



Avis de l'Uniopss sur le projet de loi relatif à l'organisation et à la transformation du système de santé

Février 2019

Table des matières

Titre I : Décloisonner les parcours de formation et renforcer la formation tout au long de la vie.....	5
Chapitre I – Réformer les études en santé et renforcer la formation tout au long de la vie.....	5
Chapitre II – Faciliter les débuts de carrière et répondre aux enjeux des territoires	6
Article 4 : Un contrat d’engagement de service public aussi pour les ESMS	6
Chapitre III – Fluidifier les carrières entre la ville, le secteur médico-social et l’hôpital pour davantage d’attractivité.....	6
Article 6 : Une diversification des activités des praticiens hospitaliers étendue à tous le secteur médico-social.....	6
Titre II : Créer un collectif de soins au service des patients et mieux structurer l’offre de soins dans les territoires	7
Chapitre I - Promouvoir les projets territoriaux de santé	7
Article 7 : des projets territoriaux de santé à l’initiative des conseils territoriaux de santé	7
Chapitre II – Développer une offre hospitalière de proximité, ouverte sur la ville et le secteur-médico-social, et renforcer la gradation des soins	8
Article 8 : hôpitaux de proximité.....	8
Titre III : Développer l’ambition du numérique.....	9
Article 11 : Données de santé – Health Data Hub.....	9
Article 12 : Pour un Espace numérique en santé accessible à tous et incluant tous les éléments du parcours de santé.....	9
Chapitre III – Déployer pleinement la télémédecine et les télésoins	9
Article 13 : introduction des télésoins	10
Article 14 : prescription dématérialisée.....	10
Titre IV : Mesures diverses.....	10
Article 18 : mesures de simplification sur le secteur médico-social	10
Article 19 : missions des ARS et exercice coordonné.....	12
ANNEXES	12
▶ ANNEXE 1 – Propositions de l’Uniopss sur le cadre juridique et financier des Communautés professionnelles territoriales de santé	12
▶ ANNEXE 2 – Propositions de l’Uniopss pour le déploiement d’une télémédecine accessible à tous	12
▶ ANNEXE 3 – Argumentaire sur l’inclusion de l’Aide médicale d’Etat dans le régime général de la sécurité sociale.....	12

Un projet de loi qui fait l'impasse sur une réforme en profondeur du système de santé

L'Uniopss réaffirme avec ses adhérents sa vision d'une politique de santé efficace et pertinente, qui englobe l'ensemble des acteurs parties prenantes du système de santé. Les associations de solidarités (structures sociales, médico-sociales et sanitaires) sont des membres à part entière du système de santé.

L'Uniopss rappelle les quatre principes qui guident son 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.**

L'Uniopss rappelle que l'offre privée non lucrative représente :

- 94 % des places dans le champ de la lutte contre l'exclusion¹
- 88 % des places dans le champ du handicap²
- 62 % des places dans le champ de la protection de l'enfance et la protection judiciaire de la jeunesse³
- 33 % des places dans le champ personne âgée⁴
- 26 % des places des établissements d'accueil de jeunes enfants⁵
- 15 % des lits et places des établissements de santé⁶
- 79% des centres de santé⁷

Le projet de loi prend en compte **la nécessité d'accroître la coopération entre les acteurs** dans un contexte de crise de la démographie médicale et **les enjeux liés à l'évolution des technologies tant en matière de pratique médicale que de données de santé.**

Toutefois, l'Uniopss observe que **le présent projet de loi se concentre sur l'organisation des soins et sur le volet curatif sans prendre de grande mesure en faveur de la prévention-promotion de la santé** pourtant priorité N°1 de la stratégie nationale de santé. Le projet de loi ne prévoit pas non plus **de mesures liées à l'accès à la santé des personnes en situation de précarité et des personnes en situation de handicap** en dépit des nombreuses recommandations rendues à l'automne 2018 dans un rapport par Marianne CORNU-PAUCHET et Philippe DENORMANDIE. **Grand absent également d'une**

¹ Guide des activités et des métiers du secteur SMS et petite enfance - Direction générale de la cohésion sociale (DGCS), avec le concours de Pôle Emploi, 2010

² Ibid. ¹

³ Atlas des établissements d'accueil du jeune enfant, Direction des statistiques, des études et de la recherche CAF- 2013

⁴ Ibid. ¹

⁵ Ibid. ¹

⁶ Etablissements de Santé -panorama de la DREES, édition 2016.

