efficientes,
- l'optimum recherché sur le résultat collectif pour la santé,
- en n'oubliant pas que l'optimum collectif de santé, n'est pas en la matière équivalent à la somme des résultats individuels.

Il existe une forte attente de l'ensemble des intervenants en prévention pour mieux définir, mieux comprendre, mieux agir dans ce domaine. L'émettement des acteurs nationaux ou locaux, opérateurs, financeurs et publics cibles n'est pas synonyme d'efficacité. Pour mener à bien une analyse du système actuel, il s'agit d'abord de savoir qui fait quoi ? et où ?

Pour réaliser un état des lieux des questions qui se posent le plus fréquemment aux acteurs impliqués dans ce secteur, un groupe de travail de la CNS a procédé en février 2000 à l'audition* de plus d'une vingtaine de responsables institutionnels dans le champ de la prévention, représentant des instances nationales, régionales ou locales et des intervenants du milieu associatif. Schématiquement, six espaces ont été repérés en première analyse :

- les Fonds nationaux affectés à la prévention (FNPEIS,...),
- l'éducation et la promotion de la santé avec le réseau du CFES... et d'autres réseaux associatifs (UFCS, Familles rurales,...) ou nais-sants (Urcam,...),
- la prévention engagée par l'État avec ses différents ministères (Santé, Jeunesse et Sports, Ville, Éducation nationale, Justice, Transports, Agriculture,...),
- la prévention associée aux programmes menés par les collectivités locales,
- les dispositifs institutionnels dédiés à la prévention : protection maternelle et infantile, service de promotion de la santé en faveur des élèves, médecine du travail,
- la prévention secondaire, associée aux actes de dépistage, financée dans le cadre de l'Ondam.

Ces auditions ont permis de mettre en évidence des axes de ré-

* Le compte rendu de ces auditions est reproduit en annexe 2.

flexion et des pistes d'action sur les représentations culturelles, l'information des usagers, la formation des professionnels, la répartition territoriale des activités et des compétences, la cohérence entre les instances et le financement des activités de prévention. Les observations les plus souvent formulées sont présentées ci-dessous ; elles mettent en relief certains obstacles au développement de la prévention.

Des difficultés conceptuelles

La prévention tente de retarder l'apparition d'événements plus ou moins bien définis. Il s'agit de s'opposer à des risques individuels à partir d'une analyse épidémiologique de groupe. Ce n'est pour l'individu qu'un risque potentiel, car il n'intervient pas immédiatement et se pose à long terme. Prévenir revient à agir sur une multiplicité de facteurs interactifs, dont on ne sait jamais s'ils sont les bons déterminants. C'est pourquoi il est ardu de tenter d'évaluer la prévention.

La prévention est à la fois perçue comme proche de la précaution (sorte de prévention radicalisée entretenant parfois l'illusion du risque zéro), ou proche de la promotion de la santé. Cette dernière intègre une dimension éducative dans la prévention.

La prévention et les déterminants de santé

La prévention en France s'est développée de manière marginale et dans l'ombre de la médecine curative. La prévention implique la prise en compte de la durée ; elle suppose donc pour chaque individu, un projet de vie construit sur une vision du long terme. Dans un environnement hautement médiatisé, la santé est devenue une valeur à part entière, mais le concept « d'évitabilité » est mal assimilé. Les comportements individuels à risque (éventuellement source de plaisir) ne sont pas nettement en recul.

Solidarité, citoyenneté, c'est l'affaire de tous ! Beaucoup d'énergie est mise pour venir en aide aux personnes en situation de précarité. Comment agir sur les éléments à l'origine de ces situations ? Les écueils sont nombreux, philosophiques, idéologiques. La prévention en ciblant ses objectifs sur les déterminants environnementaux (activité professionnelle par exemple) et comportementaux à l'origine des situations de précarité est ici facteur de correction des inégalités de santé.

Apprendre à échanger, apprendre à transmettre les informations

L'univers de la prévention est un monde complexe et multiforme. La prévention médicalisée constitue la dimension « bien identifiée » de la prévention (dépistage, vaccinations, etc.) ; il s'agit d'actes proposés en cabinet médical et pour lesquels le médecin est à l'aise, puisqu'il adhère à ce type de prévention. Elle se différencie de la prévention éducative « plus floue ». Comment faire pour agir sur les comportements, en particulier les comportements sources de plaisir ?

Dire un message sans heurter, faire passer un message adapté,

aux âges de la vie et à la place de chacun ! L'information est un outil situé au cœur du dispositif de prévention. Elle consiste à faire comprendre aux individus qu'ils peuvent résoudre eux-mêmes une part de leurs problèmes, sans le recours systématique à la médecine curative.

Prise sous cet angle, l'information doit être validée scientifiquement, en tant qu'outil technique de prévention, et faire l'objet d'un prolongement pédagogique. Le processus de transmission des contenus pédagogiques, c'est-à-dire la manière dont on rend opérationnels les documents de prévention et d'éducation revêt un rôle considérable.

Transmettre de l'information n'est pas toute la prévention. Permettre à chacun de s'approprier cette information et d'acquérir une autonomie pour transformer cette connaissance en savoir-faire est une étape importante. Nos concitoyens réclament un accès plus facile à l'information sanitaire mais ils souhaitent aussi devenir acteurs de leur santé. La formation des familles est à prendre en considération. Il faut apprendre les modes de communication avec les enfants et la vigilance aux adultes de proximité. Il s'agit de donner aux parents, mais aussi aux médecins et aux enseignants un certain nombre d'outils d'informations à partir desquels ils trouveront eux-mêmes les mots et la compétence éducative adéquate. Apprendre à échanger est finalement une étape de premier plan dans l'extension de la prévention.

