



Conférence nationale de santé

ASSEMBLÉE PLÉNIÈRE

07 avril 2021

Ordre du jour

1. **Accueil**
2. **Points d'actualités et proclamation des résultats de l'élection au sein du collège 5 au siège vacant à la CP**
3. **Présentation de l'avis de la CNS « Vaccination et réduction des inégalités de santé » adopté en urgence par la CP le 17 février 2021**
4. **Débat et vote sur le projet d'avis « Le secteur médico-social à l'épreuve de la crise sanitaire de la covid-19 »**
5. **Présentation des travaux de rédaction du projet de rapport annuel sur le respect des droits des usagers en période de crise de la Covid-19**
6. **Point sur les travaux du CCL-Covid-19**
7. **Points divers**



1 - ACCUEIL

Conseils pour la tenue de cette assemblée

Quelques précautions :

- ✓ micro coupé hors prise de parole (cliquez sur le logo micro en bas à gauche de l'écran),
- ✓ se présenter à chaque prise de parole,
- ✓ intervention rapide,
- ✓ demander la parole par le tchat ou par main levée.

Remerciements

A l'ensemble des membres de la CNS pour toutes vos contributions aux travaux de la CNS

A l'ensemble des membres du secrétariat général de la CNS pour leur soutien

Aux membres de la CP et du GTPDU pour leur implication



2 - POINTS D'ACTUALITÉS

Election collège 5

Siège vacant du collège 5 pour la commission permanente :

- ✓ 24 membres au Collège 5
- ✓ 16 suffrages exprimés, 1 vote blanc, 7 abstentions
- ✓ Mme Marie Paule CHARIOT élue avec 8 voix
 - ✓ Représentante de la conférence nationale des présidents de CME de l'hospitalisation privée à but lucratif

Health democracy in time of COVID-19 : a perspective from France

Health democracy in time of COVID-19: a perspective from France

Faced with the unprecedented emergency conditions created by the COVID-19 pandemic, the French Government has relied almost exclusively on scientific expert committees to inform its decisions. Some experts from these committees, such as France's COVID-19 Scientific Council¹ and the French Health National Conference (Conférence Nationale de Santé [CNS]), have pointed out the absence of health democracy in the decision making process regarding France's COVID-19 response.

The CNS is a consultative body, created in 1996, consisting of 96 independent members, the widest range of stakeholders for health and social sectors. The body includes representatives of patients' organisations, unions, and social protection actors; prevention professionals; researchers; health-care services and products providers; local elected officials; and regional health consultative bodies. The aims of this organisation are to advise France's Minister of Health on the health policies on the agenda, as well as to alert and issue recommendations about specific health issues of the CNS members' choice.

In late 2010, during the H1N1 pandemic period, the CNS adopted a series of recommendations on how to consult the population during a health crisis to guarantee effective protection through a democratic process. However, the voices of the patients were barely heard in the early stages of the COVID-19 pandemic. Therefore, in mid-April, the CNS issued a resolution² calling upon the government to consult civil society and health democracy consultative bodies for the management of the COVID-19 pandemic response. The CNS recommended ensuring the consultation of patients' organisations by hospitals staff,

guaranteeing information sharing and communication between regional health democracy bodies and regional departments of the French Health Ministry. The body also requested to be consulted on the public health measures considered by the ministry with regards to the COVID-19 pandemic.

In response, the French Government formally committed in July, 2020, to strengthen prerogatives and human resources of the regional health consultative bodies at the local level. At the national level, the French Health Minister has officially consulted the CNS since December, 2020, on the effects of the pandemic on patients. To answer the Health Ministry's solicitation, the body mobilised its members to obtain information on COVID-19 effects on patients' rights (including non-discrimination principles, the respect of medical secrecy, and the right to clear and accurate information), equal access to health care, and the quality of patient care. Members shared more than 100 written contributions, which will provide input for the CNS's upcoming report on patient rights in time of COVID-19. This report, which will be published in June, 2021, will provide key observations on the repercussions of the pandemic on patients' rights and care pathways, as well as recommendations for future health crisis management.