⁷ Observatoire des centres de santé _DGOS_2017

stratégie globale du système de santé, à l'heure du virage ambulatoire, le secteur du domicile. Le projet de loi se veut la mise en œuvre de Ma Santé 2022 et présente les mêmes écueils⁸.

Si les secteurs social et médico-social sont intégrés au sein d'un ensemble d'acteurs à travers l'article sur les projets territoriaux de santé, la rédaction, confuse, ne met pas assez en avant le rôle central des instances locales de démocratie en santé que sont les Conseils territoriaux de santé. En outre, une disposition présentée comme une mesure de simplification pour le secteur médico-social, non concertée avec les principales fédérations concernées, introduit des procédures tarifaires complexes pour les établissements et services sociaux et médico-sociaux dits spécifiques⁹, structures de petite taille (article 18).

Deux demandes essentielles pour réussir la mise en œuvre de la loi et de ma Santé 2022 :

- L'Uniopss regrette que le recours aux ordonnances pour nombre de dispositions, à l'heure où la société française est en demande de débat et de concertation. Le gouvernement a explicité le recours sur plusieurs articles à une habilitation à agir par ordonnance par d'une part la nécessité de légiférer rapidement sur la réforme des études de médecine et d'autre part sur la nécessité de prolonger les travaux et concertations sur certains sujets. **L'Uniopss souhaite que l'ensemble des acteurs de santé participent aux travaux autour des textes d'application et des ordonnances**, et plus particulièrement sur les trois chantiers suivants : définition des missions des hôpitaux de proximité en étroite articulation avec les établissements et services médico-sociaux (article 8), définition des missions des ARS, et des missions des CPTS et centres de santé (article 19).
- Que les mesures soient visées par des ordonnances ou non, l'Uniopss regrette qu'à ce stade plusieurs mesures de Ma Santé 2022 fassent l'objet de concertations restreintes à quelques catégories d'acteurs, ce qui ne facilitera pas la mise en œuvre et les coopérations. A titre d'exemple, les négociations conventionnelles actuelles autour des CPTS n'associent pas les représentants d'usagers et le secteur social et médico-social. **La transformation du système de santé appelée de ses vœux par le gouvernement, ne peut se faire qu'en impliquant l'ensemble des acteurs.**

Le présent avis et les propositions d'amendements qui en découlent ont été travaillés par l'Uniopss avec ses adhérents, notamment les membres de la Commission Santé de l'Uniopss. Ils sont le fruit d'une réflexion collective d'une quinzaine d'organisations sanitaires, sociales et médico-sociales à but non-lucratif.

⁸ Uniopss, Communiqué de presse : « Stratégie Santé : Des évolutions positives, mais prioritairement axées sur la médecine libérale et l'hôpital », 18 septembre 2018.

⁹ ESSMS spécifiques = Centres de Soins, d'Accompagnement et de Prévention en Addictologie (CSAPA), Centre d'Accueil et d'Accompagnement à la Réduction des risques pour Usagers de Drogues (CAARUD), Lits Halte-Soins-Santé (LHSS), Lits d'accueil Médicalisés (LAM), Appartement de coordination thérapeutique (ACT).

Titre I : Décloisonner les parcours de formation et renforcer la formation tout au long de la vie

Chapitre I – Réformer les études en santé et renforcer la formation tout au long de la vie

Si l'Uniopss soutient les principes posés dans la loi d'assouplissement du numérus clausus et d'évolution des épreuves de classement nationales, tout en méconnaissant certains détails car des dispositions seront précisées par décret en Conseil d'Etat.

L'Uniopss souhaite mettre **en avant l'opportunité de la réforme des études de médecine pour renforcer la coopération entre acteurs, le décloisonnement, et l'accès aux soins notamment par :**

- **Renforcer la formation des professionnels de santé à la connaissance des publics en difficulté** (précarité, addictions, etc.) ;
- Généraliser les formations des professionnels à la prévention, l'éducation et la promotion de la santé => le service sanitaire de quelques semaines est insuffisant et la formation des futurs intervenants inégale selon les territoires, et souvent partielle ;
- Développer les articulations et formations croisées entre les professionnels médicaux, paramédicaux, sociaux et médico-sociaux ;
- **Renforcer la formation initiale et continue des professionnels de santé sur les handicaps** (causes, conséquences sur la santé, adaptation des accompagnements, communications adaptées) ;
- Développer la formation continue sur les conduites addictives (représentations, publics, causes et conséquences) et les différentes modalités de prise en charge possibles (prévention, réduction des risques, soin, accompagnement, etc.).