Les médecins sont peu formés à la relation individuelle en matière de prévention. L'intrication de diverses activités dans l'acte de consultation a tendance à noyer la prévention. Cette dernière n'est pas réellement repérée et conceptualisée. Elle ne peut donc devenir un volet d'action à part entière. L'enjeu actuel est de transformer un champ d'activité mal formalisé en un champ cohérent.

Développer le professionnalisme

Contrairement à une idée reçue, être professionnel de santé ne signifie pas être compétent en matière de prévention ou d'éducation. Avoir des compétences pour les soins est une chose, en acquérir pour mener des actions de prévention ou d'éducation pour la santé en est une autre. Développer ces disciplines implique la présence d'opérateurs formés sur le terrain. Or, on manque à la fois de professionnels de santé formés à l'éducation individuelle du patient et de professionnels sachant monter des projets pour une population, bâtir des dossiers, évaluer le travail accompli. La diversité des formations initiales des intervenants dans ce secteur est une richesse, mais elle complique la mise en place de formations complémentaires relatives aux pratiques en prévention ou en éducation. Dans ce domaine, il n'existe donc pas à ce jour de véritable politique de formation continue ou initiale.

En Europe du Nord, l'éducation pour la santé est bien implantée. La prévention est institutionnalisée sous forme d'affectation de financements et d'instances d'évaluation indépendantes des acteurs

de la prévention. Elle a même ses lettres de noblesse dans le domaine universitaire. La recherche y est fortement encouragée et les chercheurs y sont clairement identifiés. En France, la prévention a besoin d'un effort en matière de recherche et de méthodologie. Il est difficile d'identifier les chercheurs français qui travaillent dans ce domaine.

À la recherche de la cohérence

Organisation, programmation, segmentation, territoire... La multiplicité des décideurs, la multiplicité des priorités et la multiplicité des initiatives, bien que cette dernière soit un signe de richesse, posent problème et entravent en dernier ressort la prévention. Il manque une base juridique d'origine législative pour poser les limites d'un territoire d'action en matière d'éducation pour la santé. Différents niveaux sont concernés : départements, établissements scolaires, cabinets médicaux, établissements hospitaliers, etc. Il ne s'agit pas d'instaurer un grand service public pour la santé, mais d'organiser un minimum d'obligations quantitatives et qualitatives.

L'éducation à la santé n'est pas conçue comme un service structuré sur un territoire donné et reposant sur des normes qualitatives et quantitatives précises et communes à toutes les instances d'éducation. Trop de campagnes sont lancées alors que personne ne sait vraiment si elles auront une incidence sur les indicateurs de santé, tant la pauvreté technique et culturelle des méthodes d'évaluation est grande selon les acteurs auditionnés.

La prévention est peu présente dans les contrats signés entre l'État et les caisses, entre les caisses et les médecins libéraux, entre les agences régionales de l'Hospitalisation (ARH) et les établissements. Ainsi les ARH devront être appelées à collaborer avec l'URML, les caisses d'assurance maladie et les conférences régionales de Santé. Une solution consisterait à simplifier les procédures de déconcentration et à renforcer les dispositions contractuelles.

La création du Fonds national de prévention d'éducation et d'information sanitaire en 1988 a constitué un progrès en structurant le financement public. Il existe un Comité national de prévention chargé d'harmoniser les relations dans ce domaine entre l'État et l'assurance maladie. Ce Comité a déjà défini plusieurs axes de réflexion dont la vaccination, le dépistage du cancer et les Programmes régionaux de santé. Son rôle est encore à construire et à consolider.

La prévention a besoin d'un cadre stable et structuré. Les acteurs de santé publique attendent la nécessaire mue vers la professionnalisation de ce champ d'activité. Une approche plus méthodique suppose une culture, des moyens, un statut approprié pour les professionnels de la prévention et, naturellement, des initiatives concrètes. La création d'une agence nationale de prévention est peut-être un pas de plus à effectuer sur ce chemin.

Les obstacles sont économiques

Pour la prévention et l'éducation pour la santé les moyens financiers sont réduits. À l'inverse, certains produits comme l'alcool ou le tabac, mobilisent des filières industrielles et commerciales gigantesques.

Prioriser, financer, évaluer

Les priorités de santé publique doivent s'imposer aux acteurs que sont les professionnels libéraux, mais aussi les organismes de la Sécurité sociale, les ARH pour qu'elles puissent jouer leur rôle d'aiguillon pédagogique auprès des établissements hospitaliers, et les incitent à faire de la prévention. Les priorités sont multiples ; mais il n'y a pas de priorité qui s'impose en matière de prévention et de gestion du risque. Il est important de rappeler la possibilité de renforcer les approches transversales et d'y replacer les approches ciblées sur certaines populations ou thématiques.

À l'échelle nationale il manque une vision transversale de l'ensemble des financements de la prévention. Le système de financement est effroyablement complexe : les structures consacrées à la prévention sont financées par l'État, par l'assurance maladie tandis que d'autres encore le sont par la politique de la ville. Le système de financement de la prévention est segmenté. Les enveloppes allouées ici ou là sont étanches et sans lien les unes avec les autres. Mais l'enjeu est moins de dégager une enveloppe nationale à décliner régionalement (même si cela demeure possible pourvu que les programmations soient accomplies) que d'en avoir une visibilité claire. Il ne s'agit pas de faire vivre la prévention à coup de subventions.

