

PROJET DE LOI SANTÉ

Favoriser l'égalité et l'accès à la santé sur les territoires

Plateforme des propositions communes des associations de solidarité intervenant dans le champ de la santé

La santé des populations concerne tout à la fois la prévention, l'éducation et la promotion à la santé, les soins et l'accompagnement médico-social et social. Elle nécessite, de fait, une appréhension interministérielle.

La santé, dans toutes ses dimensions, est mise en œuvre sur les territoires, en proximité avec les personnes et les familles concernées, par des acteurs publics, privés et par de nombreuses associations.

Plusieurs d'entre elles se sont mobilisées pour formuler des propositions sur le projet de loi de santé. Ces propositions sont rassemblées dans cette plateforme commune.

Deux objectifs :

1. **Partager une vision politique de la santé** visant la réduction des inégalités sociales et territoriales pour les publics en situation de vulnérabilité.
2. **Porter ensemble des amendements** au projet de loi de santé, reflétant les préoccupations des associations et fédérations impliquées.



NOS PROPOSITIONS COMMUNES

Titre liminaire :

Rassembler les acteurs de la santé autour d'une stratégie partagée

Le projet de loi relatif à la santé présente d'indéniables avancées en matière de coordination des professionnels autour des parcours des usagers du système de santé et de promotion / prévention de la santé.

Dix ans après la loi du 9 août 2004 portant des objectifs d'amélioration de la santé publique, c'est **une nouvelle « vision » qui s'affirme pour transformer le système de santé :**

- **plus cohérente** par la mise en place du Service territorial de santé au public ;
- **plus démocratique** par l'association des usagers à l'élaboration des politiques de santé ;
- **plus solidaire** par la priorité donnée à la lutte contre les barrières financières d'accès aux soins et une meilleure prise en compte des publics en situation de vulnérabilité.

Néanmoins, l'abandon de la perspective d'une loi de santé publique intégrant des programmes dans ce domaine, avec des mesures visant à lutter contre les inégalités territoriales et sociales de santé, interroge les organisations sur la réalité des objectifs de prévention et d'amélioration de l'état de santé pour tous, affichés dans la stratégie nationale de santé.

Le peu d'espace accordé aux droits des personnes les plus éloignées du système de santé et aux personnes en situation de vulnérabilité ou encore l'absence de perspectives pour les services de la Protection maternelle et infantile nécessitent des correctifs importants.

4 principes qui guident notre action :

- **La prise en compte de la personne** dans sa singularité et dans sa globalité et la non-discrimination à l'accès des services de santé.

- **L'affirmation du secteur à but non lucratif** comme une offre pertinente de réponses aux besoins de santé, car répondant aux obligations de services publics.
- **Le développement de la promotion et de la prévention**, de sa programmation et de son évaluation, visant la réduction des inégalités sociales de santé et de leurs déterminants.
- **L'importance accordée au secteur social et médico-social, porteur d'offres pertinentes d'accompagnement dans les parcours de santé.**

3 priorités pour les associations de solidarité

- **L'égalité de l'accès pour tous à la prévention et aux soins sur les territoires.**
- **La cohérence et l'articulation des dispositifs** sanitaires, médico-sociaux et sociaux dans le cadre des parcours de santé et du service territorial de santé au public.
- **La participation concrète des usagers** au système de santé.

2 demandes essentielles pour réussir la mise en œuvre de la loi :

- **Participer à la réussite des parcours de santé, notamment en faveur des personnes en situation de vulnérabilité.**
- **Être associées, sur les territoires de proximité, à la mise en œuvre du service territorial de santé au public avec les hôpitaux publics pour éviter tout « hospitalo-centrisme ».**

Telle est la vision politique de la santé que nous, associations de solidarité, partageons, soutenons, défendons et revendiquons.

Titre I :**Renforcer la prévention et la promotion de la santé*****La prévention : une priorité absolue pour agir sur les déterminants de santé***

La prévention est pour nous un levier de réduction des inégalités de santé.

→ Nos propositions :

- **Renforcer la prévention à l'égard des personnes les plus éloignées du système de santé et lutter contre les refus et les renoncements aux soins (raisons financières et administratives et déterminant socio-culturels)**
- **Accorder une priorité :**
 - A la petite enfance et au soutien à la parentalité en lien avec les services de Protection maternelle infantile (PMI), et les autres acteurs de la prévention (services de santé périnatale, centres de planification, centres de santé infirmiers).
 - Aux publics jeunes en lien avec les acteurs spécialisés (planning familial, Consultations Jeunes Consommateurs, Maisons des adolescents...)
- **Intégrer la prévention en santé** dans le contenu des formations médicales et paramédicales.
- **Mettre en cohérence les financements de la prévention.**
- **Développer une stratégie globale de prévention avec plusieurs niveaux d'intervention complémentaire et articulé afin de garantir son efficacité :**
 - Une prévention « universelle » (spot TV, campagne de presse...) en cohérence avec des programmes ciblés ;
 - Une prévention collective ciblée et/ou thématique qui s'appuie autant que possible sur des programmes validés et des modalités d'intervention évaluées ;
 - Une prévention individuelle de proximité qui permet d'agir sur les facteurs de risques (repérage, intervention précoce, réduction des risques...)

La redéfinition du système de prévention et de promotion en santé

Aujourd'hui, il n'existe pas de système de promotion et de prévention en santé suffisamment lisible et accessible à tous. Pourtant, un grand nombre d'acteurs compétents pour le grand public ou un public ciblé interviennent pour prévenir la détérioration de l'état de santé des personnes (médecine scolaire pour les élèves, médecine du travail pour les salariés, prévention précoce par les CAMSP pour les enfants en situation de handicap, prévention des addictions par les CSAPA...).

→ Nos propositions :

- **Intégrer un parcours de prévention au parcours de santé** tout au long de la vie, y compris sur le champ du soutien à la parentalité.
- **Articuler et clarifier les compétences des acteurs de la prévention** pour faciliter la coordination des opérateurs existants et renforcer la création de partenariats.
- **Définir les grandes lignes politiques d'un système de prévention** coordonné et transversal.
- **Inclure des objectifs précis en matière de prévention et de promotion en santé dans le schéma régional de santé.**
- **Redéployer les moyens et les compétences de la prévention, en cohérence avec les priorités de santé.**

Titre II :**Faciliter au quotidien les parcours de santé*****Favoriser l'accès aux soins et à l'accompagnement***

Le projet de loi de santé inscrit l'expérimentation de projets-pilotes d'accompagnement sanitaire, social et administratif pour les personnes ayant une maladie chronique ou étant particulièrement exposées au risque d'une telle maladie.

Nous souscrivons à une telle proposition qui pose clairement que l'accompagnement des personnes et des malades, centré sur le renforcement de leur autonomie et de leurs capacités de décision, est une mission à part entière du système de santé. Nous demandons par ailleurs qu'une articulation entre ces projets d'expérimentations et les plateformes d'appui aux professionnels, au sein du service territorial de santé au public, soit mise en place.

Le projet de loi de santé représente une réelle opportunité pour affirmer que l'optimisation des parcours de santé des personnes et des malades repose aussi sur la capacité du système à donner les moyens aux usagers de l'utiliser au mieux et d'agir ainsi sur leurs propres parcours.

→ Nos propositions :

- **Promouvoir le droit à l'accompagnement à partir d'une meilleure définition du parcours de santé dans le projet de loi.** Celui-ci constitue en effet, pour les associations de solidarité, la garantie de la prise en compte globale de la personne. Une meilleure définition du parcours de santé favorisera la complémentarité, la pluridisciplinarité, l'articulation des acteurs. L'objectif est notamment de mettre en place un accompagnement global de la personne (vie personnelle, vie professionnelle, environnement familial et social, vie affective et sexuelle, culturelle...). Le parcours de santé implique de ce fait une continuité des interventions sanitaires, sociales et médico-sociales au niveau territorial, extraterritorial ou extrarégional.
- **Faciliter l'accès à la santé par la reconnaissance de la médiation sanitaire et de l'interprétariat.**
- **Renforcer l'accès aux droits et aux soins** des personnes qui en sont le plus éloignées en réaffirmant le caractère obligatoire des PASS (Permanence d'accès aux soins de santé)
- **Fusionner l'Aide médicale d'État (AME) et la Couverture maladie universelle (CMU).**

Le service territorial de santé au public et le groupement hospitalier de territoire

Nous soutenons pleinement le principe du service territorial de santé au public et de groupement hospitalier de territoire. Ces dispositifs favoriseront une meilleure coordination des acteurs et devraient ainsi permettre de réduire les inégalités sociales et territoriales de santé.

→ Nos propositions :

- **Impliquer systématiquement les acteurs sociaux et médico-sociaux, avec les représentants d'usagers et les collectivités territoriales, dans l'élaboration, la mise en œuvre et l'évaluation du « diagnostic territorial partagé » et du « projet territorial de santé ».** C'est en effet la qualité du travail en réseau de l'ensemble des acteurs locaux, avec ceux du secteur sanitaire, qui fera « bouger les lignes » des cloisonnements actuels sur les territoires et bassins de vie.

- **Garantir le lien entre les futurs conseils territoriaux de santé** et le service territorial de santé au public. Les usagers du système de santé et les associations, avec les élus, ont un rôle déterminant à jouer pour favoriser les nouvelles organisations territoriales, les suivre et les évaluer.
- **Anticiper les éventuelles difficultés d'articulation entre les projets territoriaux** et les contrats locaux de santé déjà engagés et dont les bilans s'avèrent positifs.

Le recours au Fonds d'intervention régional questionne la réalité de la mise en œuvre des Services territoriaux de santé au public, tant cette enveloppe budgétaire est sollicitée sans garantie d'une augmentation de sa dotation.

Pour le service territorial de santé au public en matière de santé mentale, **nous souhaitons** une plus grande articulation de l'ensemble des acteurs sanitaires, sociaux et médico-sociaux concernés et mettant en œuvre de manière concertée des actions de prévention, de diagnostic, de soins, d'insertion et d'hébergement auprès des personnes en souffrance psychique ou potentiellement en risques.

Parallèlement, nous insistons pour que les inégalités territoriales d'équipement et de pratiques fassent l'objet de correctifs à partir d'une stratégie concertée.

Le suivi de la territorialisation de la politique de santé

Les initiatives locales sont essentielles et nous insistons beaucoup sur cette liberté pour réussir les profondes mutations du secteur de la santé sur les territoires d'actions.

Toutefois, au regard de l'importance du changement culturel que représente la territorialisation du système de santé, **nous proposons que soient définis, pour les agences régionales de santé (ARS), les outils suivants d'accompagnement :**

- **Au niveau national : un cadre fixant les conditions minimales d'organisation** des actions-pilotes préfigurant la généralisation des projets territoriaux, sans toutefois en rigidifier le contenu et la structuration. Celui-ci garantirait la prise en compte des dispositifs expérimentaux déjà existants et ayant démontré leur efficacité.
- **Au niveau des ARS : une centralisation des bonnes pratiques** et des expériences réussies pour les faire connaître, avec une diffusion aux acteurs régionaux de la santé et aux élus locaux.

Faire de la lutte contre le renoncement et le refus de soins une priorité

Nous nous félicitons du parachèvement du dispositif de tiers payant inscrit à l'article 18 du projet de loi. Toutefois, la France reste le pays européen qui a le plus fort taux de non recours aux soins (16,8 % pour raisons financières en 2008 – Étude Drees). Les dispositifs d'aide à la complémentaire santé sont également sous-utilisés (75 % de non recours à l'aide à la complémentaire santé).