Le rapport de Marianne CORNU-PAUCHET et Philippe DENORMANDIE sur l'accès aux soins des personnes en situation de handicap et en situation de précarité fait le constat d'une **insuffisante sensibilisation des professionnels lors des études initiales à la prise en charge de personnes en situation de handicap ou de précarité**. Le rapport suggère des modules de simulation avec des « patients formateurs ». En outre, les rapporteurs indiquent qu'il est utile de **sensibiliser les professionnels de santé aux dispositifs de couverture santé** (CMU-C, ACS (bientôt CMU-C contributive, AME), **peu formés à ces dispositifs et aux conditions financières associées**.

L'Union propose deux amendements visant à **rendre effective la formation des professionnels de santé et médico-sociaux au handicap** ainsi qu'au rôle des aidants et leur impact sur la santé, et à inscrire dans le code de la santé publique la nécessaire **formation des professionnels aux spécificités de la prise en charge des personnes en situation de précarité et situation d'addictions** et d'en prévoir les modalités d'application (Propositions d'amendement N°1 et N°2).

L'Uniopss regrette que les priorités du DPC correspondent peu aux objectifs et priorités de la Stratégie Nationale de Santé.

L'Uniopss est favorable au principe de re-certification des compétences des médecins, dont les modalités seront précisées par ordonnance (article 3).

Chapitre II – Faciliter les débuts de carrière et répondre aux enjeux des territoires

Article 4 : Un contrat d'engagement de service public aussi pour les ESMS

Le contrat d'engagement de service public (CESP), créé par la loi « Hôpital, patients, santé, territoires » (HPST) du 21 juillet 2009, prévoit que les étudiants en médecine peuvent se voir accorder une allocation mensuelle à partir de la 2ème année des études médicales.

En échange, les bénéficiaires s'engagent – pendant un nombre d'années égal à celui durant lequel ils auront perçu l'allocation et pour 2 ans minimum – à choisir une spécialité moins représentée ou à s'installer dans une zone où la continuité des soins est menacée¹⁰.

Le présent article du projet de loi a notamment pour but d'étendre ce CESP aux praticiens à diplôme étrangers hors UE réalisant un parcours de consolidation de compétences.

L'Uniopss propose d'étendre les lieux où il serait possible pour les futurs médecins d'exercer – outre les zones sous-denses - aux établissements et services sociaux et médico-sociaux qui accompagnent des personnes souvent éloignées du système de santé (personnes en situation de handicap, personnes âgées et personnes en situation de précarité) et rencontrent des difficultés de recrutement des professionnels de santé (Proposition d'amendement N°3).

Chapitre III – Fluidifier les carrières entre la ville, le secteur médico-social et l'hôpital pour davantage d'attractivité

Article 6 : Une diversification des activités des praticiens hospitaliers étendue à tous le secteur médico-social

L'article 6 vise à faciliter **la diversification des activités entre l'activité hospitalière publique et celle des structures de santé ou médico-sociale**. Or dans sa rédaction, il ne vise que les EHPAD (établissements de l'article L113-12 du code de l'action sociale et des familles).

L'Uniopss propose d'étendre le champ de l'ordonnance afin que l'ensemble des ESMS puissent bénéficier de l'exercice partagé. Cela participe de l'ambition globale de la stratégie de décloisonnement des secteurs social, médico-social et sanitaire. La mutualisation des compétences et ressources humaines médicales entre structures de santé et médico-sociales est un enjeu important, notamment sur certains territoires (Proposition d'amendement N°4).