The CNS will continue to advocate for greater civil society involvement, not only to strengthen the government response to the COVID-19 pandemic, but also to influence evidence-based policies centred around the needs of patients.

EB and PM-C work at the General Secretary of the French Health National Conference, placed within the Ministry of Health and Solidarity. ER is the elected president of the French National Conference and receives no wage for his role.

Copyright © 2021 The Author(s). Published by Elsevier Ltd. This is an Open Access article under the CC BY-NC-ND 4.0 license.

*Eva Brocard, Pascal Méhian-Cheinin, Emmanuel Rusch
eva.brocard@sante.gouv.fr

Secrétariat général de la Conférence Nationale de Santé. Ministère des Solidarités et de la Santé.

Paris 75007, France (ER, PM-C); Université Gustave Eiffel, Paris, France (PM-C); Conférence Nationale de Santé, Paris, France (ER); Université Tours, Education Éthique Santé, Tours, France (ER)



- 1 Allani-Doualt L, Chauvin F, Yazdanzadeh Y, et al. France's COVID-19 response: balancing conflicting public health traditions. *Lancet* 2020; **396**: 219-21.
- 2 Conférence Nationale de Santé. La démocratie en santé à l'épreuve de la crise sanitaire du COVID-19. April 15, 2020. https://solidarites-sante.gouv.fr/IMG/pdf/avis_cns2_150420_cp_revu_sr_enr_2206_250620_espace.pdf (accessed March 4, 2021).

For more on the Conférence Nationale de Santé see <https://solidarites-sante.gouv.fr/ministere/actuels/instances-rattachees/conference-nationale-de-sante/cns-instance-consultative/>



Echanges avec Mme Atlani-Duault, M. Delfraissy

Immune evasion means we need a new COVID-19 social contract

The collective benefits of herd immunity have become similar to a mantra in mass vaccination strategies, repeated by governments and researchers. However, the prominence of herd immunity being touted as a solution to the pandemic might be about to change with the emergence of immune evasion, a virological game changer that is as important as the arrival of SARS-CoV-2 variants. Dealing with immune evasion will require a re-evaluation of public health strategies, and the creation of a new, evidence-based social contract.

Studies suggest that the emergence and spread of SARS-CoV-2 variants is correlated with the absence of robust immune protection after first exposure to previous (wild-type) viruses, or even to a vaccine.^{1,2} This evolution, associated with the emergence of immune escape mutants, has not only been observed with SARS-CoV-2, but also with other viruses.³ Such evolution might be assisted by the waning of the immune response and notably the antibody response. The rapid arrival of SARS-CoV-2 variants such as the variants first identified in South Africa and Brazil suggests a so-called natural immune evasion.⁴ Also, the dynamics of natural or vaccinal collective immunity in the regions where these variants emerged

health crisis might be continually postponed, as new variants emerge and immune evasion reduces vaccination effectiveness in the short and medium term.

Hence, it is time to abandon fear-based approaches based on seemingly haphazard stop-start generalised confinement as the main response to the pandemic; approaches which expect citizens to wait patiently until intensive care units are re-enforced, full vaccination is achieved, and herd immunity is reached.

Populations have so far been relatively complacent, but their doubts and distrust are visible in protest movements in several countries. The impact of general confinement on entire economies has been devastating, with worse still to come in levels of unemployment and national debt.^{5,6} Social and health (including mental health) consequences are also colossal, in particular for the younger generations, despite them being at low risk in terms of morbidity and mortality from SARS-CoV-2 infection.

To best ensure the success of mass vaccination—whatever its hoped-for impact on transmission—and to slow the emergence of new variants, while avoiding general confinement, governments need to integrate and apply available measures in a way that is much more targeted to different generational groups. Different age groups are not affected similarly by the

(eg, voluntary self-isolation according to vulnerability criteria) to reduce their risk of infection. Measures to encourage adherence of vulnerable groups to specific measures must be promoted consistently and enforced fairly. Implementation of such an approach must be done sensitively and in conjunction with the deployment of vaccination across the various population targets, including all generations of society.