→ Nos propositions :

- **Créer un observatoire indépendant des refus de soins.**
- **Ouvrir la possibilité de réaliser des testings téléphoniques** et révéler les pratiques discriminantes de refus de prise en charge, quelle qu'en soit la raison (ressources, type de couverture maladie, situation de handicap...) aux associations représentatives en santé.
- **Rendre automatique l'affiliation à la CMU-C.**

Titre III :

Innover pour garantir la pérennité de notre système de santé

Formation initiale et développement personnel continu

→ Nos propositions :

Pour renforcer la qualité de la formation des professionnels de santé, **nous proposons l'application des mesures suivantes dans le contenu du parcours de formation :**

- Introduire dans le contenu stratégique des formations la **question de la promotion et de la prévention de la santé.**
- Introduire dès le deuxième cycle de médecine des **modules ayant trait à la précarité**, dont les contenus viseraient la lutte contre les inégalités sociales et territoriales de santé, la lutte contre le non recours, le refus de soins, les interventions sociales et médico-sociales...

- Mettre en place, tout au long des parcours professionnels, des **formations croisées** entre les professionnels du secteur sanitaire et ceux des secteurs de l'accompagnement social et médico-social.
- Renforcer la formation initiale et continue des professionnels de santé sur les **handicaps** (causes, conséquences sur la santé, adaptation des prises en charges, communications adaptées) et former les personnels administratifs à l'accueil des personnes en situation de handicap.

Cette reconnaissance réciproque entre les professionnels du secteur de la santé et ceux de la solidarité en général devrait faciliter :

- leur **compréhension des parcours de santé** pour chaque personne ;
- leurs compétences communes pour développer le **travail en réseau sur les territoires** dans le cadre des projets territoriaux de santé.

Cette recommandation est essentielle pour « **faire bouger les lignes** » des incompréhensions et des indifférences constatées sur les territoires entre des professionnels du secteur sanitaire et ceux des champs médico-social et social chargés d'accompagner des personnes en difficulté sociale.

Titre IV :

Renforcer l'efficacité des politiques publiques et la démocratie en santé

La démocratie en santé

Nous proposons que systématiquement, les termes de « démocratie sanitaire » puissent être remplacés par ceux de « démocratie en santé ». Ceux-ci traduisent mieux la vision globale, transversale et interministérielle de la santé telle que proposée par le projet de loi de santé.

Le projet régional de santé et la programmation des besoins

Nous sommes favorables au regroupement des schémas de planification pour aboutir à une réelle transversalité des besoins pluriannuels avec les différentes composantes de la politique de santé dans le cadre du schéma régional de santé. Cependant deux outils restent indispensables pour lutter contre les inégalités territoriales et sociales de santé.

→ Nos propositions :

- **Maintenir le programme** pour répondre aux besoins des personnes en grande difficulté sociale (PRAPS). Il s'agit de lutter contre les refus et les renoncements aux soins et d'identifier clairement des objectifs précis en matière de lutte contre la pauvreté et la précarité. L'objectif stratégique en matière d'accompagnement en santé à l'égard des publics en situation de fragilité reste le recours aux dispositifs de « droit commun » chaque fois que cela est possible.
- **Créer un programme régional pour l'accès à l'hébergement accompagné et au logement des personnes en souffrance psychique¹**. Parmi les personnes en situation de vulnérabilité ou de précarité sociale, certaines présentent des troubles psychiques (plus de 33 % des résidents en appartement de coordination thérapeutique - *Bilan national des ACT 2014*). 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 Projet régional de santé et contribuer au service territorial de santé aux publics à travers l'organisation des parcours en santé mentale.

La participation des usagers

Nous constatons que les droits des usagers du secteur sanitaire et médico-social restent cloisonnés. La loi du 2 janvier 2002 comme celle du 4 mars 2002 mettent en place des dispositifs législatifs sectoriels faisant référence au secteur médico-social et social pour le premier et au secteur sanitaire pour le second. Une telle situation ne peut plus perdurer. Dans le même temps un renforcement de la participation des usagers aux politiques publiques reste à développer.

→ Nos propositions :

Dans le prolongement du rapport de Claire Compagnon « *Pour l'an 2 de la démocratie sanitaire* », nous souhaitons **que des solutions soient étudiées pour mieux coordonner les instances de représentation et de participation des usagers dans les secteurs sanitaire, social et médico-social** :

- Afin de renforcer la participation de l'ensemble des usagers du service de santé, **nous proposons que des représentants des CCRPA** (Conseils consultatifs régionaux des personnes accueillies) soient des acteurs à part entière du collège des usagers des Conférences régionales de santé et autonomie ainsi que des Conseils territoriaux de santé.

Une telle mesure permettrait de prendre en compte les besoins de santé des personnes en situation de précarité ou exclues de leurs droits dans l'élaboration, la mise en œuvre et l'évaluation des politiques territoriales de santé.

- **Donner** les moyens aux associations d'usagers de la santé pour accomplir leur mission de représentation afin de mieux prendre en compte la parole des personnes concernées.
- **Rendre effective une médiation externe** pour le traitement des plaintes et réclamations individuelles (au moins dans le secteur médico-social), ce qui permettrait le respect des droits des usagers. L'objectif est de créer une dynamique de « communauté des usagers » en mesure d'exprimer son point de vue sur le fonctionnement d'un établissement sanitaire, avec la Commission des usagers ou d'un établissement social et médico-social, avec le Conseil de la vie sociale, et de pouvoir établir des recommandations relatives à la démocratie en santé tout au long des parcours de santé.
- **Valoriser l'expertise d'usage des structures médico-sociales** dans les instances de démocratie en santé ;

Contact : Valérie Mercadal – Uniopss : 15 rue Albert – CS 21306 – 75214 Paris Cedex 13
Tél : 01 53 36 35 06 – email : vmercadal@uniopss.asso.fr
www.uniopss.asso.fr

¹ Selon les termes de la proposition portée en commun par la FNARS, l'ANPCME, l'UNAFAM et la FNAPSY

NOS PROPOSITIONS D'AMENDEMENTS

Titre I :Renforcer la prévention et la promotion de la santé

1. PROMOUVOIR LA SANTE DES LA PETITE ENFANCE 10
2. RENFORCEMENT DES MISSIONS DE PREVENTION DES CSAPA (CENTRES DE SOINS, D'ACCOMPAGNEMENT ET DE PREVENTION EN ADDICTOLOGIE) 11

Titre II :Faciliter au quotidien les parcours de santé

3. ASSOCIER LES FINANCEURS AUX ACTIONS IDENTIFIEES DANS LE PROJET TERRITORIAL DE SANTE . 14
4. ASSOCIER LE SERVICE DE PROTECTION MATERNELLE INFANTILE AU SERVICE TERRITORIAL DE SANTE AU PUBLIC 15
5. INCITER LES SERVICES TERRITORIAUX DE SANTE AU PUBLIC A TRAVAILLER SUR LES CONDUITES ADDICTIVES 16
6. LE SERVICE TERRITORIAL DE SANTE AU PUBLIC 17
7. PARCOURS DES ENFANTS ET ADOLESCENTS ACCOMPAGNES EN ITEP – RECONNAISSANCE DU DISPOSITIF ITEP DANS LA LOI 18
8. MODIFICATION DE L'INTITULE DU CHAPITRE I DU TITRE II 20
9. DEFINITION DU PARCOURS DE SANTE 21
10. LE SERVICE TERRITORIAL DE SANTE AU PUBLIC EN MATIERE DE SANTE MENTALE 22
11. LE SERVICE TERRITORIAL DE SANTE AU PUBLIC EN MATIERE DE SANTE MENTALE 23
12. LE SERVICE TERRITORIAL DE SANTE AU PUBLIC EN MATIERE DE SANTE MENTALE 24
13. METTRE EN COHERENCE LES DISPOSITIONS DE DESIGNATIONS PAR L'ARS DES ETABLISSEMENTS DE SOINS PSYCHIATRIQUES AVEC L'ACTIVITE DE SECTEUR DE PSYCHIATRIE POUR LES SOINS SANS CONSENTEMENT 26
14. DISPOSITION ADDITIONNELLE DANS L'ARTICLE 13 27
15. LES PLATEFORMES POUR UN SERVICE LISIBLE D'APPUI A LA COORDINATION DES PARCOURS COMPLEXES 28
16. COORDONNER LES NOUVELLES PLATEFORMES D'APPUI AUX PROFESSIONNELS ET LES DISPOSITIFS EXISTANTS 29
17. METTRE FIN A LA SPECIFICITE DU DISPOSITIF DE L'AIDE MEDICALE D'ETAT 30
18. SIMPLIFICATION DU DROIT - ALLONGER LA DUREE DES DROITS A LA CMU-C ET RENOUVELER AUTOMATIQUEMENT LES DROITS 31
19. INTEGRER LES PASS ET LES PMI DANS LES SOINS DE PREMIER RECOURS..... 32
20. LUTTER CONTRE LES REFUS DE SOINS..... 33
21. ARTICLE ADDITIONNEL AVANT L'ARTICLE 19 33
22. LUTTER CONTRE LES REFUS DE SOINS..... 35
23. CREATION D'UN SERVICE PUBLIC D'INFORMATION GLOBALE EN SANTE 37
24. INSCRIPTION ET DEVELOPPEMENT DES MAISONS D'ACCUEILS HOSPITALIERES 38

25. FACILITER L'ACCES A LA SANTE PAR LA RECONNAISSANCE DE LA MEDIATION SANITAIRE ET DE L'INTERPRETARIAT.....	40
26. RETABLIR LE CARACTERE OBLIGATOIRE DES PERMANENCES D'ACCES AUX SOINS DE SANTE (PASS) AU SEIN DES ETABLISSEMENTS DE SANTE	41
27. GROUPEMENTS HOSPITALIERS DE TERRITOIRES.....	42
28. ASSOCIER LE GROUPEMENT HOSPITALIER DE TERRITOIRE AU SERVICE TERRITORIAL DE SANTE AU PUBLIC.....	43

Titre III : Innover pour garantir la pérennité de notre système de santé

29. FORMER LE CORPS MEDICAL A LA PRISE EN CHARGE DES PATIENTS EN SITUATION DE PRECARITE	45
30. INNOVER POUR GARANTIR LA PERENNITE DE NOTRE SYSTEME DE SANTE.....	46

Titre IV : Renforcer l'efficacité des politiques publiques et la démocratie en santé

31. INTEGRER DES OBJECTIFS DE LUTTE CONTRE LES INEGALITES SOCIALES ET TERRITORIALES DE SANTE DANS LES COMMISSIONS DE COORDINATION DE POLITIQUE PUBLIQUE DES ARS.....	48
32. INTRODUIRE DES OBJECTIFS PRECIS DE PREVENTION, DE PROMOTION DE LA SANTE ET DE COORDINATION DES ACTEURS DANS LE SCHEMA REGIONAL DE SANTE	49
33. GARANTIR LA PARTICIPATION DES PERSONNES CONFRONTEES A DES DIFFICULTES SPECIFIQUES, EN SITUATION DE VULNERABILITE ET DE PRECARITE SOCIALE AU SEIN DES CONSEILS TERRITORIAUX DE SANTE	50
34. REINTRODUIRE LE PRAPS DANS LE PROJET REGIONAL DE SANTE.....	51
35. INTEGRER DANS LE PROJET REGIONAL DE SANTE UN PROGRAMME RELATIF AU MAINTIEN DANS LE LOGEMENT ET A L'ACCES AU LOGEMENT ET A L'HEBERGEMENT ACCOMPAGNE DES PERSONNES EN SOUFFRANCE PSYCHIQUE	52
36. INTEGRER DANS LES CONTRATS TERRITORIAUX DE SANTE UN PROGRAMME RELATIF AU MAINTIEN DANS LE LOGEMENT ET A L'ACCES AU LOGEMENT ET A L'HEBERGEMENT DES PERSONNES EN SOUFFRANCE PSYCHIQUE	53
37. INTEGRER L'ACCOMPAGNEMENT SOCIAL DANS LES OBJECTIFS DU SCHEMA REGIONAL DE SANTE	54
38. ARTICULER LE SCHEMA REGIONAL DE SANTE AVEC LES SCHEMAS DEPARTEMENTAUX DE L'ORGANISATION SOCIALE ET MEDICO-SOCIALE	55