La Conférence nationale de santé souligne l'importance de développer de manière significative la prévention et l'éducation pour la santé, notamment en mobilisant les fonds actuellement dispersés, au moyen de méthodes reconnues tant sur le plan éthique que sur le plan de l'efficacité. Parallèlement à cette augmentation des moyens, elle demande la création d'une activité d'expertise et d'évaluation.

proposition 9

La CNS souhaite

- **Porter une attention particulière aux affections qui pourraient faire l'objet d'un dépistage et d'une prévention argumentée, à l'image du diabète.**
- **Déterminer parmi les problèmes de santé évitables les plus fréquents en France, ceux qui sont le plus accessibles à des stratégies d'actions en amont des soins ou à des prises en charge précoces avant toute manifestation symptomatique.**
- **Évaluer pour ces problèmes les ressources consacrées actuellement aux différentes stratégies d'interventions possibles.**

Mieux définir l'articulation entre approche individuelle et collective

Les moyens de la médecine scolaire encore insuffisants, la faiblesse des ressources affectées à la Protection maternelle et infantile, la complexité de gestion de la médecine du travail, les moyens affectés aux examens de santé de la sécurité sociale, tels sont les éléments visibles à ce jour caractéristiques de notre histoire de prévention institutionnelle. La profusion des textes instaure des situations quelquefois profondément contradictoires.

Selon les départements, les missions des services de la protection maternelle et infantile sont écartelées entre rester un service ouvert à toutes les mères et leurs jeunes enfants, ou devenir un service de santé pour les enfants accueillis par l'aide sociale à l'enfance, ou encore devenir un service de prévention à base territoriale pour l'ensemble de la population quelque soit l'âge, et en particulier les familles en situation de précarité.

Dans le cadre de la médecine du travail, l'État s'est quelque peu désengagé et a confié aux employeurs des pans entiers de prévention. La médecine du travail n'est pas dotée d'une organisation structurée et transversale permettant d'encadrer les personnes travaillant dans ce secteur, pas plus que d'un organisme de surveillance. Les sources de conflits d'intérêts entre employeurs et salariés sont multiples et se faisant limite l'impact de la médecine du travail.

En milieu scolaire, des difficultés sont liées aux conflits d'intérêts entre la confidentialité vis-à-vis des personnes et la responsabilité collective. Il en est ainsi par exemple de la déclaration de violence sexuelle intra-familiale subie par une adolescente : Informer le procureur en accord avec l'adolescente ne pose pas de problème. Informer le chef d'établissement est contraire à la déontologie du professionnel.

Dans l'ensemble de ces espaces institutionnels, ces conflits d'intérêts bloquent les avancées de la prévention et de ses effets. Des repères sont à actualiser ou à reformuler pour préciser ce qui doit être fait dans l'intérêt des bénéficiaires d'une part et ce qui relève de la responsabilité collective des intervenants d'autre part. Dans cet esprit :

proposition 10

La CNS souhaite :

- **Voir mieux définie l'articulation entre approche individuelle et collective.**
- **Préciser les conditions éthiques de leur mise en œuvre par une réflexion pluri-institutionnelle, de manière à faire émerger des pratiques consensuelles, qui respectent la dignité des personnes et les déontologies professionnelles.**

L'accès à des soins nécessaires de qualité

Le panier des biens et services, le panier des soins

« Le système de santé français, comme celui de l'ensemble des pays développés, va se trouver confronté à des forces puissantes d'expansion du champ de la santé, de développement des techniques disponibles pour l'exercice de la médecine et d'évolution de la morbidité. Ces dynamiques des besoins de santé représentent autant de défis pour la solidarité. Notre pays saura-t-il faire face dans des conditions économiquement et socialement satisfaisantes à ces enjeux des vingt prochaines années avec des principes d'organisation et des modes de régulation qui, pour l'essentiel, restent les mêmes qu'il y a vingt ans ? ». C'est ainsi qu'à partir d'un mandat confié au groupe de réflexion présidé par Raymond Soubie, un diagnostic sur les devenirs possibles du système de santé français à l'horizon 2010 a été formulé.

Les besoins de santé : des dynamiques qui sont autant de défis pour la solidarité

« Avec les évolutions de la morbidité, le vieillissement de la population, les modifications des modes de vie et des problèmes sociaux, les dynamiques des besoins de santé paraissent s'imposer au système. Elles sont appuyées par les comportements des usagers et plus ou moins bien relayées par l'innovation technologique.

« Les différentiels importants de mortalité entre groupes sociaux, un taux de chômage élevé, le développement du travail précaire, la régulation spatiale de groupes de population et toutes les formes d'exclusion économique et sociale contribuent encore à mettre le système de santé sous tension : non seulement des aspects pathologiques sont associés à ces situations d'exclusion sociale (tuberculose, ...), mais elles peuvent occasionner des comportements aux effets directs sur la santé (toxicomanie, ...).

« Les avancées de la recherche en biologie vont renforcer les exigences individuelles et sociales de santé, très en amont des processus morbides avec le développement de la « médecine de prédiction », tandis que, au cœur du système curatif, les performances des techniques médicales ne peuvent que s'améliorer (biotechnologies), les processus être encore écourtés (chirurgie ambulatoire,...).

« Les évolutions technologiques d'ores et déjà connues s'orientent ainsi vers la satisfaction des demandes médicales très techniques dans le système biomédical, absorbant une part croissante de ressources ; mais ceci sans anticiper pleinement les bouleversements que vont provoquer la biologie et, au détriment sans doute des besoins plus médico-sociaux liés à la prise en charge des personnes atteintes de déficiences.