Using stop-start general confinement as the main response to the COVID-19 pandemic is no longer feasible. Though attractive to many scientists, and a default measure for political leaders fearing legal liability for slow or indecisive national responses, its use must be revisited, only to be used as a last resort.

We scientists working against COVID-19 must have the courage to address those in power, who bear ultimate responsibility for the policies chosen and their consequences. If this responsibility is shirked or delayed, the inevitable day of reckoning might be terrible.

We are members of the French COVID-19 Scientific Council.

Copyright © 2021 The Author(s). Published by Elsevier Ltd. This is an Open Access article under the CC BY-NC-ND 4.0 license.

*Laetitia Atlani-Duault, Bruno Lina, Franck Chauvin, Jean-François Delfraissy, Denis Malvy
laetitia.atlani-duault@u-paris.fr



Lancet Public Health 2021
Published Online
February 18, 2021
[https://doi.org/10.1016/S2468-2667\(21\)00035-0](https://doi.org/10.1016/S2468-2667(21)00035-0)

TRIBUNE

Avec la pandémie, la démocratie en santé fragilisée

https://www.liberation.fr/idees-et-debats/avec-la-pandemie-la-democratie-en-sante-fragilisee-20210405_SNWFFN7TZNDXBHYMPR6RN6ASJ4/

Autres échanges...

Cours des comptes

- Aide à domicile
- Prévention maladie chronique

Evaluation de la Stratégie nationale de santé

Cabinets Matignon et Ministère des Solidarités et de la Santé

Saisine SGMCAS : **Séjour de la Santé : Mesure 32**



Projet de décret concernant les CRSA

Démarche

- Un projet de décret construit en réponse aux orientations du Ségur (mesure 32)
- **Saisine de la CNS par le Secrétaire général des ministères chargés des affaires sociales (SGMCAS)**
- Des échanges du SGMCAS
 - Avec les ARS (référents pour la démocratie en santé) ;
 - Un groupe contact constitué de DG ARS, deux présidents de CRSA (M. Brun, M. Burnier) et le président de la CNS (M. Rusch).
- **Un projet de décret à stabiliser fin mars**
 - Consultation des CRSA jusqu'au 18 mars
 - Échéance de renouvellement des CRSA fin Septembre 2021

La composition de la CRSA

- Présence de **TOUS les présidents des CTS** au sein du collège qui leur est dédié (objectif de renforcement de l'articulation avec la CRSA)
- Introduction de 4 nouveaux membres (2 en Corse et dans les outre-mer) :
 - **2 représentants des CPTS**
 - **2 représentants des DACs (en remplacement des réseaux)**
- Rétablissement de la présence de la MSA (correction d'une erreur matérielle)

Les missions de la CRSA

- **L'assemblée plénière chargée de nouveaux avis:**
 - Politique de réduction des inégalités de santé
 - Politique des investissements
 - **Orientations annuelles du FIR**
 - **Plan régional santé environnement**
 - Et associée à
 - Travaux d'évaluation des PRS
 - Retours d'expérience et évaluations sur la gestion de crise
- **La commission permanente est informée**
 - Des orientations stratégiques et du bilan d'utilisation du FIR
 - **Des suites données à ses avis**
 - Rythme trimestriel ?
 - Des retours vers quelle formation : Assemblée plénière, Commission permanente ?

