



Avis du 23 juin 2020 « Contribution de la CNS au Ségur de la santé »

Pour un renforcement de la démocratie en santé

Avis adopté par la Commission permanente

le 23 juin 2020

**Intitulé : Avis du 23 juin 2020
« Contribution de la CNS au Ségur de la santé »
pour un renforcement de la démocratie en santé**

Adopté le : par la Commission permanente

Procédure : Urgence

Vote : 11 voix pour sur 17 votants

Procédure de vote : Voie électronique (par messagerie)

Type de saisine : Auto-saisine

Rapporteur : M. le Pr. Emmanuel RUSCH, Président de la CNS

Introduction

La Conférence nationale de santé (CNS) prend acte de la mise en place du « Ségur santé » et des 4 piliers de la concertation.

La CNS appelle à ce que la lutte contre les inégalités sociales de santé, une priorité qu'elle porte depuis longtemps, constitue un enjeu essentiel du « Ségur de la santé ». Elle rappelle également l'importance des mesures se situant en amont des réponses curatives, c'est-à-dire la prévention et la promotion de la santé, et l'importance des mesures prenant en considération les parcours de santé et les parcours de vie des usagers du système de santé, c'est-à-dire avec une approche globale de la personne.

La CNS exprime son inquiétude quant aux chances de réussite du processus de concertation du « Ségur santé » au regard de l'ampleur des ambitions affichées et de la temporalité retenue. Le risque est fort d'un découragement et d'une déconvenue des acteurs (professionnels et usagers) du système de santé si les résultats du processus de concertation apparaissent en deçà de ses ambitions. Le risque est également fort, au regard de la temporalité retenue et de la méthode de concertation qui en découle, d'un traitement en « silo » et par secteur (hôpital, médico-social, ambulatoire, domicile) des faiblesses structurelles de notre système de santé.

La CNS considère comme une urgence et demande instamment l'adoption et la mise en œuvre de mesures assurant la juste reconnaissance professionnelle des acteurs de la santé (prévention, soins, médico-social, social) tant sur le plan des rémunérations que des conditions de travail. Il en est de même pour la mise à niveau, au regard des besoins de santé, des ressources matérielles et humaines du système de santé de notre pays.

Mode d'élaboration et d'adoption de l'avis

La Commission permanente (CP) de la CNS, réunie le 04 juin 2020, a décidé d'adopter une contribution de la Conférence aux travaux du « Ségur de la santé », malgré l'absence de saisine ministérielle, en procédure d'urgence motivée¹. Il a été ainsi convenu que cette contribution se fonde sur les trois avis adoptés par la CP de la CNS depuis sa nouvelle mandature lancée le 12 février 2020. Un projet d'avis élaboré par le président de la CNS, envoyé aux membres de la formation le 22 juin, a été adopté par 11 voix pour sur 17 membres de la CP, le 23 juin 2020.

Contribution de la CNS

Depuis le début de sa nouvelle mandature 2020-2025, le 12 février 2020, la CP de la CNS a adopté et diffusé **trois avis**², qui constituent autant de contributions réalisées durant la crise sanitaire à l'intention des pouvoirs publics.

Cependant, la CP de la CNS souhaite apporter ici une contribution spécifique au « Ségur santé » sur la question de la démocratie en santé.

¹ Avis adopté en « procédure d'urgence » par la Commission permanente (cf. art. [D. 1411-45-9](#) du Code de la santé publique : « Les dispositions de l'article [R.* 133-14](#) du code des relations entre le public et l'administration sont applicables à l'assemblée plénière de la Conférence nationale de santé. [...] »)

² [Avis du 02 avril 2020 relatif à la crise sanitaire du COVID-19](#)

Avis du 15 avril 2020 « La démocratie en santé à l'épreuve de la crise sanitaire du COVID-19 »

Avis du 5 mai 2020 relatif au projet de loi prorogeant l'état d'urgence sanitaire et complétant ses mesures.

