

# Conférence nationale de santé

Contribution à la consultation sur le projet de loi d'orientation et de programmation pour l'adaptation de la société au vieillissement

Axes prioritaires – recommandations de la Conférence nationale de santé

Assemblée plénière « extraordinaire » du 21.01.14

EMBRASSER UNE APPROCHE GLOBALE DE LA SANTÉ



# Conférence nationale de santé

## Contribution du 21.01.14 à la consultation sur le projet de loi d'orientation et de programmation pour l'adaptation de la société au vieillissement

### Préambule :

L'avis de la Conférence nationale de santé (C.N.S.) « [Faire vivre les principes de la solidarité dans le champ de l'autonomie](#) », en date du 18.06.13, a été adopté en assemblée plénière à l'unanimité moins deux abstentions. Il demeure pertinent pour l'ensemble des formulations d'analyse et de préconisations, qui sont complétées et hiérarchisées ci-après, dans le cadre de la [concertation autour du projet de loi d'orientation et de programmation pour l'adaptation de la société au vieillissement](#).

### Les priorités de la C.N.S. :

Les priorités perçues de la C.N.S. seront déclinées selon les points :

- 1) orientations de la politique de santé ;
- 2) amélioration de la gouvernance en santé ;
- 3) démocratie en santé plus effective (participation des usagers aux décisions qui les concernent) ;
- 4) respect et convergence des droits des usagers sur le parcours de vie ;
- 5) garantir l'accessibilité à tous, notamment aux publics précaires.

#### 1) Priorités pour la politique de santé et d'autonomie :

- a. **Garantir l'accès de tous** aux dispositifs de solidarité mis en place pour la perte d'autonomie et la dépendance, ceci passe par l'adéquation du **maillage territorial**, la **diminution du reste à charge** et la mise en place du **droit universel à l'autonomie**.

Dans cette perspective, **programmer l'effacement des barrières d'âge** dans une conception d'universalité des politiques de compensation de la perte d'autonomie (phasage possible dans le cadre d'une loi de programmation) : certaines mesures pourraient constituer les premières étapes de ce chemin : éliminer l'irréversibilité de l'option A.P.A.-P.C.H.<sup>1</sup> ? ; éliminer le plafond d'âge pour l'option de 75 ans ? ; faire mieux connaître la possibilité d'accéder à la

<sup>1</sup> A.P.A. : allocation personnalisée d'autonomie - P.C.H. : prestation de compensation du handicap



P.C.H. et à la R.Q.T.H.<sup>2</sup> en cas d'activité professionnelle au-delà de 60 ans.

D'autres étapes seront bien entendu nécessaires pour aller vers ce droit universel à l'autonomie et harmoniser, en respectant les acquis, les modalités de fixation des prestations ;

- b. **Structurer une politique publique nationale, régionale et territoriale de prévention de la perte d'autonomie**, avec la définition d'une planification et d'un panier de prestations de prévention, équitablement déployée sur le territoire national et financée de façon pérenne (le contenu des prestations de prévention ne doit pas être la variable d'ajustement économique), politique s'appuyant sur l'action sociale des caisses de retraite. **S'assurer de l'accessibilité de la prévention**, limiter le reste à charge pour éviter les renoncements aux examens de prévention ;
- c. **Construire une politique publique et une planification pour l'offre de services d'aide à domicile non médicalisée**, ayant les caractéristiques du service public (pour un service public de l'aide à domicile ?). La démarche en cours de refondation des services d'aide à domicile doit s'inscrire dans une politique nationale de compensation de la fragilité, tant dans le domaine de la gérontologie que du handicap, sous la forme de l'établissement de barèmes nationaux et d'une authentique planification des services autorisés et agréés pour la couverture territoriale pour éviter des ruptures ou vacances ;
- d. **Favoriser la communication autour des initiatives prises et leur évaluation** (en s'inspirant de l'observatoire régional des actions innovantes dans le domaine de la dépendance et de l'autonomie – [O.R.A.I.D.A.](#) - mis en place en Rhône Alpes).