Titre I :

Renforcer la prévention et la promotion de la santé

ASSEMBLEE NATIONALE

AMENDEMENT N° 1

PROMOUVOIR LA SANTE DES LA PETITE ENFANCE

ARTICLE ADDITIONNEL AVANT L'ARTICLE 2

Après l'article 1, insérer l'article suivant :

«Article 1 bis :

Le soutien des jeunes enfants, avant l'entrée dans les dispositifs scolaires, pour l'égalité des chances en santé nécessite l'accompagnement des parents pendant les premières années de vie de l'enfant. Les politiques familiales de la Caisse nationale des allocations familiales et le service départemental de la protection maternelle et infantile mettent en place des actions de promotion de la santé qui concourent à l'amélioration de la santé des enfants et des parents. »

EXPOSÉ SOMMAIRE

La santé des jeunes est un objectif prioritaire visé par le projet de loi, conformément aux orientations de la stratégie nationale de santé. Celui-ci occulte cependant la santé des jeunes enfants avant l'âge de trois ans qui ne sont pas scolarisés. Les actions destinées au développement de la petite enfance sont pourtant indispensables pour non seulement améliorer l'état de santé des enfants mais également soutenir les parents et agir ainsi sur les déterminants de santé. Selon l'UNICEF, le taux de pauvreté à l'égard des enfants est passé en France de 15,6% à 18,6% entre 2008 et 2012, ce qui correspond à une augmentation d'environ 440 000 enfants pauvres. L'enquête du Samu social de Paris de 2014 auprès des familles hébergées à l'hôtel est également alarmante : *« Plus de 80% de familles sous le seuil de pauvreté, près de 8 familles sur 10 et 2 enfants sur 3 en insécurité alimentaire, 29% de mères souffrant de dépression, une prévalence de l'obésité bien supérieure à la population générale »*. Ces différents constats rendent nécessaire le développement d'actions à l'égard des parents et des enfants, avant leur scolarisation. Elles doivent donc être reconnues et soutenues en tant que telles. Cet amendement vise à leur reconnaissance.

ASSEMBLEE NATIONALE

AMENDEMENT N°2

RENFORCEMENT DES MISSIONS DE PREVENTION DES CSAPA (CENTRES DE SOINS, D'ACCOMPAGNEMENT ET DE PREVENTION EN ADDICTOLOGIE)

ARTICLE ADDITIONNEL APRES L'ARTICLE 8

Après l'article 8, il est inséré un article 8 bis ainsi rédigé :

« Article 8 Bis

Dans le code de la santé publique, il est inséré un article L3411-6 ainsi rédigé:

« Les centres de soins, d'accompagnement et de prévention en addictologie assurent obligatoirement des missions d'accompagnement médico-social, de soins et de prévention individuelle. Les dépenses afférentes à l'organisation et à la réalisation de la mission de prévention sont prises en charge par les régimes obligatoires de base d'assurance maladie dans les conditions fixées par l'article L.314-8 du code de l'action sociale et des familles. Le même article détermine les conditions de prise en charge par les régimes obligatoires de base d'assurance maladie des dépenses de soins et d'accompagnement médico-social réalisées par ces centres ». ».

Au premier alinéa de l'article L3411-2 du code de la santé publique, les mots « à l'exclusion des dépenses médico-sociales » sont remplacés par les mots « à l'exclusion des dépenses médico-sociales, de soins et de prévention ».

Dans le code de l'action sociale et des familles, après le sixième alinéa de l'article L. 314-8, il est inséré un nouvel alinéa ainsi rédigé :

« Les dépenses de prévention des centres de soins d'accompagnement et de prévention en addictologie sont financées chaque année par le biais d'une dotation globale de financement spécifique arrêtée par le Directeur général de l'agence régionale de santé à partir des propositions budgétaires formulées par le gestionnaire du centre et compte tenu des critères de tarification fixés par l'article L. 314-7 du présent code. Il n'est pas fait application des dispositions du code de la sécurité sociale et du code rural et de la pêche maritime relatives à l'ouverture du droit aux prestations couvertes par les régimes de base, au remboursement de la part garantie par l'assurance maladie, à la participation de l'assuré aux tarifs servant de base aux remboursements, ainsi qu'au forfait mentionné à l'article L. 174-4 du code de la sécurité sociale. ».

EXPOSE DES MOTIFS

Depuis de trop nombreuses années, notre pays fait collectivement le constat que notre système de santé consacre la quasi-totalité de ses moyens à la dimension curative et n'investit que très marginalement dans la prévention. Cette dernière est pourtant essentielle pour prévenir certaines maladies ou comportements à risque et améliorer le bien-être individuel et collectif de nos concitoyens. Elle permet d'éviter des dépenses et est ainsi source d'économies notamment pour le système de santé. Plus généralement, elle améliore la situation économique et sociale des pays qui font cet investissement. Dès lors pourquoi ce sous-investissement en matière de prévention

perdure-t-il dans notre pays malgré les engagements des différents décideurs publics depuis des décennies ?

Il est donc essentiel que la prévention en santé devienne une priorité réelle des pouvoirs publics et que les moyens dédiés aux différentes actions de prévention soient renforcés. Le projet de loi de santé nous semble être un levier important à activer pour réussir cette évolution.

Dans le cadre d'un renforcement de toutes les actions de prévention de santé qu'elle appelle de ses vœux, la Fédération Addiction propose, par le présent amendement, de renforcer les actions de prévention des CSAPA (centres de soins, d'accompagnement et de prévention en addictologie) et de sécuriser et pérenniser leurs financements.

Les addictions sont un problème majeur de santé publique dont les impacts sont multiples : sanitaires, médicaux, sociaux... Ainsi, chaque année, les conduites d'addiction aux substances psychoactives, en particulier les consommations de tabac, d'alcool, de substances illicites, causent 100 000 décès prématurés et coûtent à notre pays plus de 1% de son PIB^[1]. Les addictions interviennent directement dans 30 % de la mortalité précoce, c'est-à-dire les décès avant 65 ans. Le poids de ces conduites sur la morbidité générale est estimé à environ 20 % : complications somatiques et psychiatriques, accidents de la route,... La France est l'un des pays d'Europe les plus touchés.

Pour autant, les addictions ne sont pas qu'un problème de santé publique. Elles ont des conséquences économiques, sociales et humaines : des économies souterraines et des trafics se développent, des quartiers en subissent les nuisances en termes de tranquillité publique, des groupes familiaux sont déstructurés...

Ces pratiques d'usage sont d'abord et essentiellement des conduites sociales, avant de devenir des conduites addictives. Toutes les catégories de la population sont concernées mais, l'addiction étant un phénomène multifactoriel, nous ne sommes pas égaux devant les risques.

En 2007, le législateur a unanimement reconnu la mission de prévention des CSAPA. Cette première étape a été saluée par les acteurs concernés. Cette première étape en appelle désormais une autre celle d'une meilleure reconnaissance de cette mission et une simplification et pérennisation des financements qui lui sont alloués. Tel est l'objet de la présente proposition d'amendement qui prévoit que les dépenses de prévention des CSAPA sont prises en charge par les régimes obligatoires d'assurance maladie dans le cadre d'une dotation globale spécifique, distincte de celle finançant les dépenses d'accompagnement médico-social et de soins. Il est ainsi proposé de pérenniser ce financement et d'en simplifier l'attribution dans le cadre de la procédure budgétaire annuelle (dotation globale spécifique figurant dans tous les arrêtés de tarification) en lieu et place de financements octroyés aujourd'hui dans le cadre de procédures lourdes à gérer administrativement et ne garantissant pas la pérennité des actions pourtant pertinentes.

^[1] Coûts et bénéfices économiques des drogues – P. KOPP et P FENOGLIO – OFDT – Juin 2004

Titre II :

Faciliter au quotidien les parcours de santé

ASSEMBLEE NATIONALE

AMENDEMENT N°3

ASSOCIER LES FINANCEURS AUX ACTIONS IDENTIFIEES DANS LE PROJET TERRITORIAL DE SANTE

ARTICLE 12

A la fin de l'alinéa 13, insérer les mots :

« *et ceux assurant leur financement.* »

EXPOSÉ SOMMAIRE

Cet amendement vise à garantir l'effectivité des actions définies dans le cadre du projet territorial de santé en associant les financeurs qui doivent se coordonner dans le cadre des contrats territoriaux de santé.

ASSEMBLEE NATIONALE

AMENDEMENT N°4

ASSOCIER LE SERVICE DE PROTECTION MATERNELLE INFANTILE AU SERVICE TERRITORIAL DE SANTE AU PUBLIC

ARTICLE 12

A l'alinéa 5, après le mot :

« *autonomie* »

insérer les mots :

« *les enfants et les familles.* »

EXPOSÉ SOMMAIRE

Différentes enquêtes et constats montrent aujourd'hui une évolution alarmante de la situation sanitaire et psychique des jeunes enfants et de leurs parents. Cela justifie que ce public soit visé spécifiquement dans les parcours de santé et qu'il bénéficie d'une coordination des professionnels sanitaires, sociaux et médico-sociaux.

En effet, selon l'UNICEF, le taux de pauvreté des enfants est passé en France de 15,6% à 18,6% entre 2008 et 2012, ce qui correspond à une augmentation d'environ 440 000 enfants pauvres. L'enquête du Samu social de Paris de 2014 auprès des familles hébergées à l'hôtel est également accablante : « *Plus de 80% de familles sous le seuil de pauvreté, près de 8 familles sur 10 et 2 enfants sur 3 en insécurité alimentaire, 29% de mères souffrant de dépression, une prévalence de l'obésité bien supérieure à la population générale* ».

ASSEMBLEE NATIONALE

AMENDEMENT N°5

INCITER LES SERVICES TERRITORIAUX DE SANTE AU PUBLIC A TRAVAILLER SUR LES CONDUITES ADDICTIVES

ARTICLE 12

Rédiger ainsi l'alinéa 5 :

« Il contribue à structurer les soins de proximité et les parcours de santé, notamment pour les patients atteints d'une maladie chronique, les personnes en situation de précarité sociale, d'addiction, de handicap ou de perte d'autonomie »

EXPOSÉ SOMMAIRE

Les conduites addictives sont un problème majeur de santé publique qui cause, chaque année, 100 000 décès prématurés et coûte à notre pays plus de 1% de son PIB. Leur impact sur la morbidité générale est estimé à environ 20 %.

Le service territorial de santé au public a pour objectif de mettre en place une organisation accessible et lisible, notamment pour les patients dont les parcours de santé se révèlent complexes et nécessitent une coordination.

De par le caractère multifactoriel et transversal des addictions ainsi que la diversité des acteurs du système de santé (médicosocial, sanitaire, ville) impliqués dans leur prise en charge, il est nécessaire que l'ensemble des services territoriaux de santé se saisissent de cette thématique.