« Quant aux usagers, ils sont aussi de plus en plus nombreux, notamment les malades chroniques, à attendre de la médecine qu'elle leur permette de vivre insérés socialement malgré leur difficultés de santé, déstabilisant ainsi le modèle traditionnel de prise en charge médicale et les relations médecin/malade. Les usagers s'organisent et font collectivement pression pour mobiliser professionnels et chercheurs sur leurs problèmes. »

L'organisation, la régulation et le financement du système : l'impossible statu quo

« À niveau technologique identique, certains pays qui privilégiennent l'investissement économique, l'épargne, la cohésion sociale obtiennent de meilleurs résultats. En effet, l'accroissement non maîtrisé des dépenses de santé constitue un ponction lente et inéluctable sur la richesse globale du pays ; tandis que d'autres dépenses collectives que les dépenses médicales peuvent être plus productrices de santé. Ainsi, les pays qui obtiennent de meilleurs résultats d'espérance de vie, sont souvent ceux où les écarts de revenus sont faibles. Lutter contre le chômage, s'atteler à compenser des situations d'exclusion et de handicap en matière de logement ou de cadre de vie pourrait donc avoir plus d'effet sur la santé qu'investir dans des programmes technologiques très lourds.

« La très grande liberté des usagers et des producteurs des soins a un coût... Coûteuse aussi l'extrême centralisation du système qui crée des rentes de situation ou de financement et là des phénomènes de rareté ou de pénurie.

« Centralisée, la régulation est toujours sectorielle ; le cloisonnement des décisions, des financements, des dispositifs juridiques a rendu impossible la mise en place de systèmes de régulation, démocratiquement élaborés, négociés et acceptés des partenaires. Dès lors, comment ne pas redouter que nous soyons collectivement fort démunis pour faire face aux échéances de long terme, et assurer de façon satisfaisante les choix médicaux, technologiques, financiers et sociaux qui s'imposeraient ? »

Solidarité nationale renforcée, régulation locale accrue : un modèle pour 2010

« Le modèle suggéré, dont les lignes directrices rejoignent les projets de réformes engagés dans plusieurs pays européens, repose sur six principes généraux :

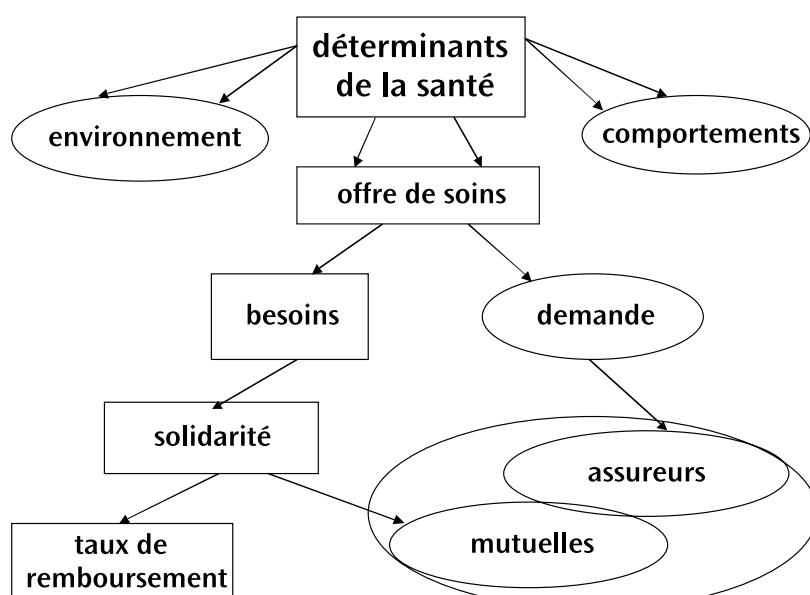
- réaffirmation de la solidarité nationale comme principe fondateur de l'assurance maladie ;
- clarification des rôles respectifs de l'État et de l'assurance maladie et renforcement du débat démocratique sur les finalités du système des soins ;
- régulation locale de l'offre de soins et financement des services selon les besoins de la population ;
- décloisonnement des différents intervenants, exigence de résultats ;
- recherche des modes d'organisation de l'offre de soins adaptés aux évolutions prévisibles des besoins ; invention des modes de financement incitant à l'efficience ;
- protection des libertés des personnes et des professionnels.

Il est probable que notre système ne saura pas faire l'économie de révisions profondes en ces domaines à l'horizon des vingt prochaines années sauf à courir le risque de laisser énergies, talents et compétences individuelles se déployer en pure perte dans un système aux règles du jeu inadaptées. »

La réunion tenue à Poitiers à la fin du premier semestre 1999, a été l'occasion pour les 78 membres de la Conférence nationale de santé de souligner leur volonté de conduire une réflexion ambitieuse sur notre système de soin.

L'approche proposée résulte d'un raisonnement en trois étapes, résumé dans le schéma ci-joint :

- la prise en charge des problèmes de santé (source de mortalité ou de morbidité) peut schématiquement se faire par une action sur les déterminants (comportementaux et environnementaux) et relève d'interventions majoritairement hors du champ de responsabilité du seul ministère de la santé, ou par une action précise de l'offre de soins (curatifs, préventifs et de réadaptation) ;
- les soins peuvent être fonction des seuls besoins des person-



nes malades, et les réponses à ces besoins sont définies précisément dans le cadre d'un « panier de soins » ; des soins peuvent être aussi fonction de la demande (par nature illimitée) d'une clientèle, selon les règles du marché :

– les besoins peuvent être couverts par la solidarité dans le cadre d'un Objectif national de dépenses d'assurance maladie (Ondam), ou être pris en charge hors de l'Ondam, (en tout ou partie) par les consommateurs ou des assureurs complémentaires.