## 2) Amélioration de la gouvernance en santé :

**Nécessité d'une gouvernance claire, coordonnée voire unifiée, avec une présence de l'Etat aux différents niveaux.**

**Nécessité de mise en cohérence des travaux législatifs en cours, notamment avec la [Stratégie nationale de santé](#) et le [projet de loi relatif à la décentralisation](#).**

### a. Réaliser un « choc de coordination » :

- i. **coordination des acteurs**, qui doit être perceptible concrètement par tous : par exemple, une plateforme téléphonique territoriale apportant aux usagers les informations et solutions opérationnelles pertinentes et établissant le lien avec les « bons interlocuteurs », un peu comme le S.A.M.U. qui dirige selon les cas vers S.O.S. médecins ou les urgences, voire diligente le S.M.U.R. (la M.A.I.A.<sup>3</sup> est utile, mais inter-professionnelle, peu en direction des usagers à l'échelle de leurs interrogations et urgences individuelles). Il y a lieu de susciter une **dynamique territoriale de coopération associant les professionnels de santé de ville, de l'hôpital et le secteur social et médico-social, les usagers dans le cadre de la démarche de service territorial de santé (S.T.S.)**. La C.N.S. tient à souligner l'intérêt du projet P.A.E.R.P.A.<sup>4</sup> et de ses 4 lignes de force de prévention et d'anticipation (iatrogénie, chutes, dénutrition, dépression) ;

<sup>2</sup> R.T.Q.H. : reconnaissance de la qualité de travailleur handicapé

<sup>3</sup> M.A.I.A. : maison pour l'autonomie et l'intégration des malades d'Alzheimer

<sup>4</sup> P.A.E.R.P.A. : personnes âgées en risque de perte d'autonomie



**ii. coordination des financeurs au niveau des territoires**, pour définir des plans d'action communs et optimiser les ressources. L'amélioration de la coordination entre Etat et Conseils généraux est nécessaire, à commencer par l'amont, dans la conception de plans et programmes coordonnés. Il est proposé de créer des instances territoriales de co-construction des politiques qui dupliqueront les modalités de dialogue avec les usagers et la mise en synergie des financements de la [C.N.S.A.](#). Le développement des groupements inter-régimes (par exemple : la convention C.N.A.V., R.S.I., M.S.A.<sup>5</sup>, ...) est attendue tant sur le plan régional que sur celui de l'extension à d'autres régimes (notamment à la fonction publique d'Etat) ;

Le choc de coordination doit permettre, entre autres, le développement des approches communes de l'évaluation des besoins (G.I.R.<sup>6</sup> 5, 6) entre régimes de retraite et Conseils généraux, ainsi que permettre la concertation entre Etat, C.N.S.A. et départements pour la fixation des prestations ;

**iii. surmonter le bicéphalisme Etat / assurance maladie** tant au plan national que régional ;

**iv.** veiller à assurer **la transparence et la répartition des rôles** d'opérateur ou de super-opérateur d'une part, et de régulateur-financeur d'autre part.

**b. Garantir l'effectivité d'une animation interministérielle des politiques du « grand âge »** ; considérer la mise en place d'une délégation interministérielle dédiée, rattachée au Premier ministre, mais en veillant à l'efficacité de l'administration publique ;

**c. Structurer les obligations de statistique publique partagée** (données, format des échanges), avant toute nouvelle délégation de compétence décentralisée ou déconcentrée.

### **3) Renforcement de l'effectivité de la démocratie en santé (participation des usagers aux décisions qui les concernent) :**

**a. Informer le plus largement possible les usagers sur leurs droits et les dispositifs existants ;**

**b. Reconnaître les aidants comme des acteurs de santé et soutenir leur mobilisation :**

Les propositions inscrites dans le document d'orientation sont une première étape, notamment par la reconnaissance du droit au répit de l'aidant.