ASSEMBLEE NATIONALE

AMENDEMENT N°6

LE SERVICE TERRITORIAL DE SANTE AU PUBLIC

ARTICLE 12

- I. A l'alinéa 8 de l'article 12, compléter les mots « *sociaux et médico-sociaux,* » par « *les services départementaux mentionnés à l'article L. 2112-1 du code de la santé publique* ».
- II. A l'alinéa 8 de l'article 12, compléter les mots « *dans l'offre de services sanitaires et médico-sociaux* » par « *et de prévention* ».
- III. L'alinéa 12 de l'article 12 est complété par une phrase ainsi rédigée :
« *L'agence régionale de santé transmet tous les ans aux conseils départementaux consultatifs des personnes handicapées mentionnés à l'article L146-2 du code de l'action sociale et des familles un bilan de la mise en œuvre et des préconisations pour l'amélioration du service territorial de santé au public* ».
- IV. L'alinéa 16 de l'article 12 est complété par une phrase ainsi rédigée :
« *Un décret de la ministre en charge de la santé précisera les conditions d'application* ».
- V. L'alinéa 19 de l'article 12 est complété par une phrase ainsi rédigée :
« *Un décret de la ministre en charge de la santé précisera les conditions d'application* ».

EXPOSE SOMMAIRE

Pour assurer la coordination de l'ensemble des acteurs de santé, cet amendement intègre explicitement les services départementaux de la Protection maternelle et infantile comme des acteurs participant au service public territorial de santé.

Il s'agit d'intégrer au diagnostic territorial partagé la mission d'identification des insuffisances dans l'offre de prévention, son accessibilité ainsi que la continuité de ses services de prévention et de préconiser des actions pour y remédier.

Aussi, cet amendement a pour objet de transmettre au CDCPH (conseil départementaux consultatifs des personnes handicapées) un bilan annuel concernant la mise en œuvre du service territorial de santé au public.

Enfin, il s'agit de renvoyer à la parution d'un décret les modalités d'application des dispositions relatives au renouvellement des autorisations sanitaires et médico-sociales ainsi que celles concernant l'octroi de subventions.

Tel est l'objet du présent amendement.

ASSEMBLEE NATIONALE

AMENDEMENT N°7

PARCOURS DES ENFANTS ET ADOLESCENTS ACCOMPAGNES EN ITEP – RECONNAISSANCE DU DISPOSITIF ITEP DANS LA LOI

ARTICLE ADDITIONNEL, APRES L'ARTICLE 12

Après l'article 12, insérer l'article suivant :

« Article 12 bis

- I. Au I de l'article L. 312-1 du code de l'action sociale et des familles, après le dernier alinéa, il est inséré un alinéa ainsi rédigé :

« Les instituts thérapeutiques, éducatifs et pédagogiques visés au 4° sont organisés en dispositif conjuguant, en tant que de besoin, accueil de jour, accueil de nuit, accompagnement ambulatoire articulés avec le secteur sanitaire, le secteur social et l'éducation nationale. Un décret détermine les conditions d'organisation, de fonctionnement et de financement de ces dispositifs ».

- II. Au 2° de l'article L. 241-6 du code de l'action sociale et des familles, il est ajoutée la phrase suivante : *

« Elle peut aussi notifier une orientation en dispositif au sens du dernier alinéa du I de l'article L. 312-1 du présent code ».

- III. Au b de l'article L. 313-3 du code de l'action sociale et des familles, après les mots « du I de l'article L. 312-1 », il est ajoutée « pour les dispositifs visés au dernier alinéa du I de l'article L. 312-1 ».

EXPOSE SOMMAIRE

Depuis de très nombreuses années, les pouvoirs publics mettent, à juste titre, l'accent sur la nécessité d'accompagner nos concitoyens de manière globale, en luttant contre les cloisonnements, en évitant les ruptures dans les accompagnements et en faisant évoluer les réponses à l'œuvre.

C'est dans ce mouvement de fond, que dans le champ de la santé les pouvoirs publics comme les acteurs de terrain mettent l'accent sur le parcours de la personne pour répondre au mieux à ses besoins s'inscrivant ainsi pleinement dans la définition large de la santé donnée par l'Organisation mondiale de la santé (OMS).

L'Aire, association des ITEP et de leurs réseaux, avec le soutien des pouvoirs publics, travaille depuis plusieurs années à la construction d'un dispositif ITEP (Institut thérapeutique, éducatif et pédagogique) qui poursuit cet objectif et dont tout le monde s'accorde sur le bien-fondé. Une expérimentation est en cours depuis déjà 2 ans qui permettra d'en tirer toutes les conséquences en termes d'évolution des modalités de financement et de fonctionnement. Pour permettre toutefois à la réglementation de pouvoir évoluer au terme de l'expérimentation, il est nécessaire que le Parlement donne une base légale à cette notion de dispositif et qu'il permette aux commissions des droits et de l'autonomie (CDAPH) de procéder à des notifications d'accompagnement des enfants et adolescents handicapés en dispositif.

Qui sont les personnes accueillies en ITEP ? Comme le rappelle les textes officiels, la particularité du public accueilli est qu'il s'agit « ... d'enfants, adolescents ou jeunes adultes qui présentent des difficultés psychologiques dont l'expression, notamment l'intensité des troubles du comportement, perturbe gravement la socialisation et l'accès aux apprentissages. Ces enfants, adolescents et jeunes adultes se trouvent, malgré des potentialités intellectuelles et cognitives préservées, engagés dans un processus handicapant qui nécessite le recours à des actions conjuguées et à un accompagnement personnalisé ... » (CASF, article D. 312-59-1).

Compte tenu de ces caractéristiques, ces personnes sont particulièrement exposées aux ruptures dans l'accompagnement qui leur est proposé. Pour prévenir ces ruptures, le fonctionnement en dispositif s'appuie sur des prises en charge souples, évolutives, au plus près des besoins, qui conjuguent, en tant que de besoin, accueil de jour, accueil de nuit, accompagnement ambulatoire articulés avec le secteur sanitaire, le secteur social et l'Education nationale.

La législation sociale et médico-sociale reste encore très marquée par notre histoire et raisonne établissement par établissement, service par service là où on a besoin d'une palette de réponses articulées et coordonnées. Par

exemple, les commissions des droits et de l'autonomie des personnes handicapées (CDAPH) ne peuvent notifier des orientations que sur la base d'établissement ou de service et non sur la base de dispositif. Le Ministère de la Santé et des affaires sociales et la Caisse nationale de solidarité pour l'autonomie soutiennent la reconnaissance de cette notion de dispositif. Une expérimentation est en cours dans 6 régions depuis deux ans avec le soutien des pouvoirs publics et dans laquelle l'Aire s'implique activement. Pour permettre au pouvoir réglementaire de tirer tous les enseignements de cette expérimentation en faisant évoluer les textes, encore faut-il que la loi reconnaisse cette notion de dispositif. Tel est l'objet de la présente proposition d'amendement.

ASSEMBLEE NATIONALE

AMENDEMENT N°8

MODIFICATION DE L'INTITULE DU CHAPITRE I DU TITRE II

Dans le Titre II, chapitre 1^{er}, rédiger ainsi l'intitulé de ce chapitre :

« *Créer un service territorial de santé au public pour favoriser les parcours de santé* »

EXPOSE DES MOTIFS

La création du service territorial de santé au public correspond à l'objectif de mettre en place sur les territoires une organisation facilitant les parcours de santé. A ce titre, il convient de préciser l'énoncé du chapitre 1^{er} du titre II afin de le mettre en cohérence avec l'objectif sus visé.

ASSEMBLEE NATIONALE

AMENDEMENT N°9

DEFINITION DU PARCOURS DE SANTE

ARTICLE ADDITIONNEL AVANT L'ARTICLE 12

Avant l'article 12, insérer un article additionnel ainsi rédigé :

Le code de la santé publique est ainsi modifié :

L'article L. 1411-1-1 du code de la santé publique est complété par un alinéa ainsi rédigé :

« La politique de santé favorise l'organisation des parcours de santé par la mise en œuvre par les services de l'Etat, les collectivités territoriales et les organismes d'assurance maladie, d'un accompagnement pluridisciplinaire de la personne à partir de ses choix de vie personnelle, professionnelle, de son environnement familial et social. Le parcours de santé implique une continuité des interventions sanitaires, sociales et médico-sociales et de prévention dans chacun des territoires mentionnés au 1° de l'article L.1434-8 et en coopération avec eux. »

EXPOSE DES MOTIFS

Cet amendement définit en cohérence avec le projet de loi de santé, la logique inhérente à la coopération sanitaire, sociale et médico-sociale des personnes malades, des personnes handicapées, des personnes âgées et des personnes en situation d'exclusion sociale. En ce sens, il conforte la mission du service territorial de santé au public dans sa mission de coordination de l'offre territoriale, extraterritoriale, voire extrarégionale.

ASSEMBLEE NATIONALE

AMENDEMENT N°10

LE SERVICE TERRITORIAL DE SANTE AU PUBLIC EN MATIERE DE SANTE MENTALE

ARTICLE 13

- I. A l'alinéa 11 de l'article 13, compléter après les mots « *par recours à l'hospitalisation* » par « *avec ou sans consentement,* »

EXPOSÉ SOMMAIRE

- Il apparaît nécessaire de préciser que les hospitalisations sans consentement doivent relever de l'activité de psychiatrie de secteur au même titre que les hospitalisations libres.

ASSEMBLEE NATIONALE

AMENDEMENT N°11

LE SERVICE TERRITORIAL DE SANTE AU PUBLIC EN MATIERE DE SANTE MENTALE

ARTICLE 13

- I. A l'alinéa 14, compléter après les mots « , *les modalités d'organisation* » par « *et de fonctionnement* ».
- II. A l'alinéa 14, compléter après les mots « *a été affectée,* » par « *dans le cadre des secteurs de santé mentale définis à l'article L. 3221-4-1 et de dispositifs transversaux. Le directeur général de l'agence régionale de santé est chargé de vérifier la conformité de ces modalités aux orientations du schéma régional de santé et de les approuver.* ».

EXPOSÉ SOMMAIRE

Pour que soit développée sur le territoire national une politique de santé mentale ouverte sur la cité et sans repli sur l'hôpital, correspondant aux objectifs définis par le Ministère et dans les schémas d'organisation régionaux, il est nécessaire que les modalités d'organisation et de fonctionnement de la psychiatrie de secteur soient soumises pour approbation par chaque hôpital à l'Agence régionale de santé concernée. Tel est l'objet de cet amendement

ASSEMBLEE NATIONALE

AMENDEMENT N°12

LE SERVICE TERRITORIAL DE SANTE AU PUBLIC EN MATIERE DE SANTE MENTALE

ARTICLE 13

Après l'alinéa 14, insérer trois alinéas ainsi rédigés :

« Article L. 3221-4-1. –I. - Les activités de psychiatrie de secteur, et d'accompagnement et d'insertion des personnes en situation de handicap psychique, s'inscrivent dans une organisation territoriale spécifique en aires géographiques dénommées secteurs de santé mentale. Le secteur de santé mentale est, d'une part, le territoire de proximité pour l'accès aux soins et aux accompagnements médicosociaux et sociaux, d'autre part, seul ou sous la forme d'un regroupement de plusieurs secteurs, le territoire de coopération des acteurs de terrain en santé mentale dans le cadre d'une instance dénommée conseil local de santé mentale regroupant des intervenants de la psychiatrie, médicosociaux, sociaux, des soins non psychiatriques, des représentants des usagers et des familles, et des représentants des collectivités territoriales.