Voilà plus de 20 ans, les Etats généraux de la santé ont mis en avant la « démocratie sanitaire ». Depuis, plusieurs lois (lois du 2 janvier 2002 pour le médico-social, du 04 mars de la même année pour le sanitaire, etc. jusqu'à celle du 26 janvier 2016) et de nombreux textes réglementaires ont précisé, développé et structuré cette « démocratie sanitaire », que la Stratégie nationale de santé a élargi en « démocratie en santé » fin 2017³.

Ce développement de la démocratie en santé témoigne de la reconnaissance des droits individuels des usagers, mais aussi de droits collectifs. Elle constitue un levier en faveur de la participation des « citoyens » à l'élaboration des politiques de santé. Elle s'appuie sur des instances de démocratie associant très largement les acteurs du système de santé telles que la CNS, les conférences régionales de la santé et de l'autonomie (CRSA), les conseils territoriaux de santé (CTS) et sur des organisations fédérant les associations d'usagers telles que l'Union nationale des associations agréées d'usagers du système de santé ([France Assos Santé](#)) ou ses [unions régionales](#).

1. Une incapacité à se saisir de la démocratie en santé

Cette contribution s'appuie sur un constat central qui, s'il peut présenter des exceptions, est très largement relayé et partagé par les instances de démocratie en santé et les associations qui représentent les usagers du système de santé⁴.

Ce constat porte sur la politique de santé déployée au cours de la crise sanitaire de la Covid-19 et présente les quatre aspects suivants :

- l'absence prolongée de mobilisation (choix assumé ou négligence) des instances de démocratie en santé, un déficit initial d'implication des élus des collectivités territoriales, des représentants des usagers ou des partenaires sociaux ;
- un paradoxe ENTRE un pilotage national et régional vécu comme directif, descendant, uniforme, centré sur la mise à disposition de moyens, définissant un cadre d'intervention strict ET des initiatives locales, multiples, collaboratives, adaptées aux situations locales, peu soutenues par les services de l'Etat, centrées sur l'atteinte d'un résultat pour répondre aux insuffisances du système de santé ;
- des mesures « calibrées » pour une population « générale » ou « moyenne » mais inadaptées aux populations les plus vulnérables et/ou à l'hétérogénéité des situations (densité de population, circulation du virus, ressources disponibles, absence ou conditions de logement) rencontrées ;
- une dimension éthique insuffisamment prise en compte malgré la contribution du Conseil consultatif national d'éthique pour les sciences de la vie et de la santé (CCNE) du 13 mars 2020 (« Enjeux éthiques face à une pandémie »)⁵.

³ <https://www.legifrance.gouv.fr/affichTexte.do?cidTexte=JORFTEXT000036341354&categorieLien=id>

⁴ Ce constat est également illustré par l'absence de suite donnée à la proposition du président du Conseil de scientifiques d'instituer une instance de dialogue avec la société civile organisée en période de crise, au-delà du contrôle des outils numériques déployés à la sortie du confinement voulu par les parlementaires.

⁵ [La contribution du CCNE à la lutte contre COVID-19 : « Enjeux éthiques face à une pandémie » du 13 mars 2020.](#)

La CP de la CNS avait insisté dès son premier avis du 02 avril 2020⁶ sur l'importance de débattre des mesures de lutte contre le COVID-19, d'autant plus lorsqu'elles restreignent les libertés des personnes⁷.

Ce constat mis en lumière et exacerbé par la crise sanitaire, révèle les fragilités de la démocratie en santé mise en œuvre en France.

2. Plaidoyer pour un renforcement effectif de la démocratie en santé :

Le caractère juste, efficace, efficient et agile de notre système de santé, tant au niveau national que local dépend de différents paramètres ou déterminants.

Parmi eux, certains sont en lien avec notre capacité à développer une approche systémique et intersectorielle (orientation vers les parcours de santé et parcours de vie plutôt que vers des épisodes de soins). D'autres sont en lien avec les mécanismes de régulation existants, comme le niveau de déconcentration ou de décentralisation des responsabilités qu'il entraîne, le système de financement par les incitatifs qu'il construit (rémunération à l'acte en ambulatoire, financement « T2A » pour les établissements de santé, ...), la politique de l'emploi par la reconnaissance des professionnels et l'attractivité des métiers qu'elles déterminent, le niveau de protection sociale (reste à charge, aide médicale d'Etat, ...) par la solidarité et l'égalité qu'elle favorise.