Les questions du Haut Comité de la santé publique

Le Professeur Gilles Brücker au nom du Haut Comité de la santé publique* introduit la réflexion de la CNS, avec quatre questions :

- Pourquoi un panier de biens et services ?
- Qui va définir les modalités d'inclusion des biens et services dans ce panier ?
- Qui « porte » le panier et le prend financièrement en charge ?
- Comment accéder à ce panier ?

L'évolution des dépenses de santé a mis en évidence depuis plusieurs années, que s'il faut effectivement des soins pour tous, cela ne peut concerner tous les soins, tout au moins si l'on considère les soins pris en charge au titre de la solidarité nationale.

Une analyse des modalités de construction progressive du « panier de biens et services » en France montre que les logiques qui prévalent, en termes de santé publique, pour justifier ou faire comprendre la situation actuelle, sont à peu près invisibles. Son élaboration au fil du temps a conduit à des incohérences ou à des lacunes. Deux questions se posent : quels biens et quels services seront inclus dans le panier de biens et services, et qui va payer ?

L'expérience de certains systèmes étrangers enseigne que l'élaboration du panier de biens et services résulte d'un partage de responsabilités entre les différents acteurs, en fonction des rôles que le système de santé leur attribue et de la conception de la justice sociale qui prévaut. Il est donc important de pratiquer un retour sur les valeurs de notre société : équité, solidarité, et liberté.

Pour définir des soins essentiels, accessibles, et pris en charge à 100 %, il est essentiel de se référer autant que faire se peut à des critères d'utilité, de besoin, d'efficacité ou d'efficience. Ils n'ont pas toujours été présents, car il n'était pas toujours possible de disposer d'évaluations scientifiquement correctes du service rendu par certains médicaments ou dispositifs. Il doit s'agir d'un panier de santé incluant l'action sur les déterminants de la santé.

Au fil des années, il s'est construit deux types de panier : un panier implicite, sans réelle définition de contenu, pour les soins et activités en milieu hospitalier, et un panier explicite, fondé sur l'admission d'un bien ou d'un service dans une liste, qu'il s'agisse des médicaments admis au remboursement, ou des prestations décrites par la nomenclature générale des actes professionnels.

La détermination du panier de biens et services pose la question du champ de prise en charge, de l'implication de la variabilité de

* Le panier de biens et services de santé, première approche. Rapport du HCSP à la CNS 2000.

ce champ, et de sa mise à jour (entrée et sortie du panier), compte tenu de l'évolution des techniques médicales et des attentes que ces dernières génèrent.

Le rapport du HCSP souligne que le ticket modérateur n'a d'effet observé que sur les populations à faible ressource, que la CMU laisserait sans couverture complémentaire 10 % de la population, que les critères de remboursements des médicaments devraient être l'image de la qualité, et répondre à des critères de santé publique, et que des outils d'évaluation devraient être capable de mettre en relation les besoins de santé, les réponses du système de santé et l'impact mesurable sur la santé.

Les débats de la CNS

Des auditions sous la conduite de Claude Maffioli et François Peigné, ont permis de cerner plus avant certains des enjeux qui ont été repris au cours des ateliers et débats en séance plénière.

Qu'est ce que le panier de biens et services ou le panier de soins ?

Quand on parle de « panier de soins », le PBS est synonyme de prise en charge financière des actes de soins (ou d'une partie des actes). Il s'agit de choisir entre plusieurs biens ou services utiles. Il s'agit en fait de choisir « politiquement » et « démocratiquement » entre ce qui est utile et ce qui est moins utile, en se référant en partie aux « dires d'experts » et à l'efficacité appréciée par des démarches d'évaluation. Le choix politique (au sens de renoncer à quelque chose) doit s'appuyer sur la définition de priorités, tout en prenant en compte le fait que le progrès médical amènera de plus en plus souvent à choisir entre plusieurs techniques ou procédures efficaces.

La frontière entre ce qui doit être remboursé et non remboursé n'est pas objective. Il faudra prendre en charge en cas de doute, c'est là un enjeu éthique, cette zone grise où se gère notamment le progrès médical.

La CMU définit une dépense et ne définit pas un panier de biens et services. L'explicitation du panier prévu pour cette dépense est en cours. De façon paradoxale, l'accès à la couverture complémentaire dépend encore de la situation professionnelle, alors que la CMU introduit une dissociation entre activité salariée et prestation sociale.

La décision politique repose sur des critères médicaux, mais aussi sur des critères sociaux et culturels ; elle tiendra compte des spécificités régionales.

Quel rôle pour l'État, les assureurs complémentaires et les organismes de sécurité sociale ?

Le PBS doit être défini au plan national. C'est à l'État de décider des objectifs de soins, de santé et des priorités. Le champ de la prévention n'a pas été investi par les couvertures complémentaires. La

prévention au sens économique implique la prise en compte de la durée. La prise en compte de la durée est pratiquement incompatible avec la notion de concurrence. Ouvrir le « panier de soins » à la prévention suppose des nouveaux modes de rémunération.

Les régimes complémentaires n'interviennent que très marginalement sur l'hospitalisation, mais couvrent une bonne part des soins ambulatoires. Les remboursements obligatoires interviennent à hauteur de 70 % en moyenne, et schématiquement « 100 % pour l'hôpital, 50 % (42 % en réalité) pour l'ambulatoire et 0 % (quelques % en réalité) pour la prévention ». Les complémentaires se sont bâties sur les désinvestissements progressifs de la sécurité sociale de base.

Par le jeu historique des groupes professionnels, il y a de fait une gestion sélective des risques : les populations couvertes par les mutuelles ne sont pas identiques. Les débats sur la non « assurabilité » doivent être ouverts et explicités.