II. - Les limites des secteurs de santé mentale sont fixées dans le schéma régional de santé arrêté par le directeur général de l'agence régionale de santé. »

« Article L. 3221-4-2. - Est constituée au niveau de chaque département ou métropole une instance de coordination et de concertation en santé mentale placée sous la présidence conjointe du directeur général de l'agence régionale de santé de la région concernée et du président du Conseil général ou de la Métropole. Cette instance, dénommée commission départementale ou métropolitaine de santé mentale, est compétente pour assurer la cohérence des actions en santé mentale et organiser les conseils locaux de santé mentale visés à l'article L. 3221-4-1, dans le territoire concerné. Sa composition est fixée par voie réglementaire. »

EXPOSE SOMMAIRE

Pour mieux articuler les interventions sanitaires-sociales et favoriser l'insertion en milieu ordinaire des personnes souffrant de troubles psychiques, il est nécessaire de prévoir pour les activités de psychiatrie de secteur et d'accompagnement médicosocial et social, une organisation géographique avec des territoires de proximité permettant des coopérations entre les acteurs.

Une commission départementale garante de la mise en place et du bon fonctionnement du dispositif est intégrée au dispositif afin de garantir le fonctionnement du « secteur de santé mentale », et des « conseils locaux de santé mentale ». Cet amendement permet aux acteurs de s'organiser en fonction des contextes locaux.

ASSEMBLEE NATIONALE

AMENDEMENT N°13

ARTICLE 13

Rédiger ainsi le début de l'alinéa 15 :

« *Art. L. 3221-4-3.-L'agence régionale de santé...* »

EXPOSE SOMMAIRE

Amendement de cohérence opérant un simple changement de numérotation d'un article.

ASSEMBLEE NATIONALE

AMENDEMENT N°14

METTRE EN COHERENCE LES DISPOSITIONS DE DESIGNATIONS PAR L'ARS DES ETABLISSEMENTS DE SOINS PSYCHIATRIQUES AVEC L'ACTIVITE DE SECTEUR DE PSYCHIATRIE POUR LES SOINS SANS CONSENTEMENT

ARTICLE 13

I. Avant l'alinéa 18, insérer un alinéa ainsi rédigé :

« Art. L. 3222-1. -I. – Conformément aux dispositions de l'article L. 3221-3 I 3° les soins psychiatriques sans consentement assurés en application des chapitres II à IV du titre 1^{er} du présent livre relèvent de l'activité de psychiatrie de secteur. ».

II. Au début de l'alinéa 18, insérer les mots :

« -II. – Dans le respect de ce principe, »

EXPOSE DES MOTIFS

Cet amendement met en cohérence les dispositions de désignations par l'ARS des établissements de soins psychiatriques avec l'activité de secteur de psychiatrie pour les soins sans consentement.

ASSEMBLEE NATIONALE

AMENDEMENT N°15

DISPOSITION ADDITIONNELLE DANS L'ARTICLE 13

Ajouter dans l'article 13 :

« Art. L. ... « Afin de mettre en œuvre une démarche thérapeutique au sein d'une activité de soins ou de toute autre activité dans l'intérêt du patient préalablement définie dans le cadre d'un établissement de santé autorisé en psychiatrie, une association de soins, de prévention, de réadaptation et de réhabilitation des patients, régie par les dispositions de la loi du 1^{er} juillet 1901 relative au contrat d'association peut être constituée, regroupant notamment des patients, des personnels hospitaliers et des tiers, personnes physiques ou morales.

Le médecin responsable de la démarche thérapeutique est le garant de la bonne exécution de celle-ci au sein de l'association.

Une convention est signée entre l'établissement et l'association. Elle précise les modalités de mise à disposition par l'établissement d'équipements, de moyens matériels et financiers et les conditions de leur utilisation par l'association. Elle indique les conditions dans lesquelles le personnel hospitalier peut contribuer au fonctionnement et aux activités de l'association.

L'association rend annuellement compte par écrit à l'établissement de sa gestion et de l'utilisation des moyens mis à sa disposition. »

EXPOSE SOMMAIRE

Cet amendement réintègre l'actuel article L. 3221-2 du code de la santé publique, concernant les associations dites de secteur ou thérapeutiques.

Actuellement, plus de deux cents d'entre elles se réunissent régulièrement (133 sont adhérentes de la fédération Croix-Marine).

Certaines sont centrées sur des activités de vie sociale ou de réadaptation dans les lieux de soins (ateliers, cafétérias, loisirs...), d'autres jouent un rôle important en matière d'insertion par le logement (gestion d'appartements, de baux glissants...), avec une participation des hôpitaux sous une forme de moyens financiers et/ou humains. La suppression de cet article mettrait en grave difficultés l'existence de ces associations.

ASSEMBLEE NATIONALE

AMENDEMENT N°16

LES PLATEFORMES POUR UN SERVICE LISIBLE D'APPUI A LA COORDINATION DES PARCOURS COMPLEXES

ARTICLE 14

A l'alinéa 8, supprimer les mots :
« *qui en expriment le besoin* ».

EXPOSE SOMMAIRE

Il s'agit, en lien avec la recommandation de la Conférence nationale de santé de supprimer la précision '*qui en expriment le besoin*' afin d'apporter les outils nécessaires à la coordination des parcours complexes à l'ensemble des professionnels de santé.
Tel est l'objet du présent amendement.

ASSEMBLEE NATIONALE

AMENDEMENT N°17

COORDONNER LES NOUVELLES PLATEFORMES D'APPUI AUX PROFESSIONNELS ET LES DISPOSITIFS EXISTANTS

ARTICLE 14

A la fin de l'alinéa 10, insérer la phrase suivante :

« L'agence régionale de santé veille à la coordination de ces plateformes avec les coopérations ou dispositifs territoriaux assurant une mission d'appui aux professionnels présents sur les territoires tels que définis à l'article L1434-8. »

EXPOSÉ SOMMAIRE

La mise en place de plateformes d'appui aux professionnels vise à offrir aux acteurs territoriaux du système de santé un service lisible d'appui à la coordination des parcours de santé complexes. Des coopérations et des dispositifs locaux ou régionaux assurent déjà, notamment sur des thématiques de santé particulières (VIH, addictions, précarité, Alzheimer, personnes âgées, etc), une mission de coordination et d'articulation des acteurs du système de santé. Ces dispositifs thématiques sont porteurs d'une expertise reconnue et sont généralement bien repérés par les acteurs locaux de santé.

Afin d'assurer la cohérence, l'efficacité et la lisibilité des services proposés aux acteurs du système de santé, les plateformes d'appui aux professionnels doivent s'appuyer et s'articuler avec les coopérations et dispositifs locaux existants sur le territoire de santé défini par l'ARS.

ASSEMBLEE NATIONALE

AMENDEMENT N°18

METTRE FIN A LA SPECIFICITE DU DISPOSITIF DE L'AIDE MEDICALE D'ETAT

ARTICLE ADDITIONNEL

Insérer un article ainsi rédigé :

- I. Le titre V du Livre II du code de l'action sociale et des familles est supprimé.
- II. A l'article L.111-2 du code l'action sociale et des familles, le 3° est remplacé par la « 3° de la Couverture Maladie Universelle et de la couverture complémentaire ».
- III. A l'article L.380-1 du code de la sécurité sociale sont supprimés les mots « et régulière ».

EXPOSE SOMMAIRE

Alors que les français et étrangers en situation régulière peuvent bénéficier de la CMU –en l'absence d'autre affiliation à l'assurance maladie obligatoire- et à la CMU-c, sous condition de ressource, pour bénéficier d'une assurance maladie complémentaire, les étrangers en situation irrégulière résidant sur le territoire depuis plus de trois mois sont relégués au bénéfice d'une prestation d'aide sociale, l'Aide médicale d'Etat (AME) sous conditions de ressources. La coexistence de deux dispositifs distincts a des conséquences négatives tant humaines qu'administratives. Inclure l'AME dans la CMU comme le recommande l'IGAS² ou encore le Défenseur des Droits³, serait une réforme pragmatique sur le plan économique permettant de réduire les coûts de gestion engendrés par la cohabitation de deux systèmes. Ce serait en outre une mesure de santé publique majeure améliorant la prévention et la promotion de la santé ainsi que l'accès aux soins des étrangers en situation irrégulière, avec un bénéfice induit sur la santé de l'ensemble de la population. Le présent amendement propose en conséquence de mettre fin à la spécificité du dispositif de l'Aide médicale d'Etat.

² Rapport de l'IGAS réalisé par CORDIER Alain et SALAS Frédéric, *Analyse de l'évolution de l'aide médicale d'Etat*, Novembre 2010

³Défenseur des Droits, Les refus de soins opposés aux bénéficiaires de la CMU-C, de l'ACS et de l'AME, Mars 2014

ASSEMBLEE NATIONALE

AMENDEMENT N°19

SIMPLIFICATION DU DROIT - ALLONGER LA DUREE DES DROITS A LA CMU-C ET RENOUELER AUTOMATIQUEMENT LES DROITS

ARTICLE ADDITIONNEL

Insérer un article ainsi rédigé :

Au 5^{ème} alinéa de l'article L.861-5 du Code de sécurité sociale, les mots « *pour une période d'un an renouvelable* » sont remplacés par les mots « *pour une période de 3 ans renouvelables* ».

Un sixième alinéa est créé : « *Le renouvellement du bénéfice de la protection complémentaire en matière de santé est automatique. Les modalités de l'éventuel contrôle a posteriori du bien-fondé de ce renouvellement sont prévues par décret.* ».

EXPOSE SOMMAIRE

Le projet de loi présenté ne prévoit aucune mesure de simplification de l'accès aux droits, alors même que de nombreux rapports et acteurs institutionnels attestent que la complexité et la longueur du parcours d'ouverture des droits génère des retards de soins ou non recours aux droits⁴. La courte durée des droits à la CMUC cumulée à la complexité des démarches ainsi qu'aux délais d'instruction pour en bénéficier peut en outre placer ses potentiels bénéficiaires en situation de démarche administrative permanente.

Le véritable parcours du combattant que constituent les démarches d'ouverture des droits à la couverture maladie complémentaire pour des personnes cumulant les difficultés impose que soient pensées des solutions de simplification. Le projet de loi relatif à la santé faisant l'impasse sur cet objectif de simplification, le présent amendement propose d'espacer les renouvellements de droits à la CMU-C et ainsi d'allonger la durée de droits à la CMU-C de un à trois ans.

⁴ Mme La Sénatrice Aline Archimbaud, *L'accès aux soins des plus démunis 40 propositions pour un choc de solidarité*, Septembre 2013 ; Défenseur des Droits, *Les refus de soins opposés aux bénéficiaires de la CMU-C, de l'ACS et de l'AME*, Mars 2014 ; CNLE, *Accès aux soins des plus démunis : CMU, ACS, AME, dix ans après, revaloriser et simplifier les dispositifs pour réduire le non-recours à la couverture maladie et améliorer l'accès aux soins des plus démunis*, Avis, Juin 2011

ASSEMBLEE NATIONALE

AMENDEMENT N°20

INTEGRER LES PASS ET LES PMI DANS LES SOINS DE PREMIER RECOURS

ARTICLE ADDITIONNEL AVANT L'ARTICLE 15

Avant l'article 15, insérer l'article suivant :

« L'article L1411-11 du code de la santé publique est ainsi modifié:

A l'alinéa 6, après les mots : « *sécurité sociale* », insérer les mots : « *les permanences d'accès aux soins de santé mentionnées à l'article L. 6111-1-1 du code de la santé publique, des services de protection maternelle et infantile* »

EXPOSE SOMMAIRE

L'offre liée à la permanence des soins de premier recours est assurée en premier lieu par les professionnels de santé habilités. Les médecins généralistes et les centres de santé ont à ce titre un rôle particulier mais d'autres professionnels contribuent à la lutte contre les inégalités sociales et territoriales de santé. Ainsi, les permanences d'accès aux soins de santé ainsi que les services de protection maternelle et infantiles concourent indéniablement à l'offre de soins de premiers recours et doivent être reconnus en tant que tels pour assurer une meilleure coordination territoriale des professionnels.