Il faudra aller plus loin, sur le chemin du statut de l'aidant et clarifier son rôle et sa place dans le partage d'information tout au long du parcours de l'aidé, dans le respect des volontés de ce dernier.

**c. Rendre effectives les possibilités de choix de parcours par l'utilisateur :**

Diversifier et adapter des lieux de vie individuelle et collective pour une véritable possibilité de choix éclairé entre domicile et E.H.P.A.D.<sup>7</sup> et **réserver les possibilités de réversibilité des choix**. La C.N.S. souligne l'intérêt pour les logements-foyers, les M.A.R.P.A.<sup>8</sup>, les logements regroupés et intergénérationnels.

<sup>5</sup> C.N.A.V. : caisse nationale d'assurance vieillesse ; R.S.I. : régime social des indépendants ; M.S.A. : mutualité sociale agricole

<sup>6</sup> G.I.R. : groupe iso ressources

<sup>7</sup> E.H.P.A.D. : établissement d'hébergement pour personnes âgées dépendantes

<sup>8</sup> M.A.R.P.A. : Maisons d'accueil rurales pour personnes âgées



- d. Concevoir avec la [Commission nationale de l'informatique et des libertés \(C.N.I.L.\)](#), donc dans le respect des libertés publiques, le cadre de référence rénové du partage d'informations, tout à fait nécessaire à l'accompagnement du public en perte d'autonomie et au développement des coordinations d'acteurs.

Dans ce cadre, la C.N.S. considère que doit être retenu le principe d'une information préalable de l'utilisateur, information compréhensible, appropriable par tous, largement diffusée, sur les objectifs, modalités et enjeux de l'information pertinente partagée. Cette information devra être accompagnée pour les possesseurs de dossier d'un rappel régulier sur son existence et ses enjeux. Le périmètre de l'équipe de prise en charge devra être mieux défini.

Par ailleurs, l'harmonisation des modalités de consentement à l'ouverture de dossiers partagés et la mise en relation de ces dossiers (D.M.P., dossier pharmaceutique, dossier médicosocial, ...) doivent être mises en chantier ;

- e. Mieux organiser la participation des personnes âgées et de leurs instances représentatives aux décisions qui les concernent :

Considérer de manière systématique une représentation des personnes âgées et des personnes handicapées dans l'ensemble des instances nationales et régionales consultatives pour assurer l'irrigation des travaux ministériels, fatalement « en silos » ; inscrire une représentation de la Conférence régionale de la santé et de l'autonomie (Président-e-s de la C.R.S.A. et de la C.S.D.U.<sup>9</sup>) au sein des Comités de coordination des politiques publiques (C.C.P.P.) placés auprès de l'Agence régionale de santé (A.R.S.) ; prévoir de même une représentation de la C.R.S.A. au sein du Comité territorial d'action publique qui résultera de la dynamique de décentralisation (le danger d'inviter ponctuellement, lorsqu'un sujet concerne le seul secteur sanitaire, social et médico-social, est de ne pas repérer les interactions indirectes avec les autres politiques publiques).

- f. Le futur « Haut Conseil de l'âge » est à situer au même niveau d'implication que le C.N.C.P.H.<sup>10</sup>
- g. Concevoir une instance consultative dénommée **Conseil territorial consultatif de la citoyenneté et de l'autonomie**, assorti de commissions spécialisées reprenant *a minima* les compétences et prérogatives des actuels C.D.C.P.H. et CODERPA<sup>11</sup>. Ces Conseils consultatifs seront en lien avec la C.R.S.A. par le biais d'une représentation ;
- h. Veiller à mettre en synergie les modalités d'expression des usagers et à ne pas multiplier inutilement les lieux où elle s'exprime, tout en veillant à une meilleure mobilisation de la société civile tant en direction des personnes âgées que des personnes handicapées.