Avec l'harmonisation européenne, existe-t-il des repères implicites ?

En principe, le remboursement des soins relève de l'autonomie nationale. Le sujet « Panier des soins » ne relève donc pas de la compétence européenne.

Elle peut en relever indirectement, notamment à travers l'euro et les politiques de convergence européenne. L'harmonisation des politiques économiques, l'harmonisation des politiques fiscales et par conséquent des niveaux de prélèvement obligatoires et de protection sociale, contraignent les états membres à aborder ces questions.

Les résultats des politiques de santé sont de plus en plus l'objet de **comparaisons**. Les systèmes d'information sur la santé se développent, permettant la comparaison des résultats en matière de santé. Les pays s'influencent mutuellement. Il se développe dans chaque pays de nombreuses banques sur les **référentiels** de bonnes pratiques. Il serait intéressant de pouvoir comparer les critères d'inclusion ou d'exclusion dans le PBS de différents pays, les différents mode d'exercice, l'investissent dans la prévention, etc.

Avec la circulation des biens et des personnes, le sujet PBS peut être abordé, notamment par l'intermédiaire des décisions de la **Cour de justice européenne**. Certaines décisions amènent bien à la comparaison des PBS respectifs.

Les organismes de remboursement des soins

Les débats avec les responsables des organismes de remboursement des soins* ont permis de préciser certains points.

Le panier de soins existe : il est implicite ; explicitons-le. Déterminons le champ du possible : il y a pluri-légitimité d'acteurs et de critères. Il a une vertu pédagogique, avec le mérite de clarifier la situation actuelle, et d'introduire des systèmes alternatifs au système actuel, à la lumière des dysfonctionnements observés. Son acceptabilité dépendra de ce qui est « dehors et dedans ».

Le panier de soins est un volume résultant du croisement de

- * • La Cnamts fut représentée par son président, Monsieur Spaeth.
- La MSA par sa présidente, Madame Gros.
- La Canam par son médecin conseil national, le Professeur Claudine Blum
- La FNMF par son directeur, Monsieur Bancel
- La FFSA par Monsieur Alain Foulon

plusieurs facteurs ; selon la prise en charge financière, il peut être une base remboursable à 100 %, une enveloppe faisant intervenir une base et une complémentaire, ou enfin une prestation marchande prise en charge selon la loi du marché dès le premier franc. Eventuellement peuvent être pris en compte des comportements attendus dans le champ préventif et éducatif.

Une pertinence sanitaire et sociale doit présider à l'allocation des ressources. C'est donc un débat politique, sur une politique de santé publique (et de sécurité sanitaire) pour notre pays. C'est un facteur de rationalisation des choix ; c'est un objectif de justice sociale. Il s'agit d'évoluer du droit aux soins (et pas à la santé) vers le droit des individus, fondé sur des choix médicaux. Le panier de soins associe ce qui relève de l'assurance maladie et des couvertures complémentaires. Il doit évoluer régulièrement.

Les priorités de santé publique sont des objectifs à atteindre ; les soins en sont un des éléments ; la prévention aussi, mais elle est peu soutenue par les modes actuels de rémunération (la prévention non prise en compte dans la nomenclature n'existe pas). En dehors de ce qui est médicalement efficace, l'utilité sociale ou le droit pour le citoyen restent ce qui est de l'ordre du débat politique. Remboursé ou non, la qualité doit être au rendez-vous.

Il faut sortir de la logique de sédimentation, pour entrer dans une logique d'adaptation. Il existe peut-être plusieurs paniers de soins : le panier de base est la CMU mais les critères d'affiliation à l'assurance maladie demeurent prépondérants et doivent être à définition nationale, les deux autres sont le panier de soins universel et le panier du marché dont les contenus et les remboursements diffèrent.

Les débats conduisent les membres de la CNS à faire deux propositions

Si la France ne dispose pas encore de l'ensemble des stratégies nécessaires à une véritable politique de santé, elle se caractérise par un système de santé où il existe une multiplicité de décideurs, de financeurs, d'acteurs, de structures et de processus.

Au fil des réformes, les strates se sont additionnées les unes aux autres ; elles rendent le dispositif global de plus en plus confus et opaque pour la population comme pour les professionnels. Cette situation favorise les logiques institutionnelles, contribue à la dispersion des moyens et se traduit par des pertes considérables d'efficacité. Même en cas de maladie, la stratégie actuelle fondée sur le système de soins n'est sans doute plus en mesure d'atteindre sa pleine efficacité.

La Conférence nationale de santé souligne l'importance de la réflexion menée sur le concept de « panier de soins » remboursables, incluant les domaines curatifs et préventifs. La CNS s'est félicitée du dossier introductif réalisé par le Haut Comité de la santé publique.

À ce stade, un enjeu majeur est le développement des systèmes d'information pour l'évaluation du système de soins. Il apparaît en

effet un net déséquilibre entre la production d'informations dédiées aux planificateurs et la faiblesse des travaux sur l'évaluation des besoins de santé de la population. C'est pourquoi :

proposition 11

La Conférence nationale de santé décide de poursuivre le travail sur les différentes étapes de l'élaboration du panier de soins, et sur les champs de responsabilisation des différents acteurs.

La CNS propose d'impulser dans les années futures, la réalisation de travaux sur l'évaluation des besoins de santé de la population. L'élaboration rationalisée d'un panier de soins remboursables nécessite de disposer d'outils d'information performants.

