

## PROJET DE LOI RELATIF A LA SANTE

### Proposition de portage d'amendements communs

Le projet de loi relatif à la santé se veut être un texte refondateur pour la politique de santé, dans la continuité de la loi de santé publique de 2004 et de la loi HPST (Hôpital, Patients, Santé, Territoires) du 21 juillet 2009.

Face à un contexte social et sociétal qui ne cesse de produire et d'accentuer des phénomènes d'exclusion, nos trois fédérations (la FNARS, la Fédération Addiction et la FNH-VIH et autres pathologies) souhaitent que la lutte contre le non recours, l'amélioration de l'accès aux droits et aux soins des personnes précaires, atteintes de pathologies chroniques ou souffrant de conduites addictives deviennent une véritable priorité de santé publique. En ce sens, la loi relative à la santé doit être une opportunité de faire de la réduction des inégalités sociales de santé, de l'accès effectif de tous à la santé, une priorité et un investissement, ce qui passe nécessairement par **un renforcement du lien santé-social**. Elle doit ainsi permettre de lutter efficacement contre les barrières sociales, physiques, psychologiques et financières d'accès aux soins et viser à développer l'accompagnement en santé.

Le projet de loi vise notamment à poursuivre le décloisonnement préalablement engagé entre le sanitaire et le médico-social, tout en renforçant la prévention et la promotion de la santé ainsi que l'implication du secteur social comme acteur de santé. Il tend à améliorer la prise en compte des **personnes en situation de vulnérabilité qui sont accueillies, hébergées, soignées et accompagnées par les associations membres de nos réseaux**. Il s'agit d'une avancée importante dans un contexte social et économique qui se traduit par une massification de la précarité. Cependant, la suppression annoncée des PRAPS et le caractère optionnel des PASS au sein des établissements de santé sont en contradiction avec les intentions de la loi.

Parmi les autres dispositions figurent celles qui visent à organiser la coordination entre les

professionnels du sanitaire, du médico-social et du social dont **les interventions doivent s'articuler autour du parcours de la personne**. Cet objectif répond à une préoccupation forte de nos fédérations. Plusieurs dispositions du projet de loi permettent d'y répondre. C'est notamment le cas de la plate-forme territoriale d'appui aux professionnels de santé (article 14), des contrats territoriaux de santé entre l'ARS et les acteurs sanitaires, sociaux et médico-sociaux pour mettre en œuvre des actions de prévention, de soins et d'insertion pour les personnes souffrant de troubles psychiques (article 13), des projets pilotes d'accompagnement sanitaire, social et administratif pour les personnes souffrant d'une maladie chronique (article 22).

Nos fédérations soulignent l'intérêt de nombreuses mesures contenues dans ce texte : la généralisation du tiers payant (annoncé par le plan pluriannuel), l'encadrement des prestations d'optique et de soins dentaires pour les bénéficiaires de l'ACS (Aide à la Complémentaire Santé), la lettre de liaison en sortie d'hospitalisation, remise à la personne et au médecin traitant, pour contribuer à assurer la continuité des soins.

**Tenant compte de ce qui précède, nos fédérations ont souhaité porter à votre connaissance des propositions communes afin que ce projet de loi soit davantage le reflet des ambitions affichées dans son exposé des motifs, et prenne véritablement en compte les vulnérabilités des publics accompagnés par leurs adhérents (précarité, addictions, pathologies chroniques et comorbidité psychiatrique associée).**

Ces propositions ont été reprises et pour certaines co-élaborées dans le cadre d'une Plateforme des propositions communes des associations de solidarité intervenant dans le champ de la santé coordonnée par l'UNIOPSS et rassemblant une quinzaine d'associations. La numérotation des amendements fait référence à cette plate-forme annexée au présent document.

# Les propositions d'amendements

Ces propositions d'amendements s'articulent autour de 7 grandes orientations.

## 1 La coordination et l'articulation des acteurs doit explicitement viser une coordination de l'ensemble des professionnels du sanitaire, du médicosocial et du social

Nous proposons d'introduire cette coordination à plusieurs échelons :

- **au niveau du service territorial de santé**, qui doit reposer sur une coordination entre professionnels de santé et également **avec les acteurs sociaux et médico-sociaux**. A cet effet, il nous faudra veiller à ce que les acteurs du social et du médico-social, (notamment ceux intervenant dans le champ des addictions et des pathologies chroniques) soient associés non seulement au diagnostic du territoire (comme le prévoit le projet de loi) mais également à tous les outils permettant la coordination effective de l'ensemble des acteurs sur les territoires de santé (contrats territoriaux de santé, conseils territoriaux de santé, plateformes d'appui aux professionnels...);

- **au niveau des deux commissions de coordination des politiques publiques** de l'ARS qui doivent **s'assurer que la coordination, la cohérence et la complémentarité des actions à l'égard des personnes en situation de vulnérabilité** (précarité, addictions, maladies chroniques...) est effective, notamment en obligeant à rendre compte d'objectifs de réduction des inégalités sociales de santé.