Mais tous sont subordonnés aux valeurs démocratiques et aux principes éthiques ou moraux retenus (démocratie, liberté, autonomie, solidarité, ...) et à leurs mises en œuvre effective.

La démocratie en santé mobilisée est le garant d'une capacité d'action aux niveaux individuel et populationnel. Elle est le levier d'un « agir ensemble » et d'une solidarité renforcée. Elle est la condition indispensable de décisions efficaces, efficientes et éthiques, y compris (et peut être plus encore) en situation de crise sanitaire.

Il s'agit pour la CNS de soutenir la participation et l'implication des représentants des usagers du système de santé et des professionnels en milieu du travail dans la définition des politiques de santé, mais également d'y associer les instances de démocratie en santé à tous les niveaux, national, régional et dans les territoires de santé⁸.

Les organisations issues de la société civile, regroupées au sein d'instances consultatives ou délibératives, offrent une expertise spécifique et une excellente connaissance des territoires et des populations les plus vulnérables. Elles ont une capacité à comprendre, interpréter et faire remonter les attentes venues de ces territoires et de ces populations.

Les usagers et les professionnels du système de santé détiennent une expertise d'usage vis-à-vis des mesures envisagées ou mises en œuvre dans le cadre des politiques de santé.

3. Propositions pour un renforcement effectif de la démocratie en santé :

⁶ [Avis du 2 avril 2020 relatif à la crise sanitaire du COVID-19](#) de la CNS

⁷ Cette préoccupation est également prise en compte dans son avis du 5 mai 2020.

⁸ [Avis de la CNS « La démocratie en santé à l'épreuve de la crise sanitaire du COVID-19 » du 15 avril 2020.](#)

Au niveau national :

la Conférence nationale de santé constitue l'instance la plus représentative des parties prenantes dans le domaine de la santé.

- **Dans des situations de crises sanitaires, la CNS devrait être saisie par le gouvernement des mesures de santé publique envisagées et de leurs conséquences.**

Il s'agit de pouvoir formuler et/ou relayer les questions issues de la société civile, dont les partenaires sociaux, et de pouvoir proposer aux pouvoirs publics et aux acteurs du système de santé des préconisations et des recommandations.

La question de la place de la CNS avait déjà été traitée suite à la gestion de la pandémie grippale H1N1 en 2009-2010. Le Directeur général de la santé, le Pr. Didier HOUSSIN, en 2010, avait saisi la Conférence sur la question de la concertation en temps de gestion de crise sanitaire⁹.

Dans l'avis adopté en 2010¹⁰, la CNS avait recommandé que :

« ...la Conférence nationale de santé, qui est la seule formation instituée représentative de l'ensemble des parties prenantes dans le domaine de la santé, devrait être saisie dans trois circonstances :

- en amont des crises, sur le plan de gestion des crises sanitaires mis en œuvre quand une crise survient,
- au fil de la crise, pour formuler les questions sur lesquelles il serait souhaitable que les pouvoirs publics apportent des réponses aux interrogations que se pose la population,
- après la crise, sur les conclusions des « retours d'expérience ».

10 ans plus tard, ces préconisations restent – hélas ! - d'actualité.

- **Dans la situation actuelle, bien que la crise sanitaire liée à la COVID-19 semble sous contrôle (exceptée en Guyane et à Mayotte), des évolutions de la pandémie sont encore à craindre dans les mois à venir.**

La CP de la CNS réitère donc sa demande de création d'un comité de liaison avec la société civile en partenariat avec d'autres institutions.