¹⁰ Source : site du Ministère des Solidarités et de la Santé : <https://solidarites-sante.gouv.fr/professionnels/se-former-s-installer-exercer/le-contrat-d-engagement-de-service-public-cesp/article/le-principe-du-cesp>

Titre II : Créer un collectif de soins au service des patients et mieux structurer l'offre de soins dans les territoires

Chapitre I - Promouvoir les projets territoriaux de santé

Article 7 : des projets territoriaux de santé à l'initiative des conseils territoriaux de santé

Si l'Uniopss adhère à l'objectif des projets territoriaux de santé de mise en cohérence des différents projets des acteurs d'un territoire, la rédaction de l'article est quelque peu confuse.

Le texte prévoit que les projets territoriaux de santé soient « à l'initiative de CPTS, ainsi que des établissements et services de santé, sociaux et médico-sociaux » : cela entraîne un risque d'empilement et de concurrence des collectifs d'acteurs liés à l'ensemble des dispositifs territoriaux (équipes de soins primaires, CPTS, PTA et nouveau dispositif des contrats territoriaux de santé ajoutés par le texte).

L'Uniopss suggère que le Conseil territorial de santé, ait un rôle central dans l'élaboration des PTS. Elle propose également d'aligner la durée des PTS sur celles des diagnostics afin que l'évolution des besoins de la population soit prise en compte, et propose une évaluation des PTS présentée aux CRSA. (Proposition d'amendement N°5).

Cette instance de démocratie en santé participe déjà au diagnostic territorial partagé ; la disposition sur le PTS est d'ailleurs rattachée à l'article dédié à l'instance au sein du code de la santé publique. Le CTS est une instance existante, qui réunit l'ensemble des acteurs de santé, il garantit la représentativité de tous, avec la présence des représentants d'usagers. La création d'un nouveau collectif d'acteurs ne ferait qu'ajouter des réunions, de la confusion, au détriment de la mobilisation des acteurs, avec un risque de concurrence entre différents collectifs.

L'Uniopss souligne la nécessaire articulation des projets territoriaux de santé avec les schémas départementaux médico-sociaux (Proposition d'amendement N°6)

Elle salue, dans la rédaction de l'article, l'intégration des PMP des GHT dans les PTS, dans le cadre d'une dynamique globale des acteurs de santé.

Articles 7 et 19 – Le cadre juridique et financier des Communautés professionnelles territoriales de santé doit pouvoir inclure tous les acteurs, personnes physiques et morales. Les remontées de terrain font état de transformation en SISA, ou de statuts associatifs rédigés de telle façon qu'ils n'autorisent que les personnes physiques à en être membre, limitant les CPTS au regroupement de professionnels libéraux. Cela exclut nombre d'acteurs : les centres de santé, l'ensemble des ESMS et autres associations dont les publics sont concernés au premier chef par les missions des CPTS (actions de prévention, accès à un médecin traitant, soins non programmés, maintien à domicile etc.). D'autre part, le cadre financier et juridique semble se définir dans le cadre exclusif des négociations conventionnelles avec les représentants des professionnels de santé, excluant là encore de nombreux acteurs tels que les ESSMS, les associations d'usagers/de patients ou encore les acteurs de prévention-promotion de la santé. **L'Uniopss a développé des propositions relatives au cadre juridique et financier des CPTS, dans un document annexé au présent avis.**

Chapitre II – Développer une offre hospitalière de proximité, ouverte sur la ville et le secteur-médico-social, et renforcer la gradation des soins

Article 8 : hôpitaux de proximité

L'article L.6111-3-1 du code de la santé publique définit ainsi les hôpitaux de proximité :

« I.-Les hôpitaux de proximité sont des établissements de santé publics ou privés qui contribuent, par des coopérations avec les structures et professionnels de médecine ambulatoire et avec les établissements et services médico-sociaux, à l'offre de soins de premier recours dans les territoires qu'ils desservent. »

L'Article 8 renvoie à des ordonnances la définition précise des missions des hôpitaux de proximité. Ce chantier est à mettre en lien avec l'article suivant (N°9) concernant la réforme des autorisations des établissements de santé. L'Uniopss comprend l'impératif de qualité lié à un seuil d'activité, mais insiste sur la nécessité de conserver une offre de soins de proximité afin d'éviter une plus forte inégalité d'accès territorial au système de santé. **Il y a beaucoup d'incertitudes et de flou sur les activités de ces hôpitaux de proximité : seront-elles proches de celles d'un centre de santé ou d'un établissement médico-social ?** Certains documents présentant les mesures de Ma Santé 2022 mettent en avant l'activité de soins aux personnes âgées et d'équipe mobile de gériatrie des futurs hôpitaux de proximité. La ministre des Solidarités et de la Santé, madame Agnès BUZYN, interviewée sur France Inter, le 12 février, évoquait une **mission gériatrique**. Au-delà des besoins importants de la population âgée, les hôpitaux de proximité doivent pouvoir assurer des missions visant l'accès aux soins de l'ensemble de la population du territoire, notamment répondre aux besoins des personnes atteintes de maladies chroniques.