- **au niveau du groupement hospitalier de territoire**, qui doit associer les établissements sociaux et médico-sociaux du territoire **à l'élaboration du projet médical unique**, lequel doit comporter un volet dédié aux personnes vulnérables (addictions, maladies chroniques...) et en précarité sociale.

- **au niveau du parcours de santé** qui doit être mieux défini pour viser effectivement à la complémentarité, la pluridisciplinarité, l'articulation des acteurs tout en intégrant les compétences de la personne. Ce parcours devant garantir notamment un

accompagnement global de la personne (vie personnelle, vie professionnelle, environnement familial et social, vie affective et sexuelle, culturelle...) et impliquer une continuité de celui-ci ainsi que l'accès et le maintien dans le soin. La personne est actrice de sa santé.

- **au niveau des plateformes d'appui** aux professionnels de santé prévues à l'article 14, qui doivent s'appuyer sur les dispositifs thématiques qui, à l'échelle locale ou régionale, portent une mission de coordination et d'articulation des acteurs sur les territoires. Les plates-formes d'appui aux professionnels perdraient en efficacité et en expertise si elles devaient se substituer à ces dispositifs existants, thématiques et qui fonctionnent sur les territoires.

Pour garantir cette coordination et s'assurer de l'articulation des acteurs, de la cohérence et du suivi des actions, il apparaît indispensable que les différents financeurs soient associés et participent au service territorial de santé au public. **Nous proposons de faire figurer la notion de concertation entre financeurs comme une mission du service territorial de santé et d'en faire un préalable à la validation des contrats territoriaux de santé.**

➔ Amendements 3, 5, 9, 16, 27, 28, 31, 37.

## 2 Une programmation territoriale qui doit prendre en compte les personnes les plus vulnérables et en détresse sociale

**Le projet de loi rappelle que le PRS doit être élaboré à partir et en cohérence avec les plans et les grandes orientations de santé définies au niveau national.** En réformant le projet régional de santé (notamment en supprimant les schémas d'organisation régionaux et les programmes qui en découlent), le projet de loi simplifie les outils de programmation territoriale.

Cette simplification ne doit toutefois pas occulter :

- la dimension « prévention et promotion de la santé » et sa déclinaison opérationnelle sur les territoires, au risque de réduire la santé à l'offre de soins (ce qui irait à l'encontre des

objectifs généraux poursuivis par le projet de loi),

- la santé des personnes les plus vulnérables (addictions, maladies chroniques, précarité sociale, personne en souffrance psychique...).

**Nous proposons donc :**

- d'introduire dans le schéma régional de santé **des objectifs précis de réduction de inégalités sociales de santé, ainsi que de prévention (notamment en ce qui concerne les addictions), de promotion de la santé et de coordination des acteurs** de la santé, du social et du médico-social, seule garantie pour que les contrats territoriaux de santé puissent décliner opérationnellement cet objectif sur les territoires de santé ;

- de réintroduire le **programme régional d'accès à la prévention et aux soins des personnes démunies (PRAPS)** dans les outils de programmation. Le PRAPS doit figurer dans ces documents de planification, au risque sinon que les problématiques en matière de santé des personnes vulnérables ou en précarité sociale soient diluées et ne soient plus déclinées sur les territoires ;

- de créer un **programme régional pour l'accès à l'hébergement et au logement des personnes en souffrance psychique**, selon les termes de la proposition portée en commun par la FNARS, l'ANPCME, l'UNAFAM et la FNAPSY. Parmi les personnes en situation de vulnérabilité ou de précarité sociale, certaines présentent des troubles psychiques (plus de 33 % des résidents en ACT, bilan national des ACT 2014) et l'amélioration de leur état de santé nécessite à la fois la stabilité que peut leur offrir un « chez-soi » et le bénéfice d'un accompagnement pluridisciplinaire. Ce programme régional doit être une déclinaison du PRS et contribuer au service territorial de santé à travers l'organisation des parcours en santé mentale.

→ **Amendements : 32, 34, 35, 36.**

### **3 Une démocratie en santé qui doit faire participer les personnes vulnérables et en précarité sociale**

**Nous proposons que la participation des personnes en situation de vulnérabilité ou de précarité sociale** à l'élaboration, au suivi et à la mise en œuvre de la politique de santé soit assurée à deux niveaux :

- **à un échelon stratégique** au niveau du **Projet Régional de Santé**, lequel doit prévoir les modalités de participation de ces publics à son adoption et à ses concertations préalables ;

- **à un échelon territorial** au niveau des **conseils territoriaux de santé**. Le projet de loi organise l'expression des usagers au sein de ces conseils territoriaux de santé. Il conviendrait de préciser que les modalités de cette expression assurent la représentation des personnes en situation de vulnérabilité (addictions, maladies chroniques...) ou de précarité sociale qui sont peu représentées dans les associations agréées.

Les conseils régionaux des personnes accueillies ou accompagnées (CCRPA) peuvent être un vivier sur lesquels s'appuyer pour s'assurer de cette représentation.

Nos fédérations proposent par ailleurs de substituer la terminologie de « démocratie en santé » à celle de « démocratie sanitaire ». La première est davantage le reflet d'une approche « santé » qui va au-delà du soin.