Une coordination de la CNS avec d'autres instances concernées (Conseil économique, social et environnemental, CCNE, Commission nationale consultative des droits de l'homme, Conseil national consultatif des personnes handicapées, Conseil national des politiques de lutte contre la pauvreté et l'exclusion sociale, Haut conseil de la famille, de l'enfance et de l'âge, ...) garantira une large participation de la société civile.

Pour les pouvoirs publics, ouvrir la concertation à la société civile facilitera l'adhésion de la population aux mesures nécessaires mises en œuvre, apportera l'expertise sociale des organisations de la société civile et des organisations non gouvernementales (ONG), permettra d'adapter les réponses aux contextes locaux.

⁹ [Courrier de saisine de la CNS par le Pr. Didier HOUSSIN, DGS du 08 juin 2010.](#)

¹⁰ [Avis de la CNS du 9 décembre 2010 relatif à la concertation et au débat public.](#)

- **En dehors des situations de crise, la CNS demande, comme le prévoit la loi, à être régulièrement consultée et saisie par le gouvernement et à être dotée des moyens de fonctionnement nécessaires** (outils numériques et ressources humaines notamment) à l'exécution de ses missions (concertations et délibérations, avis, rapports, débats publics).

Une plateforme participative doit être mise en œuvre pour faciliter le regroupement des points d'attention émanant des citoyens ou des réseaux d'acteurs représentatifs impliqués dans la lutte contre la COVID-19. Une telle plateforme préconisée par le CCNE¹¹, dotée des ressources nécessaires à l'analyse des contenus, faciliterait l'expression, par les usagers et les professionnels ou par leurs représentants, de leurs expériences et de leurs expertises ainsi que la mobilisation de ces expériences et expertises par les pouvoirs publics.

Aux niveaux régional et territorial :

- **Une coordination étroite entre l'Agence régionale de santé (ARS), la CRSA et les CTS doit se mettre en place.** Elle est une condition de la pérennisation des mesures de lutte contre l'épidémie de la COVID-19 et de leur évolution au cours des semaines et mois à venir (notamment la période de sortie du confinement). De manière générale, la démocratisation des arbitrages pris par les pouvoirs publics conditionne la recevabilité, l'acceptabilité et la qualité des programmes de santé et de la mise en œuvre des mesures prises.

Les instances de démocratie en santé, les partenaires sociaux et les associations d'usagers ne sont pas forcément des experts des situations de crises. Néanmoins, ils disposent d'idées, de connaissances, d'expériences du terrain régional, ils en savent les besoins, les attentes, les inquiétudes spécifiques. Il est donc primordial de les informer et de les associer à la conception et à l'évaluation des politiques de santé, de recueillir leurs avis et contributions en leur qualité de représentant de la société civile.

- **CRSA et CTS doivent être impérativement dotés de moyens et ressources en propre (secrétariat, financement, outils de communication, ...) leur permettant une autonomie vis-à-vis des autorités publiques et facilitant leur capacité d'auto-saisine.**

Au niveau local :

- **Les représentants des usagers et des personnels doivent être systématiquement concertés et mobilisés au sein des établissements de santé et des établissements et services médico-sociaux ou de toutes autres structures, ainsi qu'au domicile.**

Les associations d'usagers, de personnes concernées et de proches aidants, les organisations syndicales sont particulièrement bien placées pour faire remonter les situations de non-respect des droits des usagers ou de non-continuité des soins et pour réinterroger les parcours de santé des patients en temps de crise.

¹¹ Avis du CCNE « [Enjeux éthiques lors du dé-confinement : Responsabilité, solidarité et confiance](#) » du 20 mai 2020.

- **L'expression et la prise en compte des besoins de ceux qui pourraient avoir le plus de difficultés à les exprimer sont des priorités.** Les acteurs de la démocratie en santé y veilleront tout particulièrement.

Les contextes et spécificités des publics démunis et en grande précarité doivent être considérés et pris en compte systématiquement.

Les mesures prises sont très souvent orientées sur des objectifs de moyens ou de structures et peu souvent sur des objectifs sanitaires au niveau des populations. De ce fait des groupes vulnérables sont « oubliés ». Le pilotage doit être attentif à tous.