Un développement décisif consistera à pouvoir décrire, non plus les séjours et les actes, mais des itinéraires thérapeutiques, en renversant l'angle de description du prestataire de soins vers le patient. Ce recentrage sur le malade/client du système de soins est inscrit dans le développement des réseaux et des filières de soins et demandé par les usagers. C'est pourquoi :

proposition 12

La Conférence nationale de santé propose de commencer, à partir d'exemples de maladies chroniques ou graves de type affection de longue durée (ALD), par une description des dépenses engagées à chaque étape de l'histoire naturelle d'une maladie (phases préventive, curative et de réadaptation). Il s'agit de produire une information transversale aux approches sectorielles traditionnelles.

En conclusion, il faudra rendre plus explicite la répartition des financements entre l'assurance maladie, l'État pour les politiques publiques, et les collectivités territoriales en fonction des choix territoriaux. Il faut travailler à la définition du contenu du panier de soins, aux stratégies de révision de son contenu, et à la prise en compte des politiques de prévention. Pour ce faire, produisons l'information nécessaire.

Propositions de la CNS 2000

Réduire les inégalités de santé intra et interrégionales

- | | |
|---------------|---|
| proposition 1 | Proposer que soit voté cette année par le Parlement, pour être mis en application en 2001, le principe de l'enveloppe transversale spécifique aux actions de santé, déjà adopté par la conférence en 1999 ; elle attire l'attention des pouvoirs publics et des parlementaires sur la nécessité de fixer en conséquence le taux de l'Ondam.
La Conférence nationale de santé propose que soient dynamisées des actions régionales et locales répondant aux besoins des populations, en renforçant leur financement, de manière cohérente et convergente par une « mutualisation » des fonds, entre l'Ondam, les fonds de prévention existants, les contributions possibles des collectivités territoriales et de l'État. |
| proposition 2 | Soutenir la mise en place des « réseaux » selon des modalités juridiques suffisamment souples pour s'adapter aux réalités locales, et laisser l'initiative aux professionnels concernés.
La Conférence nationale de santé souhaite voir se développer des processus concertés avec les professionnels de santé comportant des incitations et des limites à l'installation dans des zones géographiques données, et/ou face à des situations particulières de besoins. |
| proposition 3 | Soutenir et poursuivre la mise en place de la CMU, en prenant en compte toutes les situations individuelles. À cette fin, évaluer l'impact de l'ensemble des effets de seuil s'avère nécessaire. |

Promouvoir la région, les Conférences régionales de santé et les Programmes régionaux de santé

- | | |
|---------------|--|
| proposition 4 | La Conférence régionale de santé doit avoir les moyens de s'organiser pour proposer de nouvelles priorités de santé, en référence aux priorités nationales et aux réalités régionales (sans négliger les particularités locales). Elle doit continuer à se prononcer sur la mise en place des Programmes régionaux de santé. |
| proposition 5 | Le Comité régional des politiques de santé doit devenir l'instance décisionnelle et opérationnelle de la Conférence régionale de santé. Il est l'instance chargée d'assurer le suivi au long de l'année des priorités déterminées par la conférence régionale de santé. Il doit être chargé, en particulier, de rechercher les moyens humains et financiers affectés à la mise en œuvre des PRS. |
| proposition 6 | Les Programmes régionaux de santé sont invités à généraliser une démarche de définition d'objectifs évaluables en termes de santé pour les populations concernées. |

Renforcer la prévention par la promotion de la santé

proposition 7	La Conférence nationale de santé réaffirme son souhait de voir se renforcer la coordination des actions de prévention et se développer des filières de formation professionnelle à l'éducation pour la santé.
proposition 8	La Conférence nationale de santé souhaite voir se renforcer l'éducation thérapeutique du patient ; elle souhaite la diffusion des pratiques professionnelles éducatives à l'ensemble des futurs intervenants du domaine de la santé. Elle souhaite que soient expérimentés, puis généralisés des modes d'allocations de ressources spécifiques en ville et à l'hôpital.
proposition 9	La Conférence nationale de santé souhaite <ul style="list-style-type: none">• Porter une attention particulière aux affections qui pourraient faire l'objet d'un dépistage et d'une prévention argumentée, à l'image du diabète.• Déterminer parmi les problèmes de santé évitables les plus fréquents en France, ceux qui sont le plus accessibles à des stratégies d'actions en amont des soins ou à des prises en charge précoces avant toute manifestation symptomatique.• Évaluer pour ces problèmes les ressources consacrées actuellement aux différentes stratégies d'interventions possibles.
proposition 10	La Conférence nationale de santé souhaite : <ul style="list-style-type: none">• Voir mieux définie l'articulation entre approche individuelle et collective.• Préciser les conditions éthiques de leur mise en œuvre par une réflexion pluri-institutionnelle, de manière à faire émerger des pratiques consensuelles, qui respectent la dignité des personnes et les déontologies professionnelles.

L'accès à des soins nécessaires de qualité

proposition 11	La Conférence nationale de santé décide de poursuivre le travail sur les différentes étapes de l'élaboration du panier de soins, et sur les champs de responsabilisation des différents acteurs. La CNS propose d'impulser dans les années futures, la réalisation de travaux sur l'évaluation des besoins de santé de la population. L'élaboration rationalisée d'un panier de soins remboursables nécessite de disposer d'outils d'information performants.
proposition 12	La Conférence nationale de santé propose de commencer, à partir d'exemples de maladies chroniques ou graves de type affection de longue durée (ALD), par une description des dépenses engagées à chaque étape de l'histoire naturelle d'une maladie (phases préventive, curative et de réadaptation). Il s'agit de produire une information transversale aux approches sectorielles traditionnelles.