Le fonctionnement

- Cadre général :

- Suppression des limites à la durée des mandats sauf mandats de président et vice présidents plafonnés à 10 ans
- Possibilité de fusionner certains collèges par parallélisme avec la CNS (facultatif)
- Possibilité de réunions à distance y compris en l'absence de crise

- Les situations de crise sanitaire

- *Lorsque l'état d'urgence sanitaire est déclaré en application des articles L 3131-12 et L3131-13 du Code de la Santé Publique, la commission permanente de la conférence régionale de la santé et de l'autonomie est réunie en **formation spéciale** associant l'ensemble des présidents des conseils territoriaux de la région, **dans un délai de trente jours** au plus après la date d'effet du décret prévu à l'article L 3131-13 afin de permettre au directeur général de l'agence régionale de santé de présenter les principales dispositions envisagées pour assurer la gestion de crise dans la région. Pendant toute la durée de la crise, cette même formation est réunie au moins une fois par mois.*

Le fonctionnement

- **Budget prévisionnel identifié en début de mandature et droit de tirage annuel sur un montant**
 - *L'agence régionale de santé assure le secrétariat de la conférence régionale de la santé et de l'autonomie et contribue au fonctionnement de la conférence.*
 - *Au début de chaque mandature, le président de la conférence régionale de la santé et de l'autonomie présente au directeur général de l'agence un programme de travail assorti d'une évaluation de moyens souhaités pour le mener à bien.*
 - *Le directeur général de l'agence fait connaître au président le budget prévisionnel qui sera mis à disposition pour chacune des années de cette mandature.*
 - *Au début de chaque année et au plus tard le 31 janvier, le directeur général de l'agence indique le montant annuel effectivement inscrit au budget. Le président de la conférence utilise ces moyens dans le cadre légal et réglementaire applicable aux crédits qui sont mis à sa disposition. L'agence exerce un contrôle sur la régularité des opérations réalisées. t défini par l'ARS*

Dispositions spécifiques aux ARS ultra-marines

- Elles seront discutées avec les ARS concernées
- Elles concernent la composition des CRSA (en lien notamment avec l'absence de CTS dans certains territoires)
- Le sujet des commissions santé mentale relève d'un décret en Conseil d'Etat



3 - Avis vaccination n°2

« Vaccination et réduction des inégalités de santé »

Adopté en urgence par la CP le 17 février 2021

Un premier avis CNS sur le thème de la vaccination Covid19 a été élaboré et adopté le 19 janvier 2021.

Point de vigilance 1 : Accroissement rapide de la couverture vaccinale

La CNS souligne l'urgence de l'accroissement rapide de la couverture vaccinale contre la Covid-19 au regard de la gravité de cette maladie chez les personnes fragiles et au regard de l'évolution épidémiologique attendue en population dans les semaines à venir.

Point de vigilance 2 : Priorisation des publics cibles et adéquation aux doses disponibles

La CNS constate que l'extension des groupes de populations prioritaires pour la vaccination, dans un contexte de ressources limitées en doses, s'est faite sans priorisation entre les groupes de populations ou les personnes de ces groupes de populations.

Point de vigilance 3 : Communication claire et loyale, régulière et pragmatique

La CNS soutient la forte demande d'information, de compréhension et de lisibilité vis-à-vis des dispositifs (centre de vaccination, processus de prise en soins, ...).

Point de vigilance 4 : Outils de gestion de la campagne de vaccination

La CNS fait sienne la recommandation du CCL Covid-191 publiée le 20 janvier 2021, concernant la mise en place et la diffusion d'un tableau de bord d'indicateurs au niveau national et par territoire.

Point de vigilance 5 : Dispositifs « d'aller vers » les populations les plus fragiles

La CNS demande que des dispositifs « d'aller vers » les populations prioritaires les plus fragiles et/ou les plus précaires permettant l'effectivité de la vaccination soient mis en place.

Point de vigilance 6 : Dispositif de vaccination proche des populations

La CNS considère que plus vite un circuit de vaccination se déploiera en ville, plus vite le dispositif sera proche des populations, gage d'efficacité et d'efficience.

Point de vigilance 7 : Protection des professionnels en contact avec des patients covid-19

La CNS considère comme anormale la situation des professionnels de santé et de l'accompagnement en contact avec des patients covid-19 et qui ne peuvent pas bénéficier de la vaccination dans le cadre de la définition des publics prioritaires actuels.