La CNS sera particulièrement attentive aux résultats de la concertation engagée dans le cadre du « [Ségur de la santé](#) », concertation dont elle souhaite la réussite.

La CP de la CNS demande à être saisie des résultats de la concertation (animé par le Comité Ségur national).

La CNS, qui a déjà engagé un travail collaboratif avec les CRSA et les représentants des collectivités territoriales (dans son collège 1), réalisera une synthèse nationale des retours d'expériences territoriaux réalisés au niveau régional.

[dernières modifications de forme apportées le 25.06.20]

PRESENTATION DE LA CNS

La Conférence nationale de santé, créée en 1996, renouvelée par la loi de 2004¹² et étendue par celle de 2009¹³, est une instance administrative consultative de démocratie en santé, de dialogue, d'échanges et de concertation entre les différentes composantes de la société civile organisée en matière de santé, investie dans la lutte contre les inégalités sociales et territoriales de santé, attachée au ministre en charge de la santé.

Missions

La CNS a pour missions (cf. article [L. 1411-3](#) du Code de la santé publique) :

- de permettre la concertation sur les questions de santé. En particulier, la CNS est consultée par le Gouvernement lors de l'élaboration de la stratégie nationale de santé. Sur saisine ministérielle ou auto-saisine, elle formule des avis et propositions au Gouvernement sur les plans et programmes qu'il entend mettre en œuvre. Elle formule également des avis ou propositions en vue d'améliorer le système de santé publique ;
- d'élaborer chaque année un rapport sur le respect des droits des usagers du système de santé. Ce rapport est élaboré notamment sur la base des rapports des conférences régionales de la santé et de l'autonomie (CRSA) ;
- de contribuer à l'organisation de débats publics sur ces mêmes questions.

Les avis et rapports de la CNS sont rédigés par les membres rapporteurs¹⁴ eux-mêmes, adressés au Ministre chargé de la santé et sont rendus publics.

Composition

Composée de 96 membres titulaires et 96 suppléants, ainsi que de membres avec voix consultative, la Conférence réunit une large représentation des parties prenantes du système de santé et de toutes les régions (dont 5 Outremer¹⁵). Cette diversité se traduit dans ses cinq collèges :

- ▶ **Collège 1** des représentants des territoires et des conférences régionales de la santé et de l'autonomie (22 membres),
- ▶ **Collège 2** des représentants des associations d'usagers du système de santé, de personnes concernées des secteurs médico-social et social, des proches aidants et des associations de protection de l'environnement (17 membres),
- ▶ **Collège 3** des partenaires sociaux et des acteurs de la protection sociale (17 membres),
- ▶ **Collège 4** des acteurs de la prévention, de l'observation en santé, de la recherche et du numérique en santé (16 membres),
- ▶ **Collège 5** des offreurs des services de santé et des industries des produits de santé (24 membres).

¹² [Loi n° 2004-806 du 9 août 2004 relative à la politique de santé publique](#)

¹³ [Loi n° 2009-879 du 21 juillet 2009 portant réforme de l'hôpital et relative aux patients, à la santé et aux territoires](#)

¹⁴ La forme masculine est utilisée comme « générique » dans le texte de la présente fiche de présentation et désigne aussi bien les femmes que les hommes.

¹⁵ Guadeloupe, Saint-Martin et Saint-Barthélemy ; Guyane ; Martinique ; Mayotte ; La Réunion

La CNS comprend également 57 membres avec voix consultative dont les représentants d'institutions publiques et des personnalités qualifiées.

Fonctionnement

La CNS se réunit en 3 formations :

- ▶ en Assemblée plénière (AP),
- ▶ en Commission permanente (CP),
- ▶ en Groupe de travail permanent spécialisé dans le domaine des droits des usagers du système de santé (GTPDU).

Elle peut également constituer des groupes de travail thématiques en fonction du programme de travail qu'elle adopte.

La CNS élit en son sein le membre qui la préside lors d'une AP. Réunis en Assemblée plénière d'installation le 12 février 2020, ses membres ont élu Président de la CNS, le Pr. Emmanuel RUSCH.