→ **Amendement : 33**

### **4 La santé des jeunes enfants doit être prise en compte via notamment le soutien à la parentalité**

Concernant la prévention et la promotion de la santé, le projet de loi entend soutenir les jeunes pour « l'égalité des chances en santé ». Néanmoins, les jeunes visés par le projet de loi sont principalement ceux qui sont scolarisés.

Les actions de prévention et de promotion de la santé doivent viser à la fois les jeunes enfants avant leur entrée à l'école et les femmes enceintes, autour des questions de périnatalité. En effet, certains comportements parentaux peuvent être déterminants quant à l'évolution de la santé des jeunes enfants. C'est une nécessité alors que la pauvreté des enfants s'aggrave.

Dans cette optique, il est important que les interlocuteurs de la petite enfance (PMI, CAF...), qui agissent au quotidien sur les champs de la santé des jeunes enfants et du soutien à la parentalité, puissent être reconnus comme des acteurs contribuant à lutter contre les inégalités sociales et territoriales de santé. Ils doivent être associés à ce titre au service territorial de santé au public et participer aux contrats territoriaux de santé.

**Nous proposons** que les acteurs qui agissent sur la santé des jeunes enfants -avant 3 ans-

(CAF, PMI...) soient associés aux travaux du service territorial de santé au public.

→ Amendements : 1, 4, 19.

## 5 Sur l'évolution des formations des professionnels du sanitaire, du social et du médico-social

L'évolution des formations des acteurs de la santé et du social doit permettre de développer une culture professionnelle commune.

**Nous proposons que l'ensemble de ces professionnels reçoivent, au cours de leur formation initiale et continue, une formation spécifique sur les inégalités sociales et territoriales de santé** intégrant notamment des modules sur les conséquences de l'évolution de la pauvreté et de la précarité sur l'état de santé, sur les déterminants de santé, l'accès aux droits, l'organisation de l'intervention médico-sociale, la lutte contre le non recours et le refus de soins ainsi qu'un module sur les conduites addictives. Les instituts régionaux de travail social pourraient contribuer à ces formations communes.

→ Amendement : 29.

## 6 Sur la lutte contre le non recours et l'accès aux soins

La lutte contre les inégalités sociales et territoriales de santé, véritable enjeu du projet de loi, passe par un certain nombre de mesures.

- Il s'agit de maintenir et renforcer **le caractère obligatoire des permanences d'accès aux soins de santé (PASS)** au sein des établissements de santé, contrairement à l'objectif du projet de loi qui entend les rendre facultatives (article 26). Les PASS sont des cellules de prise en charge médico-sociale, qui doivent faciliter l'accès des personnes démunies non seulement au système hospitalier mais aussi aux réseaux institutionnels ou associatifs de soins, d'accueil et d'accompagnement social. Elles doivent **concourir au service public hospitalier**

et à l'articulation des acteurs de la santé, du social et du médico-social.

- Le projet de loi entend confier à l'ordre des médecins le soin d'évaluer le respect du principe de non-discrimination dans l'accès à la prévention et aux soins. Nos fédérations souhaitent que soit créé un véritable **observatoire du refus de soins tel que proposé dans le cadre de l'avis de la Conférence Nationale de Santé**, avec des déclinaisons régionales, associant des représentants des personnes en situation de précarité. Un bilan annuel permettrait aux acteurs de s'approprier les travaux de cet observatoire et de lutter ainsi efficacement contre le non recours aux soins.

→ Amendements : 20, 21, 26.

## 7 Pour un meilleur accompagnement santé des personnes en situation de précarité

Le projet de loi n'intègre pas des propositions sur l'accès aux soins des plus démunis qui seraient de nature à réduire efficacement les inégalités sociales et territoriales de santé, lesquels par ailleurs avaient été reprises dans le rapport d'Aline ARCHIMBAUD sur l'accès aux soins des plus démunis.

**Nous proposons que soient introduites les deux dispositions suivantes dans l'actuel projet de loi :**

- **la fusion de l'Aide Médicale d'Etat (AME) et de la Couverture maladie universelle (CMU)**, pour garantir la vocation universelle de la CMU et ne pas stigmatiser les migrants,

- **l'automatisme** de l'attribution de la CMU-C aux bénéficiaires du RSA socle et l'ACS aux bénéficiaires de l'ASPA (Allocation Solidarité pour Personnes Agées) et de l'AAH.

**Un groupe de travail** devrait être mis en place concernant la **simplification du dossier** de demande de CMU (base et complémentaire), et la mise en place d'un dossier de demande unique pour les aides sociales (APL, RSA, CMU...).

→ Amendements : 17, 18.

### Contacts :

FNARS, Marion Quach-Hong : 01 48 01 82 34 / [marion.quach-hong@fnars.org](mailto:marion.quach-hong@fnars.org)

FNH-VIH et autres pathologies, Célia Chischportich : 01 48 05 55 54 / [celia.chischportich@fnh-vih.org](mailto:celia.chischportich@fnh-vih.org)

Fédération Addiction, Nathalie Latour : 01 43 43 72 38 / [n.latour@federationaddiction.fr](mailto:n.latour@federationaddiction.fr)