ASSEMBLEE NATIONALE

AMENDEMENT N°21

LUTTER CONTRE LES REFUS DE SOINS

ARTICLE ADDITIONNEL AVANT L'ARTICLE 19

Avant l'article 19, il est inséré l'article suivant :

- I. Les dispositions de l'article 19 du projet de loi sont supprimées et remplacées par les dispositions suivantes :
- II. Après le troisième alinéa de l'article L. 1110-3 du code de la santé publique sont insérés les alinéas suivants :

« Sont assimilés à un refus de soins illégitime :

1° Le fait de proposer un rendez-vous dans un délai manifestement excessif au regard des délais habituellement pratiqué par ce professionnel ;

2° Le fait pour un professionnel de santé de ne pas communiquer les informations relatives à la santé du patient au professionnel de la santé qui est à l'origine de la demande de consultation ou d'hospitalisation ;

3° Le fait de ne pas respecter les tarifs opposables pour les titulaires de la CMU-C, de l'AME et de l'ACS ;

4° Le refus d'appliquer le tiers payant ;

5° L'orientation répétée et abusive vers un autre confrère, un centre de santé ou la consultation externe d'un hôpital, sans justification médicale ;

6° L'attitude et le comportement discriminatoire du professionnel de santé.

Les dispositions du troisième alinéa sont également applicables quand le refus de soins est commis à l'encontre d'une personne ayant sollicité les soins dans le but de démontrer l'existence du refus discriminatoire. Les modalités et conditions de cette sollicitation sont précisées par un cahier des charges défini par décret en Conseil d'État après consultation notamment de représentants des professionnels de santé et des patients.

Il appartient au professionnel de santé de prouver que le refus en cause est justifié par des éléments objectifs étrangers à toute discrimination. Cette disposition est applicable également quand le refus de soins est commis à l'encontre d'une personne ayant sollicité les soins dans le but de démontrer l'existence du refus discriminatoire.»

- III. Après le sixième alinéa du même article, il est inséré deux alinéas ainsi rédigé :

« Toute association régulièrement déclarée depuis au moins cinq ans à la date des faits, dont l'objet statutaire comporte le droit à la santé ou la lutte contre les exclusions, peut exercer les droits reconnus à une personne victime d'un refus de soins si elle justifie avoir reçu l'accord de la personne intéressée ou, si celle-ci est mineure, du titulaire de l'autorité parentale ou du représentant légal, lorsque cet accord peut être recueilli. »

EXPOSÉ SOMMAIRE

Le projet de loi relatif à la santé fixe l'objectif de lutter contre le refus de soins. A ce titre, et afin d'appuyer concrètement cette orientation, est créé une listes de critères permettant de mieux caractériser les refus. Aussi, pour mieux prendre en compte l'accompagnement de personnes face à un refus de soins objectivé, il est demandé au professionnel d'apporter tout élément de nature à justifier ce refus. Un accompagnement personnalisé par une association intervenant dans le champ du droit à la santé et de la lutte contre les discriminations est également inscrit. Tel est l'objet du présent amendement.

ASSEMBLEE NATIONALE

AMENDEMENT N°22

LUTTER CONTRE LES REFUS DE SOINS

ARTICLE 19

L'article 19 est ainsi modifié :

I « Un observatoire national des refus de soins évalue selon les modalités définies par décret le respect du principe de non-discrimination dans l'accès à la prévention ou aux soins. Il est composé de trois collèges représentant des organismes d'assurance maladie, des ordres professionnels et des usagers, dont des associations de santé et de représentants d'usagers.

II « Les pratiques discriminantes pouvant faire l'objet d'une sanction dans les conditions prévues à l'article L 162-1-14-1 du code de la sécurité sociale sont transmises au Directeur général de l'Agence régionale de santé et au Directeur de l'organisme local d'assurance maladie concerné. Un bilan annuel des refus de soins enregistré par l'observatoire est transmis au ministre en charge de la santé et à l'Institution mentionné à l'article 71-1 de la constitution»

EXPOSÉ SOMMAIRE

Les refus de soins, violations du droit et de la déontologie attachée aux professions médicales, sont un phénomène constaté par nombre de rapports et d'enquêtes associatifs ou institutionnels. Ils touchent en premier lieu les personnes en situation de précarité et génèrent des conséquences sérieuses pour la santé individuelle (renoncements ou retards de soins, aggravation des pathologies, prise en charge en urgence avec complications, ...) et, partant, la santé collective.

Le projet de loi prévoit, dans un objectif affiché de « *mieux lutter contre les refus de soins* », de confier à l'ordre des médecins l'évaluation du respect du principe de non-discrimination dans l'accès à la prévention et aux soins, notamment en réalisant ou en faisant réaliser des testings. Cette mission ne peut pourtant être raisonnablement remplie par un organisme dont l'objectivité peut être mise en cause. Il est proposé de la confier à un observatoire indépendant, rassemblant représentants de l'assurance maladie, des ordres concernés et de représentants d'usagers ou associations de santé.

En outre, le dispositif né de la loi HPST instaurant une procédure de conciliation devant l'organisme d'assurance maladie puis une procédure contentieuse devant le Conseil de l'Ordre n'est pas suffisant. Le Défenseur des Droits appelait d'ailleurs récemment le gouvernement à prendre de réelles mesures pour lutter contre les refus de soins.

Le présent amendement prend la pleine mesure des insuffisances du dispositif actuel. Prenant acte de ce que les contestations sont rares, alors même que l'ampleur et la réalité du phénomène sont amplement démontrés, il propose de définir clairement et strictement la notion de refus de soins, préalable indispensable pour identifier les pratiques discriminatoires. En outre, et parce que les publics en situation de précarité sont les plus touchés par les refus de soins, il renforce l'accessibilité à la contestation des refus de soins en permettant aux associations d'exercer les

droits reconnus aux personnes victimes d'un refus de soins, en aménageant la charge de la preuve du refus de soins et en donnant un cadre légal au testing.

ASSEMBLEE NATIONALE

AMENDEMENT N°23

CREATION D'UN SERVICE PUBLIC D'INFORMATION GLOBALE EN SANTE

ARTICLE 21

A l'alinéa 2, compléter après les mots : «*relatives à la santé* » par « *et l'offre sanitaire, médico-sociale et sociale* »

EXPOSE DES MOTIFS

La méconnaissance de l'offre sur les territoires par les professionnels de santé et les usagers du système de santé complique la bonne articulation des interventions dans le parcours de santé. La connaissance de l'offre disponible sur le territoire, y compris en terme d'équipement sanitaires, sociaux et médico-sociaux concerne l'ensemble des acteurs de santé.

Tel est l'objet du présent amendement

ASSEMBLEE NATIONALE

AMENDEMENT N°24

INSCRIPTION ET DEVELOPPEMENT DES MAISONS D'ACCUEILS HOSPITALIERES

ARTICLE ADDITIONNEL APRES L'ARTICLE 22

Après l'article 22 du projet de loi de santé, il est inséré un article 22 bis ainsi rédigé :

I. Au titre II du livre III de la sixième partie du code de la santé publique, il est inséré un chapitre VII « Maisons d'accueil hospitalières » au sein duquel il est inséré un article L.6327, ainsi rédigé :

« Pour mieux accompagner les usagers et leurs aidants dans leurs parcours de santé, des organismes privés à but non lucratif et des établissements publics de santé peuvent créer et gérer des maisons d'accueil hospitalières.

Les maisons d'accueil hospitalières respectent un cahier des charges national élaboré après concertation avec les organisations représentatives, fixé par un arrêté ministériel du ministre chargé des affaires sociales et de la santé. Le cahier des charges précise les conditions dans lesquelles les maisons d'accueil hospitalières peuvent établir des conventions avec les établissements de santé.

Les organismes gestionnaires des maisons d'accueil hospitalières adressent une déclaration d'ouverture au directeur général de l'agence régionale de santé compétent, établie dans des conditions fixées par un arrêté du ministre des affaires sociales et de la santé. Les organismes gestionnaires déclarent les modifications substantielles et la fermeture dans les mêmes conditions. Le directeur général de l'agence régionale de santé tient à jour un répertoire régional des maisons d'accueil hospitalières pour la mise en œuvre du service public d'information en santé défini à l'article L.1111-8-2 du code de la santé publique. En cas de difficultés de fonctionnement compromettant la qualité et la sécurité de l'accueil dans les maisons d'accueil hospitalières, le directeur général de l'agence régionale de santé peut :

- enjoindre au gestionnaire d'y mettre fin dans un délai déterminé ;

- en cas d'urgence tenant à la sécurité des personnes hébergées ou de non-respect de l'injonction, prononcer la suspension immédiate, totale ou partielle, de l'activité de la maison d'accueil hospitalière, assortie d'une mise en demeure de prendre les mesures nécessaires ;

- maintenir cette suspension jusqu'à ce que ces mesures aient pris effet.

Les établissements en fonctionnement à la date de promulgation de la présente loi se déclarent au directeur général de l'agence régionale de santé dans un délai de trois mois. Ils se mettent en conformité avec le cahier des charges national dans un délai de 12 mois à compter de la publication de l'arrêté.

II. L'article L.6323-5 du code de la santé publique est ainsi modifié :

1° Après les mots « pôles de santé », sont insérés les mots « maisons d'accueil hospitalières ».

2° Après les mots « exercice coordonné des soins » sont ajoutés les mots « ou l'organisation cohérente et efficiente des parcours de santé ».

EXPOSE SOMMAIRE

Les maisons d'accueil hospitalières se sont développées dans un premier temps pour permettre aux familles de rester auprès de l'enfant ou de l'adulte hospitalisé et, dans un second temps, pour donner la possibilité aux patients d'être opérés et traités en ambulatoire lorsque l'établissement de soins est éloigné de leur domicile. Ces établissements concourent au projet thérapeutique des malades pris en charge en ambulatoire, se faisant le relais entre hôpital et domicile. Leur projet permet de participer activement à la logique de parcours de soins telle qu'elle est mise en valeur dans le cadre de la stratégie nationale de santé. Ces établissements se sont développés depuis quarante ans en réponse à des demandes locales, sont de taille variable (de 15 à 110 places) et font l'objet de conventionnements et de sources de financements variées.

Il est proposé de donner clairement un statut aux activités d'intérêt général mises en œuvre par les maisons d'accueil hospitalières, qui organisent un hébergement pour les personnes hospitalisées ou leurs proches, en contiguïté des établissements de santé et dans des conditions très sociales assurant leur accessibilité financière. Cette disposition s'inscrit logiquement dans les dispositions relatives à l'amélioration des parcours de santé pour les usagers et leurs proches, sans pour autant constituer une obligation pour les établissements de santé de constituer une maison d'accueil hospitalière, ou d'y orienter tous les patients et leurs proches en besoin d'hébergement non médicalisé. Pour différentes raisons, offre « maison d'accueil hospitalière » insuffisante ou absente par exemple, ils peuvent être amenés à utiliser et à développer d'autres formes de réponse aux besoins.