Point de vigilance 8 : Promotion en faveur de la vaccination auprès des professionnels

La CNS souligne la nécessité de poursuivre et renforcer la campagne de promotion en faveur de la vaccination auprès des professionnels de santé et de l'accompagnement.

A. Constat critique sur la période de janvier à février 2021

- Déploiement au cours des mois de janvier et février 2021 considéré comme peu anticipé, difficile, laborieux, manquant de clarté, insuffisamment soutenu quant à la mobilisation des moyens existants.
- Source de vives inquiétudes pour la population et les professionnels de santé et de l'accompagnement.

B. Lutter contre les inégalités de santé : une impérieuse nécessité éthique et politique réaffirmée par la CNS.

- Après plus de 2 mois de mises en œuvre, la CNS considère qu'il est temps d'envisager les réorientations de la campagne de vaccination au regard d'un prisme qui ne soit pas seulement biomédical mais également éthique et démocratique, social et politique.

C. Des stratégies vaccinales attentives à réduire les inégalités de santé

- Le virus du SRAS-CoV-2 est nouveau, mais les disparités socio-économiques ne le sont pas.
- Prendre en compte toutes les inégalités en matière de santé et leurs déterminants pour mettre en œuvre des interventions équitables.
- Sans une volonté affirmée sur ce sujet dans la lutte contre cette pandémie, le renforcement des inégalités entre pays et au sein d'un même pays se poursuivra.

Analyse des contributions et recommandations

Assurer la disponibilité en quantité suffisante des vaccins au regard des besoins

1. Possibilité d'un recours au système des licences d'office.
2. Transparence sur les coûts de production et d'acquisition des différents vaccins.
3. Collaboration pour un accès mondial et équitable aux vaccins.
4. Faire clairement le choix de la santé publique.

Analyse des contributions et recommandations

Consolider la stratégie de priorisation des publics cibles de la vaccination

- 1. Renforcer l'accessibilité en termes de déplacement et de prise de rendez-vous sur tout le territoire.**
- 2. Elargir les « opportunités » de vaccinations.**
- 3. Assurer une communication claire et compréhensible permettant à chaque personne d'identifier sa situation au regard de la priorisation.**
- 4. Poursuivre la réflexion sur les publics prioritaires en lien avec la disponibilité croissante des vaccins.**
- 5. Accroître la couverture vaccinale des professionnels de la santé et de l'accompagnement des personnes.**
- 6. Anticiper la question du choix du type de vaccin.**

Analyse des contributions et recommandations

Adapter la stratégie de vaccination aux territoires et aux populations

- 1. Veiller à soutenir la participation active (au plus tôt) des personnes les plus fragiles, précaires ou à mobilité réduite.**
- 2. Apporter une réelle attention à la qualité de la médiation et des pratiques d'« aller vers ».**
- 3. Prévoir l'accompagnement social et physique des personnes vulnérables.**
- 4. Encourager la vaccination de toutes les personnes éligibles et volontaires dans une zone donnée.**
- 5. Pour les personnes vulnérables à « domicile », structurer l'accompagnement concret à la vaccination.**

Analyse des contributions et recommandations

Lutter contre les préjugés, questionner les représentations et renforcer la formation

Privilégier une communication claire, loyale, compréhensible pour tous, en co-construisant les messages AVEC les habitants et les acteurs locaux (associations de professionnels de santé), et concernant des sujets pratiques (ex. : public prioritaire, délai entre 2 doses, ...).

- 1. Développer un service public d'information en santé sur la vaccination Covid-19, dans un contexte d'évolution rapide des connaissances, prenant en compte la diversité des niveaux de littératie en santé au sein de la population est nécessaire.**
- 2. Sensibiliser et former à la littératie en santé, les professionnels intervenant dans le champ de la santé.**
- 3. Faciliter l'identification et l'orientation de l'utilisateur du système de santé vers des lieux ou personnes ressources, tels que les associations et représentants d'utilisateurs.**
- 4. Développer les métiers et dispositifs de médiation.**

Analyse des contributions et recommandations

Renforcer les autres facteurs facilitant le déploiement

A la fois en termes économique, technologique, organisationnel et de gouvernance.