L'Uniopss met en avant **une approche de mutualisation de compétences entre structures sanitaires et médico-sociales**. L'un comme l'autre pouvant constituer des centres ressources sur les territoires peu pourvus en professionnels de santé.

Lors du comité de suivi Ma Santé 2022, les modalités de concertation suivantes ont été présentées sur le chantier « hôpitaux de proximité » :

- Un Comité de concertation ad hoc intégrant les fédérations hospitalières, la CNAM, l'ANAP, l'ATIH
- Elargissement dans un second temps au monde libéral pour faire le lien avec les CPTS

L'Uniopss souhaite que le secteur privé non lucratif sanitaire (notamment les centres de santé) et médico-social soient associés aux concertations sur ce chantier au même titre que les professionnels libéraux au regard des articulations nécessaires entre les missions des hôpitaux de proximité et les missions des structures médico-sociales.

Le dossier de presse du 18 septembre 2018 présentant les mesures de ma santé 2022 et l'étude d'impact du projet de loi Santé évoque : « Leur ouverture sur la ville se concrétisera, au-delà de l'association des médecins de ville à leurs équipes médicales, par la participation de représentants des CPTS à leur commission médicale d'établissement (CME) et à leur conseil de surveillance ». **L'Uniopss souhaite qu'un représentant du secteur médico-social soit aussi représenté au sein des instances de gouvernance.**

A titre d'exemple, le dossier de presse met en avant le Centre Hospitalier de Mauléon, et l'implication étroite des médecins coordonnateurs de deux EHPAD.

Titre III : Développer l'ambition du numérique

Article 11 : Données de santé – Health Data Hub

L'Uniopss s'interroge sur l'éventuelle utilisation commerciale des données de santé et souhaiterait avoir davantage de précisions quant aux garanties et garde-fous sur l'utilisation d'une base de données qui a vocation à s'élargir tant en volume et type de données qu'en type de traitements et d'utilisations d'après le texte proposé. **L'Uniopss s'interroge également sur les modalités de gouvernance du Health Data Hub et la place des représentants d'usagers du système de santé.**

Article 12 : Pour un Espace numérique en santé accessible à tous et incluant tous les éléments du parcours de santé

L'Uniopss s'interroge **sur l'accès à l'espace numérique en santé (ENS) et au dossier médical partagé des publics ne disposant pas de numéro de sécurité sociale** (ex : bénéficiaires de l'Aide médicale d'Etat). Un dispositif alternatif doit être mis en place pour prévoir l'accès aux dispositifs de l'ENS et du DMP pour ces publics (Proposition d'amendement N°9).

Cette problématique rejoint l'argumentaire porté par l'Uniopss et d'autres organisations sur **la nécessité de fusionner l'Aide médicale d'Etat dans le régime général de la sécurité sociale** (Proposition d'amendement N°14 et argumentaire annexé au présent avis).

L'Uniopss porte également l'attention sur **l'importance du recueil du consentement éclairé des personnes les plus vulnérables** dans leur démarche d'ouverture et de gestion du DMP et de l'ENS.

L'Uniopss suggère que **l'espace numérique en santé permette au sein d'un outil unique de disposer de l'ensemble des éléments de son parcours de santé, incluant les éléments sociaux et médico-sociaux**. Le parcours médico-social fait partie intégrante du parcours de santé. Il participe d'une vision globale de la situation de la personne et d'un décloisonnement entre le sanitaire et le médico-social en intégrant l'ENS. Par exemple, pourrait figurer au sein de l'ENS, le dossier de liaison d'urgence (DLU) (Proposition d'amendement N°8).