Ce statut s'inspire du statut sui generis des centres de santé, qui en sont ni des établissements de santé ni des établissements sociaux et médico-sociaux. Le régime déclaratif permet aux ARS d'améliorer l'information du public et d'être en mesure d'assurer la police sanitaire de ces hôtels hospitaliers si nécessaire.

Par ailleurs, il est prévu la possibilité pour les ARS d'apporter leur appui aux maisons d'accueil hospitalières par le biais du Fonds d'intervention régionale et sous condition de conclusion d'un contrat pluriannuel d'objectifs et de moyens, à l'instar des autres composantes de la catégorie « autres services de santé » (centres de santé, maisons de santé pluridisciplinaires, pôles de santé) : en effet l'hébergement organisé par ces maisons d'accueil améliore l'efficacité et l'accessibilité du système de santé en évitant des hospitalisations, de la fatigabilité pour les personnes et d'importantes dépenses de transport sanitaire.

En supplément des signataires de la plateforme, cet amendement est également soutenu par la FHF, la FEHAP, l'UNAPECLE, Unicancer

ASSEMBLEE NATIONALE

AMENDEMENT N°25

FACILITER L'ACCES A LA SANTE PAR LA RECONNAISSANCE DE LA MEDIATION SANITAIRE ET DE L'INTERPRETARIAT

ARTICLE ADDITIONNEL APRES L'ARTICLE 23

Après l'article 23, insérer un article additionnel :

« I. - Après l'article L.1110-12 du code de la santé publique, il est ajouté un article L.1110-12-1 ainsi rédigé :

« *Art.L.1110-12-1.- La médiation sanitaire et l'interprétariat linguistique visent à améliorer l'accès aux droits, à la prévention et aux soins de populations éloignées du système de santé en prenant en compte leurs spécificités.*

Des référentiels de compétences, de formation et de bonnes pratiques définissent et encadrent le recours à la médiation sanitaire et à l'interprétariat linguistique en vue de protéger et améliorer la santé des personnes éloignées des systèmes de prévention et de soins. Ils définissent et encadrent les interventions des professionnels et acteurs de la prévention et de la promotion de la santé qui les mettent en œuvre, ainsi que leur place dans le parcours de soin des personnes. Ils sont élaborés ou validés par la Haute Autorité de santé, en concertation avec les acteurs concernés. Les modalités d'application du présent article sont déterminées par décret. »

II. - Au 5° du premier alinéa de l'article L.161-37 du code de la sécurité sociale, après les mots « par le système de santé » sont insérés les mots « et d'élaborer ou de valider des référentiels de compétences, de formation et de déontologie dans le domaine de la médiation sanitaire et de l'interprétariat linguistique ».

EXPOSE SOMMAIRE

La complexité du système de santé, la multiplicité des dispositifs et des conditions d'accès aux droits provoquent des non-recours aux droits et des retards de soins. La méconnaissance des dispositifs par leurs potentiels bénéficiaires, la méconnaissance des professionnels de santé des réalités vécues par les personnes et les barrières linguistiques compliquent les soins et l'accompagnement de nombreux patients.

Pourtant, le projet de loi relatif à la santé ne prévoit pas de promouvoir les dispositifs « d'aller vers », qui constituent pourtant de manière éprouvée un levier de lutte contre les inégalités d'accès aux droits et aux soins. Le développement de la médiation sanitaire, le médiateur étant un tiers facilitant les premiers contacts entre patient et institution de santé, constituerait un moyen d'améliorer l'accès aux services de santé ainsi qu'un outil de lutte contre les discriminations dans l'accès au système de santé.

Le présent amendement vise à promouvoir tant la médiation sanitaire que l'interprétariat professionnel en santé afin de faciliter simplifier l'accès aux soins et aux droits et ainsi l'accès de tous à la prévention et aux soins.

ASSEMBLEE NATIONALE

AMENDEMENT N°26

RETABLIR LE CARACTERE OBLIGATOIRE DES PERMANENCES D'ACCES AUX SOINS DE SANTE (PASS) AU SEIN DES ETABLISSEMENTS DE SANTE

ARTICLE 26

A la première phrase de l'alinéa 12, substituer aux mots :

« *peuvent mettre* »

le mot :

« *mettent* »

EXPOSÉ SOMMAIRE

Créées au sein des établissements de santé, les permanences d'accès aux soins de santé (PASS) sont des dispositifs essentiels pour l'accès aux soins des personnes en situation de précarité sociale. Elles sont un outil indispensable pour rendre effectif les objectifs prioritaires du projet de loi de réduction des inégalités sociales et territoriales de santé. Le plan pluriannuel de lutte contre la pauvreté et l'inclusion sociale vise d'ailleurs à les renforcer, notamment en développant une coordination régionale de ces permanences.

Elles offrent un accès aux soins et un accompagnement soignant et social aux patients les plus démunis, notamment ceux qui ne bénéficient pas d'une couverture sociale, dans la perspective d'un retour à l'offre de soins de droit commun.

Pour les établissements de santé, elles contribuent également à organiser en interne le repérage de ces patients et à assurer une prise en charge construite dans le cadre d'un partenariat élargi (acteurs de la santé, du social et du médico-social).

Le projet de loi rend les PASS facultatives. Cet amendement vise donc à ce que ces permanences soient mise en place au sein des établissements de santé afin qu'un maillage territorial de proximité soit garanti.

ASSEMBLEE NATIONALE

AMENDEMENT N°27

GROUPEMENTS HOSPITALIERS DE TERRITOIRES

ARTICLE 27

I – Rédiger ainsi l’alinéa 7 :

« *III. – Un ou plusieurs établissements ou services médico-sociaux publics peuvent adhérer à un groupement hospitalier de territoire. Les établissements privés, notamment sociaux et médico-sociaux, qui en font la demande, peuvent être associés aux groupements par voie conventionnelle et bénéficient du statut d’établissement partenaire* »

II – A l’alinéa 12, compléter après les mots « *établissements associés* »,

Par :

«*,au regard de l’offre territoriale sociale et médico-sociale* »

EXPOSE SOMMAIRE

Le projet de loi de santé créé à partir de l’article 27 les Groupements hospitaliers de territoires. Ceux-ci pourront inclure les établissements sociaux et médico-sociaux privés. La coordination entre les établissements publics de santé et les services médico-sociaux privés à but non lucratif étant indispensable à l’effectivité des parcours sanitaires sociaux et médico-sociaux, cet amendement propose de clarifier le dispositif d’adhésion des établissements sociaux et médico-sociaux privés en leur ouvrant la possibilité, à leur demande, de s’associer par voie conventionnelle aux Groupements hospitaliers de territoire.

Cet amendement répond par ailleurs à la prise en compte de la diversité de l’offre sociale et médico-sociale existante dans un projet médical commun afin d’organiser la logique de parcours de santé. Tel est l’objet du présent amendement.

ASSEMBLEE NATIONALE

AMENDEMENT N°28

ASSOCIER LE GROUPEMENT HOSPITALIER DE TERRITOIRE AU SERVICE TERRITORIAL DE SANTE AU PUBLIC

ARTICLE 27

Rédiger ainsi l'alinéa 12 :

« 1° Un projet médical commun à l'ensemble des membres du groupement en conformité avec les objectifs mis en œuvre par le service territorial de santé au public mentionné à l'article L1434-11. Il tient compte de l'offre sociale et médico- sociale du territoire. ».

EXPOSÉ SOMMAIRE

Le groupement hospitalier de territoire a pour objectif de répondre aux besoins de santé de la population et ne doit pas se limiter seulement à la coordination de l'offre de soins, comme le rappelle l'exposé des motifs du projet de loi. Cet amendement vise donc à ce que le projet médical commun du groupement soit rattaché au service territorial de santé. En effet, les actions mises en place par le groupement doivent être réalisées en conformité avec non seulement les objectifs du projet régional de santé (prévu dans le projet de loi) mais également avec les parcours de santé prévus par le service territorial de santé. Ce projet médical commun doit ainsi garantir la prise en compte de la santé des personnes confrontées à des difficultés spécifiques (addictions, maladies chroniques...), en situation de précarité sociale, de handicap ou de perte d'autonomie et s'articuler avec l'offre sociale et médicosociale du territoire.

Par ailleurs, cet amendement a également pour objectif de clarifier le statut des établissements privés. Ils ne peuvent pas être liés à la convention constitutive du groupement de la même manière que les établissements membres puisqu'ils doivent conclure une convention définissant les modalités de leur partenariat avec le GHT.

Titre III :
Innover pour garantir la pérennité de notre système de santé

ASSEMBLEE NATIONALE

AMENDEMENT N°29

FORMER LE CORPS MEDICAL A LA PRISE EN CHARGE DES PATIENTS EN SITUATION DE PRECARITE

ARTICLE 28

A l'alinéa 9, après les mots « *portés par la stratégie nationale de santé* », les mots suivants : « *notamment concernant les enjeux et problématiques spécifiques aux publics en situation de précarité* ».

EXPOSE SOMMAIRE

L'accès aux soins des populations en situation de grande précarité soulève des problématiques spécifiques: droits et dispositifs d'aide particuliers, cumul de difficultés. La méconnaissance chez les professionnels de santé des spécificités de ce public, des difficultés qu'il rencontre, des inégalités et des déterminants de santé, ainsi que des dispositifs existants est l'un des obstacles dans l'accès aux soins des plus précaires.

Alors que le projet de loi dans son intégralité ignore cette dimension de formation des professions médicales, le présent amendement propose que soit appuyée la nécessité, dans la formation professionnelle continue, d'actualiser et développer les compétences des professionnels de santé concernant les enjeux et problématiques spécifiques aux publics en situation de précarité. Il permettra d'améliorer la prise en charge globale des patients et d'armer les professions médicales à mieux répondre aux enjeux de précarité en santé.

ASSEMBLEE NATIONALE

AMENDEMENT N°30

INNOVER POUR GARANTIR LA PERENNITE DE NOTRE SYSTEME DE SANTE

ARTICLE 28

A l'alinéa 10, compléter après les mots « *par la Haute autorité de santé* » par « *, par l'Agence nationale de l'évaluation et de la qualité des établissements sociaux et médico-sociaux et l'Observatoire mentionné à l'article L 114-3-1 du code de l'action sociale et des familles* »

EXPOSE SOMMAIRE

Cet amendement propose, dans le cadre du développement professionnel continu que soient explicitement prévues des articulations entre les formations sanitaires sociales et médico-sociales de l'ensemble des professionnels. Ainsi, les recommandations de l'ANESM (Agence nationale d'évaluation et de la qualité des établissements sociaux et médico-sociaux) et celles de l'ONFRIH (Observatoire national de la formation, de la recherche et de l'innovation dans le champ du handicap) doivent servir au perfectionnement des connaissances des professionnels. Tel est l'objet du présent amendement.

Titre IV :
Renforcer l'efficacité des politiques publiques et la démocratie en
santé

ASSEMBLEE NATIONALE

AMENDEMENT N°31

INTEGRER DES OBJECTIFS DE LUTTE CONTRE LES INEGALITES SOCIALES ET TERRITORIALES DE SANTE DANS LES COMMISSIONS DE COORDINATION DE POLITIQUE PUBLIQUE DES ARS

ARTICLE 38

Après l'alinéa 57, insérer l'alinéa suivant :

« L'agence régionale de santé veille à ce que la lutte contre les inégalités sociales et territoriales de santé soient prises en compte au sein de ces commissions, lesquelles rendent compte d'actions précises de lutte contre ces inégalités, notamment à l'égard des personnes en situation de vulnérabilité ou de précarité sociale ».