- 1. La prise en charge par la solidarité nationale de l'accès au vaccin est une mesure essentielle. Cependant, elle ne suffit pas à éviter le renoncement aux soins.**
- 2. La fracture numérique doit être prise en compte dans la stratégie vaccinale afin de ne pas laisser de « coté » une part de nos concitoyens.**
- 3. Le sujet du « passeport vaccinal », ou encore du « pass santé » nécessite un débat public et une large consultation (Parlement, Instances de démocratie en santé).**
- 4. La crise sanitaire actuelle, en s'inscrivant dans la durée, tend à rajouter d'importants phénomènes de détresse morale et psychologique. La prise en charge et l'accompagnement de ces situations s'imposent.**
- 5. L'organisation et la gouvernance de la campagne vaccinale, tant au niveau national que local, doivent privilégier la concertation avec l'ensemble des acteurs concernés et doivent éviter leur division ou leur mise en concurrence. Elles doivent également s'appuyer sur les instances de démocratie en santé.**

Conclusions

Une lecture biomédicale de la pandémie privilégiée au dépend d'une lecture sociale ou politique.

- Cette difficulté à appréhender la pandémie de la Covid-19 dans sa dimension sociale, dans son vécu par chacun, se retrouve dans notre (in)capacité à décrire cette réalité sociale, ce vécu, les données recueillies ne le permettant pas ou bien l'intérêt et/ou la volonté manquant.

Une approche cloisonnée des mesures de lutte contre la pandémie prédomine

- Ce cloisonnement amène à prendre soin d'un individu isolément plutôt que dans son milieu de vie (aidant, entourage proche, relation, institution, groupe social) ou à raisonner en épisode de soins plutôt qu'en parcours de santé.

Une stratégie vaccinale qui devient l'alpha et l'oméga de la lutte contre la pandémie.

- Cette valorisation de l'outil vaccination ne doit pas se faire au dépend des autres mesures de lutte contre la pandémie que ce soient les gestes barrières, la stratégie « Tester, Alerter, Protéger », ou les moyens thérapeutiques. Il en est de même du respect des droits humains, des droits des usagers du système de santé et des principes éthiques qui prévalent dans les soins.



4 - Débat et vote sur le projet d'avis « Le secteur médico-social à l'épreuve de la crise sanitaire de la covid-19 »



Projet d'avis relatif au secteur médico-social

Assemblée plénière de la CNS du 07 avril 2021

Rappel du contexte

- Adoption en urgence par la CP du point de vigilance du 25 novembre 2020
- Engagement pris en AP du 20 janvier 2021 d'élargir à l'ensemble du secteur médico-social et à la consultation de l'ensemble des membres de la CNS

Calendrier prévisionnel des travaux

- 07 avril : vote en assemblée plénière
- 26 mars : envoi aux membres (délai de 10 jours)
- 19 mars : adoption en CP, après examen des amendements des membres
- 18 mars : réunion du groupe de travail pour examen des amendements
- 01.03-15.03 : envoi aux membres pour amendements
- 26 février : CP pour adoption d'une version à envoyer aux membres pour amendements

Contribution d'un groupe de travail au sein de la CP

- Collège 1 : Christian BRUN, Brigitte CHANE-HIME
- Collège 2 : Béatrice LEBEL, assistée d'Aude BOURDEN
- Collège 3 : Mireille CARROT, Michel ROSENBLATT

- Avec l'appui du Secrétariat général : Pascal MELIHAN-CHEININ

Principaux constats

- Un secteur dont les fragilités révélées par la crise sanitaire :
- Attractivité insuffisante des métiers
- Une qualité des accompagnements mise à mal
- Report de charge sur les aidants
- Secteur du domicile méconnu et insuffisamment pris en compte
- Besoin d'une réflexion sur le soutien aux structures et les adaptations des organisations

Recommandations

- Permettre et financer les ressources, humaines et matérielles, nécessaires aux établissements et aux services.
- Organiser l'articulation des interventions, entre le sanitaire, le médico-social et le social.
- Déployer la réponse vaccinale au plus près des professionnels et des populations.
- Concilier au mieux la sécurité, la qualité et la continuité du service et le respect des droits.