Les membres de la CP sont élus parmi les membres des 5 collèges de la CNS. Cette Commission est présidée par le Président de la CNS.

Les membres du GTPDU sont pour partie des membres volontaires, issus de tous les collèges qui élisent leur président, et pour partie des personnalités associées, dont la liste est adoptée en assemblée plénière.

La CNS s'appuie sur les ressources de la Direction générale de la santé (DGS).

Pascal MELIHAN-CHEININ est le Secrétaire général de la Conférence.

Base juridique :

(1) Ordonnance n° 96-345 du 24 avril 1996

(2) Articles du Code de la santé publique : L. 1411-3 et D. 1411-37 à 1411-45

Pour en savoir plus :

Espace internet (nouvelle adresse) :

<https://solidarites-sante.gouv.fr/ministere/acteurs/instances-rattachees/conference-nationale-de-sante/>

Compte twitter : [@cns_sante](https://twitter.com/cns_sante)

Adresse mail : cns@sante.gouv.fr

LES MEMBRES TITULAIRES ELUS ET LEURS SUPPLEANTS

A LA COMMISSION PERMANENTE

Nom	Collège	Représentant de la/du...
Jean-Pierre BURNIER (T) suppléé par : Catherine OLLIVET (S)	1	CRSA Ile-de-France
Brigitte CHANE-HIME (T) suppléée par : Reine-Claude LAGACHERIE (S)	1	CRSA La Réunion
Françoise JEANSON (T) suppléée par : Françoise TENENBAUM (S)	1	Régions de France - région Nouvelle Aquitaine
		Régions de France - région Bourgogne-Franche Comté
Laurent SCHMITT (T) suppléé par : Stéphanie CARRASCO (S)	1	CRSA Occitanie
Emmanuel BODOIGNET (T) suppléé par : Hélène DELQUAIZE (S)	2	AIDES
		SOS Hépatites Fédération
Michèle BOISDRON-CELLE (T) suppléée par : Yannick FRELAT (S)	2	Conseil, aide et défense des usagers de la santé (CADUS)
		Epilepsie France
Béatrice LEBEL (T) suppléée par : Danièle LANGLOYS (S)	2	APF France Handicap
		Autisme France
Dominique BLANC (T) suppléé par : Michel CORONAS (S)	3	Caisse nationale d'allocations familiales (CNAF)
Jocelyne CABANAL (T) suppléée par : Michel ROSENBLATT (S)	3	Confédération française démocratique du travail (CFDT)
Mireille CARROT (T) suppléée par : Christophe PRUDHOMME (S)	3	Confédération générale du travail (CGT)
Saphia GUERESCHI (T) suppléée par : Alexandre FAURE-MAURY (S)	4	Syndicat national des infirmier.e.s conseiller.e.s de santé - Fédération syndicale unitaire (SNICS-FSU)
		Syndicat national des infirmiers et infirmières éducateurs de santé - Union nationale des syndicats autonomes (SNIES-UNSA Education)
Michel SAMSON (T) suppléé par : Ronan GARLANTEZEC (S)	4	Institut de recherche en santé, environnement, travail (IREST)

Jean SIBILIA (T) suppléé par : Véronique LECOINTE (S)	4	Conférence des doyens des facultés de médecine
		Conférence nationale des enseignants en maïeutique (CNEMa)
Sarah DEGIOVANI (T) suppléée par : Louis GODINHO (S)	5	Union nationale des professionnels de santé (UNPS)
Laurent EVEILLARD (T) suppléé par : Roland WALGER (S)	5	Regroupement national des organisations gestionnaires des centres de santé (RNOGCS)
Emilien ROGER (T) suppléé par : Laure BOISSERIE-LACROIX (S)	5	Fédération nationale des établissements d'hospitalisation à domicile (FNEHAD)
Jocelyne WITTEVRONGEL (T) suppléée par : Maryse ALCINDOR (S)	5	Union nationale des professionnels de santé (UNPS)