Si on privilégie le « **entre-nous** » des personnes âgées, ou des personnes handicapées, des patients souffrant de telle ou telle pathologie, ce qui peut être légitime pour certaines instances à différents niveaux, on induit la multiplication des instances, et la cohérence d'ensemble est difficile à établir ; si on privilégie le « **avec les autres** », alors il y a lieu de s'appuyer sur la C.N.S. et les C.R.S.A. avec leurs Commissions spécialisées des droits des usagers (nationale et régionales) et également sur la coordination établie entre C.N.S., C.N.R.P.A. et C.N.C.P.H. : ainsi, le [Comité national pour la bientraitance et les droits des personnes âgées et des personnes handicapées](#)

<sup>9</sup> C.S.D.U. : commission spécialisée « droits des usagers »

<sup>10</sup> C.N.C.P.H. : Conseil national consultatif des personnes handicapées

<sup>11</sup> CODERPA : Comité départemental des retraités et personnes âgées



(C.N.B.D.) et ses éventuelles déclinaisons locales sont à mettre en lien avec les C.S.D.U.

#### 4) Respect et convergence des droits des usagers sur le parcours de vie :

- a. **Etablir un « tronc commun » de droits des usagers, formulé de manière unifiée, claire et explicite, pour l'ensemble des champs concernés par le parcours de soins et d'accompagnement**, relayé par des dispositions conventionnelles pour bien impliquer également les professionnels de santé libéraux, centres de santé et maisons de santé pluridisciplinaires ;
- b. **Veiller à préserver une clarté d'expression des législations publiques sur les droits des usagers** : la C.N.S. a constaté que le projet de loi sur la consommation comporte des dispositions sur les droits du champ social et médico-social, mais présentées sous l'angle de la position de consommateurs, ou de garanties par les corps d'inspection de la concurrence et de la consommation et de la répression des fraudes. La C.N.S. reconnaît que chaque patient ou résident dans le secteur sanitaire, social et médico-social est aussi un consommateur, mais il lui semble que le « centre de gravité » du secteur doit clairement rester dans un paradigme d'utilisateur « co-producteur » de ses soins et de son accompagnement, et non seulement de « consommateur ». De ce fait, les A.R.S. doivent demeurer, pour tout ce qui concerne la santé, le point d'ancrage et de coordination de l'ensemble des corps de contrôle, y compris de la C.C.R.F.

#### 5) Garantir l'accessibilité à tous, notamment aux publics précaires :

- a. **S'appuyer sur les prestations d'action sociale facultatives pour construire une politique ciblée sur les adultes handicapés vieillissants à domicile** (à l'instar de l'expérimentation de Pro B.T.P.), les plus ignorés et « outsiders » du système de soins et d'accompagnement qui ne connaît que les « insiders » (adultes en foyer d'hébergement et requérant un foyer d'accueil médicalisé).
- b. Prendre en compte le déficit actuel de connaissance tant sur l'impact des médicaments sur des personnes fragilisées ou atteintes d'autres pathologies que sur les interactions médicamenteuses, et s'il n'est pas possible de développer des essais cliniques sur des personnes poly-pathologiques, au moins **développer de façon significative la pharmacovigilance auprès de ces personnes.**

[dernières modifications : 05.02.14]

Pour en savoir plus sur : la [Conférence nationale de santé](#)



# Contribution du 21.01.14 de la C.N.S. à la consultation sur le projet de loi d'orientation et de programmation pour l'adaptation de la société au vieillessement

Ministère des affaires sociales et de la santé  
Direction générale de la santé - Secrétariat général de la  
Conférence nationale de santé  
14 av. Duquesne - 75350 Paris Cedex 07 S.P.  
Tél : 01.40.56.60.00 – Mél : [cns@sante.gouv.fr](mailto:cns@sante.gouv.fr)  
[www.sante.gouv.fr/conference-nationale-de-sante-c-n-s.html](http://www.sante.gouv.fr/conference-nationale-de-sante-c-n-s.html)