5 - Présentation des travaux de rédaction du projet de rapport annuel sur le respect des droits des usagers en période de crise de la Covid-19

Sommaire

- Rappel : 1^{er} appel à contributions pour le projet de rapport des droits des usagers
- Rappel : 2nd appel à contributions pour le projet de rapport des droits des usagers
- Point de méthode
- Présentation des éléments clés du projet de rapport 2020
 - Axe 1: Respect des droits des usagers
 - Axe 2: Egalité d'accès aux soins
 - Axe 3: Qualité des prises en charge et accompagnements
 - Axe 4: Fonctionnement des instances de démocratie en santé
 - Axe 5: Gouvernance et pilotage des crises sanitaires

Rappel des travaux du GTPDU sur le projet de rapport 2020 Mars 2020 – Mars 2021

Rappel : 1^{er} appel à contributions pour le projet de rapport des droits des usagers

En mars 2020, 1^{er} appel à contributions lancé par la CNS (en association avec la SFSP) portant sur des observations, points d'alertes et recommandations sur l'impact de la Covid-19 sur les droits des usagers, l'accès aux soins, la qualité des prises en charge et accompagnement et les instances de démocratie en santé.

89 contributions reçues et analysées par le SG CNS et 7 fiches thématiques partagées avec les membres du GTPDU.

Rappel : 2nd appel à contributions pour le projet de rapport des droits des usagers

2nd appel à contributions :

- la question du domicile en période de crise sanitaire
- les soins apportés aux malades de la Covid-19.

18 contributions reçues et analysées par le SG CNS et 2 fiches thématiques partagées avec les membres du GTDPU.

Point de méthode

- **Etape 1** : Analyse des contributions par le Secrétariat général
- **Etape 2** : Rédaction de fiches thématiques partagées aux membres du GTPDU
- **Etape 3** : Partage d'une 1ère version du projet de rapport avec les membres du GTPDU
- **Etape 4** : Réécriture engagée par des membres du GTPDU pour chacun des 5 axes :
 - Respect des droits des usagers du système de santé
 - Egalité d'accès aux soins
 - Qualité des prises en charge et accompagnements
 - Fonctionnement des instances de démocratie en santé
 - Gouvernance et pilotage de crises sanitaires.

Présentation des éléments clés du projet de rapport 2020

Axe 1: Les droits des personnes malades et des usagers du système de santé

Constats et observations :

- Un non-respect du secret médical facilité par l'urgence et l'imprécision des instructions
- Un manque de transparence, de cohérence et de lisibilité des informations diffusées
- Une discrimination accrue

Axe 1 : Les droits des personnes malades et des usagers du système de santé

Recommandations :

- Diffuser une information claire, juste et compréhensible
- Renforcer la pédagogie et mieux informer sur les différentes phases de crise pour mieux anticiper les mesures
- Faire respecter le secret médical et le consentement des patients
- Renforcer le rôle des associations d'usagers

Axe 2 : L'égalité d'accès aux services de santé

Constats et observations :

- Des difficultés et des inégalités d'accès aux soins
- Une tension sans précédent sur le système de santé et ses conséquences (déprogrammations, fermetures, reports de charge sur les proches)
- Une stratégie Tester-Tracer-Isoler qui ne fonctionne pas
- Une certaine adaptation du système de santé après le 1^{er} confinement sur la base des remontées d'expériences

Axe 2 : L'égalité d'accès aux services de santé

Recommandations :