EXPOSÉ SOMMAIRE

La lutte contre les inégalités sociales et territoriales de santé, objectif phare du projet de loi, doit être un principe garanti par les agences régionales de santé. Cet amendement vise à ce que les commissions de coordination des politiques publiques mises en place au niveau des ARS s'assurent de la coordination, de la cohérence et de la complémentarité des actions à l'égard des personnes confrontées à des difficultés spécifiques (addictions, maladies chroniques...), en situation de vulnérabilité et de précarité sociale. Cette garantie passe par l'obligation de déterminer et de mettre en œuvre au sein de ces deux commissions des actions précises relatives à la lutte contre les inégalités sociales et territoriales de santé.

ASSEMBLEE NATIONALE

AMENDEMENT 32

GARANTIR LA PARTICIPATION DES PERSONNES CONFRONTEES A DES DIFFICULTES SPECIFIQUES, EN SITUATION DE VULNERABILITE ET DE PRECARITE SOCIALE AU SEIN DES CONSEILS TERRITORIAUX DE SANTE

ARTICLE 38

I. A la première phrase de l’alinéa 40, supprimer les mots :
« représentants des »

II. Après l’alinéa 24, insérer l’alinéa suivant :
« 4° Les modalités de participation aux conseils territoriaux de santé des personnes en situation de vulnérabilité ou de précarité sociale par dérogation à l’article L1114-1 »

EXPOSE SOMMAIRE

Cet amendement a pour objet de permettre la participation des personnes confrontées à des difficultés spécifiques, en situation de vulnérabilité ou de précarité sociale qui ne sont pas toujours représentées au sein d’associations d’usagers agréés. En effet, ces personnes sont détentrices de savoirs de vie essentiels que personne ne peut connaître ou exprimer à leur place. Elles doivent être reconnues comme un acteur incontournable de l’élaboration, du suivi et de l’évaluation des politiques publiques. Le conseil national de lutte contre la pauvreté et l’exclusion sociale leur donne une place à part entière au sein de son 8^{ème} collège. Le projet de loi relatif à la santé se donne comme ambition de lutter contre les inégalités sociales et territoriales de santé. Celle-ci ne pourra être effective que si les personnes directement concernées sont associées à la gouvernance de la politique de santé.

ASSEMBLEE NATIONALE

AMENDEMENT N°33

INTRODUIRE DES OBJECTIFS PRECIS DE PREVENTION, DE PROMOTION DE LA SANTE ET DE COORDINATION DES ACTEURS DANS LE SCHEMA REGIONAL DE SANTE

ARTICLE 38

Après l'alinéa 15, insérer l'alinéa suivant :

« 5° Fixe les objectifs en matière de réduction des inégalités sociales et territoriales de santé, de prévention, de promotion de la santé et de coordination des acteurs du sanitaire, du social et du médico-social »

EXPOSÉ SOMMAIRE

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. Cet amendement vise ainsi à 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 du sanitaire, du social et du médico-social.

ASSEMBLEE NATIONALE

AMENDEMENT N°34

REINTRODUIRE LE PRAPS DANS LE PROJET REGIONAL DE SANTE

ARTICLE 38

Après l'alinéa 15, insérer l'alinéa suivant :

« 3° d'un programme régional relatif à l'accès à la prévention et aux soins des personnes les plus démunies »

EXPOSÉ SOMMAIRE

Le projet de loi de santé poursuit un objectif de simplification des outils de programmation régionale, notamment en faisant disparaître l'approche segmentée d'organisation régionale actuelle (Schéma régional de l'organisation des soins, schéma régional de l'organisation médico-sociale, schéma régional de prévention). De ce fait, le programme d'accès à la prévention et aux soins des plus démunis (PRAPS) disparaîtrait également. Cet amendement vise à le réintroduire dans le projet régional de santé, conformément aux objectifs du plan pluriannuel de lutte contre la pauvreté et l'inclusion sociale.

Introduit par la loi 98-6576 du 29 juillet 1998 de lutte contre les exclusions, le PRAPS permet de définir des actions pour lutter contre les pathologies aggravées par la précarité ou l'exclusion sous toute leurs formes, notamment les maladies chroniques, les dépendances à l'alcool ou au tabac, les souffrances psychiques, les troubles du comportement et les déséquilibres nutritionnels. En tant qu'interface actuelle entre le champ du sanitaire et du social pour favoriser l'accès aux droits et aux soins des plus démunis, cet outil de programmation opérationnel répond à la double préoccupation de la loi de rapprochement du sanitaire et du social d'une part et de réduction des inégalités sociales et territoriales de santé sur les territoires. Il joue un rôle majeur sans lequel les personnes les plus précaires ne parviendraient pas à accéder au système de santé.

ASSEMBLEE NATIONALE

AMENDEMENT N°35

INTEGRER DANS LE PROJET REGIONAL DE SANTE UN PROGRAMME RELATIF AU MAINTIEN DANS LE LOGEMENT ET A L'ACCES AU LOGEMENT ET A L'HEBERGEMENT ACCOMPAGNE DES PERSONNES EN SOUFFRANCE PSYCHIQUE

ARTICLE 38

Après l'alinéa 15, insérer l'alinéa suivant :

«3° d'un programme régional pour l'accès à l'hébergement accompagné et au logement des personnes en souffrance psychique »

EXPOSÉ SOMMAIRE

De plus en plus de personnes souffrent de troubles psychiques dans une société qui se précarise. Une des conséquences majeures, qui contribue à aggraver leur situation, est de ne plus pouvoir conserver leur « chez soi » ou d'y accéder. Ainsi, les bailleurs sociaux, tout comme les travailleurs sociaux, se disent démunis face à la progression de ces situations et n'ont pas toujours les réponses adaptées aux troubles du comportement.

Pour ce qui concerne le domaine de la santé mentale, 30 % des personnes restent hospitalisées en psychiatrie car elles ne parviennent pas à accéder à un « chez soi ». Ces personnes sont pour la plupart considérées comme « incapables d'habiter ». La réalité peut pourtant être tout autre, comme le démontrent certaines expériences. Le « chez soi » constitue un facteur majeur de stabilisation de ces personnes. Mais Le logement ou l'hébergement n'est bien sûr pas suffisant en soi, s'il ne leur est pas proposé un accompagnement par une diversité d'acteurs coordonnés. L'enjeu de santé publique que représentent le maintien et l'accès au logement des personnes en souffrance psychique, justifie l'adoption d'un le projet régional spécifique au maintien dans le logement et à l'accès au logement et à l'hébergement des personnes en souffrance psychique.

ASSEMBLEE NATIONALE

AMENDEMENT N°36

Amendement de repli

INTEGRER DANS LES CONTRATS TERRITORIAUX DE SANTE UN PROGRAMME RELATIF AU MAINTIEN DANS LE LOGEMENT ET A L'ACCES AU LOGEMENT ET A L'HEBERGEMENT ACCOMPAGNE DES PERSONNES EN SOUFFRANCE PSYCHIQUE

ARTICLE 13

Rédiger ainsi l'alinéa 7 :

« Art. L. 3221-2. – Dans le cadre du service territorial de santé au public mentionné à l'article L. 1434-11 et afin de concourir à la qualité et la sécurité des parcours de santé et de vie des personnes souffrant de troubles psychiques dans le respect des objectifs du plan régional de santé et du projet territorial de santé, des contrats territoriaux de santé sont conclus entre l'agence régionale de santé et les acteurs sanitaires, sociaux et médico-sociaux concernés. Ces contrats ont pour objectifs de mettre en œuvre les actions coordonnées de prévention, de soins et d'insertion nécessaires au sein de chaque territoire mentionné à l'article L. 1434-8 et notamment un programme pour l'accès à l'hébergement accompagné et au logement des personnes en souffrance psychique. » .

EXPOSÉ SOMMAIRE

De plus en plus de personnes souffrent de troubles psychiques dans une société qui se précarise. Une des conséquences majeures, qui contribue à aggraver leur situation, est de ne plus pouvoir conserver leur « chez soi » ou d'y accéder. Ainsi, les bailleurs sociaux, les professions médicales, tout comme les travailleurs sociaux, se disent démunis face à la progression de ces situations et n'ont pas toujours les réponses adaptées aux troubles du comportement.

Pour ce qui concerne le domaine de la santé mentale, 30 % des personnes restent hospitalisées en psychiatrie car elles ne parviennent pas à accéder à un logement. Ces personnes sont pour la plupart considérées comme « incapables d'habiter ». La réalité peut pourtant être tout autre, comme le démontrent certaines expériences. Etre « chez soi » constitue un facteur majeur de stabilisation de ces personnes. Le maintien et l'accès au logement des personnes en souffrance psychique représentent un enjeu de santé publique justifiant la mise en place dans le cadre des contrats territoriaux de santé d'un programme particulier. Ce programme doit permettre un accompagnement pluridisciplinaire des personnes par une diversité d'acteurs coordonnés.

ASSEMBLEE NATIONALE

AMENDEMENT N°37

INTEGRER L'ACCOMPAGNEMENT SOCIAL DANS LES OBJECTIFS DU SCHEMA REGIONAL DE SANTE

ARTICLE 38

A l'alinéa 10, après le mot :

« *accompagnement* »

Insérer les mots :

« *social et* »

EXPOSÉ SOMMAIRE

En prévoyant des actions de prévention et de promotion de la santé, le schéma régional de santé implique une coordination de l'ensemble des acteurs intervenant auprès des personnes confrontées à des problèmes de santé. Ces acteurs ne se limitent pas aux secteurs sanitaire et médico-social. Les intervenants des structures sociales sont également en première ligne dans l'accompagnement de ce public. Ils favorisent la promotion de la santé, en accompagnant les personnes les plus éloignées du système de santé dans leurs démarches d'accès aux soins et constituent des relais pour les acteurs du soin, par exemple pour assurer la continuité des soins ou l'accompagnement dans l'accès et le maintien dans le logement.

ASSEMBLEE NATIONALE

AMENDEMENT N°38

ARTICULER LE SCHEMA REGIONAL DE SANTE AVEC LES SCHEMAS DEPARTEMENTAUX DE L'ORGANISATION SOCIALE ET MEDICO-SOCIALE

ARTICLE 38

I - A l'alinéa 17, après les mots « 6°, 7° », insérer les mots « 8°, 9° »

II - A la fin de l'alinéa 17 de l'article 38, substituer aux mots « à l'article L212-5 » les mots « et au plan local pour les personnes défavorisées mentionnés à l'article L312-5-3 »

EXPOSÉ SOMMAIRE

Cet amendement vise à décroiser les secteurs sanitaires, sociaux et médico-sociaux en articulant et en mettant en cohérence les outils de programmation de la politique de santé et ceux de la lutte contre l'exclusion.

Selon l'observatoire de l'accès aux droits et aux soins de la mission France de Médecins du monde de 2013, 2/3 des patients ne bénéficient d'aucun suivi de leurs problèmes de santé avant de s'adresser à la consultation médicale de médecins du monde. Dans 86 % de ses consultations, au moins un problème de santé a été diagnostiqué et 57 % des patients souffrent d'une pathologie chronique. Les besoins en matière de santé pour les personnes en situation de précarité sont donc évidents. Une programmation coordonnée est aujourd'hui indispensable en termes d'accompagnement social, d'hébergement, de logement et de parcours de santé.

22 février 2015