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

Pr Claude-François Degos

Confédération des hôpitaux généraux

D^r Jean-Yves Dallot*

Intersyndical national des praticiens hospitaliers

D^r Rachel Bocher*

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

Conférence des présidents de CME de CHU

Pr Dominique Grimaud*

Conférence des présidents de CME de CH

D^r François Martin*

Conférence nationale des présidents de CME de l'hospitalisation privée

D^r Serge Larue-Charlus

Conférence des présidents de CME de CHS

D^r Alain Pidolle*

Conférence des présidents de CME PS-PH

D^r Jean-François Lanoy*

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. Jacques Brisson*

Conférence des directeurs d'établissements hospitaliers

M. Alexis Dussol

Fédération hospitalière de France

M. Didier Delmotte*

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	Haute-Normandie M. Louis-Michel Wolf*, ancien praticien hospitalier
Aquitaine	M ^{me} Denise Saint-Pe, conseil général de Sauveterre en Béarn	Pays de la Loire M ^{me} Isabelle Tamalet, Association prévention, addictions, soins et recherche, Nantes
Auvergne	M ^{me} Marie-Françoise Nouhen, École de travailleurs sociaux	Picardie M ^{me} Milica Bonnisseau, Association Calao (association d'aide à l'enfance)
Bourgogne	M. François Faucheuix, Centre régional pour l'enfance et l'adolescence inadaptée	Poitou-Charentes M. Gérard Joinneaux, Union nationale des associations de parents d'enfants inadaptés
Bretagne	M. Michel Pinson, Maison de la Consommation	Provence-Alpes-Côte d'Azur M. Henri Mercier, Conseil économique et social
Centre	M. Lucien Demonio, Centre régional pour l'enfance et l'adolescence inadaptée	Rhône-Alpes M. Claude Bouchet, Collège Rhône-Alpes d'éducation pour la santé
Champagne-Ardenne**	M. Jean-Pierre Davot, Conseil général	Réunion*** M. Thierry Volia, Comité départemental de prévention de l'alcoolisme
Corse	M. Dominique Casanova, Secours catholique	
Franche Comté	M. Joël Beugin, Mutualité*	
Guadeloupe	M. Camille Suard, Conseil économique et social	
Guyane	D ^r Geneviève Simart, Aides Guyane	
Île-de-France	M ^{me} Anne Coppel, Association « limiter la casse »	
Languedoc-Roussillon	M. Jean-Jacques Delarbre, 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, Comité régional 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, Société régionale de santé publique	
Basse-Normandie	D ^r Marie-Thérèse Valla-Lequeux, Association de prévention de la maltraitance	

* Les membres dont le nom est suivi d'un * sont en cours de nomination au 9 mars 2000.

** M. Roche a remplacé M. Davot dans la région Champagne-Ardenne

*** M^{me} Roddier a représenté la région Réunion à la place de M. Volia

Les temps de la CNS 2000

Mardi 21 mars 2000

- 9 h 30 Accueil de la Conférence nationale de santé par le Médecin Général Daly, Service de santé des Armées, Hôpital du Val de Grâce
- 10 h 15 Allocution d'ouverture : Madame Gillot, Secrétaire d'État à la santé et à l'action sociale
- 11 h La traduction des recommandations formulées par la conférence nationale de santé dans la politique de santé des quatre dernières années. Introduction et animation des débats avec Marc Brodin, Joel Ménard et François de Paillerets
- 14 h 30 Les acquis de quatre années de conférences régionales de santé pour la formulation de priorités et le développement de programmes régionaux de santé. Introduction et animation des débats avec Jean François Collin, Jean Bernard Gouillon, Didier Vinot

Mercredi 22 mars 2000

- 8 h 30 L'accès à des services de santé de qualité
Introduction et animation des débats avec Claude Maffioli et Francis Peigné.
- 9 h Le panier de biens et de services de santé avec Gilles Brücker, vice président du Haut Comité de la santé publique
- 9 h 30 Débat en plénière, puis en ateliers avec la contribution des organismes de remboursement des soins
- 16 h 30 Les acquis de trois années de travail de la conférence nationale de santé sur les inégalités de santé et l'allocation régionale des ressources
Introduction et animation des débats avec Mathieu Méreau et Jacques Vleminckx

Jeudi 23 mars 2000

- 9 h Le développement de la prévention
Introduction et animation des débats avec Marc Brodin et Bertrand Garros
- 11 h 30 La place des usagers dans le système de santé avec Etienne Caniard
- 12 h 30 Agences sanitaires et Politique de santé avec Lucien Abenaim, directeur général de la Santé
- 14 h 30 Présentation des « douze » recommandations de la conférence nationale de santé pour les années 2000 à Lucien Abenaim, directeur général de la Santé, en présence de la presse

Sommaires des annexes

Annexes du *Rapport 2000* volume 1

- Annexe 1 : Allocution de Mme Dominique Gillot, secrétaire d'État à la Santé et à l'Action sociale
- Annexe 2 : Bilan des dix priorités de 1996 : dix priorités d'égale importance
- Annexe 3 : Bilan des dix priorités de 1996 : les programmes régionaux de santé
- Annexe 4 : Documents introductifs aux débats de la conférence 2000

Annexes du *Rapport 2000* volume 2

- Annexe 1 : La prévention « regards et enjeux »
- Annexe 2 : Réduire les inégalités de santé entre les régions

conférence nationale de santé

Secrétariat

Secrétariat d'État à la Santé

Direction générale de la Santé

Bureau SP1

1, place de Fontenoy

75350 Paris 07 SP

Téléphones : 01 40 56 44 89

 01 40 56 40 43

Télécopie : 01 40 56 56 29