- Préserver l'accès aux soins (réduire la fracture numérique, optimiser les soins à domicile)
- Informer les usagers des déprogrammations et assurer un suivi régulier dans le temps, en veillant à repérer les auto-déprogrammations pour mettre en œuvre un dispositif « aller vers »
- Mesurer et évaluer dans le temps les conséquences collatérales de la Covid
- Renforcer la vaccination des professionnels de santé, de l'accompagnement et des proches
- Développer la stratégie « Tester alerter protéger » par un effort de pédagogie aux professionnels de santé

Axe 3 : La qualité des prises en charge et des accompagnements

Constats et observations :

- Un système de santé pas prêt à faire face à la crise
- Un secteur médico-social oublié
- Une forte baisse des activités usuelles de soins
- La priorisation des patients Covid dans les zones de tensions
- Les freins à la consultation
- L'adaptation des professionnels de santé et du médico-social
- La place accrue de la téléconsultation

Axe 3 : La qualité des prises en charge et des accompagnements

Recommandations :

- Tester pour protéger : disposer des innovations et aider à l'isolement
- Aider à décroiser les prises en charge et l'accompagnement en faveur de parcours de santé coordonnés
- Améliorer l'accès aux supports numériques sans rendre ceux-ci obligatoires (problèmes de réseau, de précarité numérique)
- Veiller au respect des droits des patients et usagers
- Maintenir une réflexion éthique sur les choix en santé publique
- Vacciner le plus rapidement et massivement possible

Axe 4 : Les instances la démocratie en santé

Constats et observations :

- Un manque de consultation et de partage de l'information des ARS vers les CRSA et les CTS
- Une absence de mobilisation des instances de représentation et de participation des usagers du système de santé et des personnes accompagnées
- Une faible participation des élus locaux alors qu'ils sont au contact de la population

Axe 4 : Les instances la démocratie en santé

Recommandations :

- Assurer la représentation ou l'audition des instances de démocratie en santé (CRSA et CTS) dans les cellules de gestion de crise,
- Favoriser la collaboration et la coordination des instances de démocratie santé,
- Attribuer plus de moyens aux instances de démocratie en santé pour élaborer des réponses structurées dans les territoires et renforcer leur place au niveau local et national
- S'appuyer sur les instances de démocratie en santé

Axe 5 : Gouvernance et pilotage des crises sanitaires

Constats et observations :

- Un défaut d'anticipation et de coordination dans la gouvernance de crise sanitaire
- Un système hospitalier et un secteur médicosocial mis à mal par des années d'austérité budgétaire et par une gouvernance en tuyaux d'orgue
- Une pénurie en professionnels, notamment paramédicaux
- Un sous-dimensionnement des capacités en prévention en santé
- Des progrès à faire dans l'acceptabilité sociale des mesures sanitaires
- La situation d'urgence a permis de bousculer certaines rigidités et appelle à pérenniser certains acquis positifs (logiques de coopération) pendant la crise

Axe 5 : Gouvernance et pilotage des crises sanitaires

Recommandations :

- Pérenniser les acquis positifs de la crise et mesurer les impacts du confinement sur les usagers
- Retrouver une souveraineté sanitaire
- Mettre en place une véritable politique de la donnée de santé, fiable et partagée
- Mettre l'accent sur la prévention grand public et l'éducation à la santé
- Mettre en œuvre les moyens de financement et d'investissement nécessaires aux missions des ES et des ESSMS et prévoir des plans blancs dans les ESSMS
- Lever les freins administratifs, assouplir l'encadrement administratif et réglementaire
- Bâtir une démocratie territoriale de santé entre les ARS et les collectivités territoriales

Prochaines étapes

- Poursuite des travaux de synthèse et réécriture par les membres du GTPDU
- Partage d'une 1ère version du projet de rapport aux membres de la CNS pour amendements
- Modifications du projet de rapport par le GTPDU suite aux amendements
- Présentation du projet de rapport final pour adoption à l'Assemblée plénière de juin 2021



7 - Points Divers

En vous remerciant de votre attention

Conférence Nationale de Santé