Chapitre III – Déployer pleinement la télémédecine et les télésoins

A ce jour si la Stratégie Nationale de Santé évoque la nécessité de « construire **un cadre éthique de l'utilisation de la télémédecine** afin qu'elle bénéficie à l'ensemble de la population », ce cadre/référentiel/label n'est pas en place.

Au regard de l'avancée de la réglementation et du déploiement de la télémédecine, notamment la généralisation de la téléconsultation, ce cadre éthique doit être réfléchi et mis en œuvre dès 2020 sans attendre la création de l'ESN en 2022¹¹. L'Uniopss propose un amendement en ce sens qui vise l'ensemble des formes de télésanté et télémédecine (Proposition N°10). Ces éléments pourraient être une première pierre d'un référentiel éthique plus large sur l'ensemble des applications et objets connectés en santé.

L'Uniopss développe des propositions autour d'un cadre éthique et sécurisé pour une télémédecine accessible à tous, dans un document annexé au présent avis.

¹¹ L'article 12 crée un article L1111-13-2 évoquant des « référentiels d'engagement éthique et les labels et normes imposés dans l'espace numérique de santé ».

Article 13 : introduction des télésoins

L'Uniopss est favorable au développement des télésoins, avec les mêmes éléments de vigilance ou conditions de réussite identifiés dans son plaidoyer pour une télémédecine accessible à tous (annexé au présent avis).

Article 14 : prescription dématérialisée

L'étude d'impact du projet de loi indique que « l'objectif est de garantir un recours à cette modalité de prescription, en faisant, à terme, de la prescription électronique l'unique vecteur de prescription. » L'Uniopss attire l'attention sur la nécessité de laisser la possibilité aux usagers qui le souhaitent de disposer d'une prescription en format papier et renvoie aux conclusions du rapport du Défenseur des Droits sur la dématérialisation et les inégalités d'accès aux services publics (Janvier 2019). L'Uniopss insiste pour que cette possibilité puisse être prévue sans coût supplémentaire pour l'utilisateur. Cet article renvoie également à des dispositions qui seront prises par ordonnance.

Titre IV : Mesures diverses

Article 18 : mesures de simplification sur le secteur médico-social

L'Uniopss souhaite alerter sur une disposition de l'article 18 qui vise à rendre obligatoire l'état prévisionnel des recettes et des dépenses (EPRD) pour les ESMS spécifiques sous CPOM dits facultatifs (article L.313-11 du CASF). Cette disposition alourdit considérablement la procédure budgétaire et de tarification pour des structures (LHSS, LAM, ACT, CSAPA et CAARUD) de taille réduite (entre 15 et 25 places en moyenne). Elle fragiliserait des structures qui n'ont pas toujours les ressources en interne pour ce type de procédure. D'autre part, elle pourrait – non pas simplifier – mais complexifier la tâche des associations ayant un financement mixte (exemple : structure médico-sociale et prévention).

En outre, les textes prévoient déjà la possibilité d'étendre le CPOM et l'EPRD pour les gestionnaires multi-activités sous CPOM obligatoire (secteur Personnes âgées et personnes en situation de handicap) aux ESMS dits spécifiques. Cette disposition pourrait être un frein pour les ESMS spécifiques s'engageant sur la base du volontariat dans une logique de contractualisation (CPOM).

L'exposé des motifs du présent article évoque une simplification du travail des ARS, à rebours du débat parlementaire sur le PLFSS lors duquel le rapporteur, Olivier VERAN avait exprimé son avis défavorable en Commission des Affaires sociales sur des propositions d'amendement proches de l'article 18 d'extension du CPOM et de l'EPRD aux ESMS spécifiques, sur le motif d'une charge de travail trop importante pour les ARS.

Extrait des échanges en Commission des Affaires sociales, le 17 octobre 2018

« M. Olivier VERAN, rapporteur général. Vous souhaitez intégrer des structures de prévention, d'insertion et d'addictologie ainsi que des structures d'accueil médicalisé dans le champ de l'obligation de contractualisation d'un CPOM. La rédaction des articles L.313-12 et L.313-12-2 du code de l'action sociale et des familles permet déjà d'inclure dans le périmètre d'un CPOM – et donc de l'état prévisionnel des recettes et dépenses (EPRD) – les établissements visés par cet amendement sur une base volontaire s'ils sont gérés par un organisme privé ou public qui gère également des établissements médico-sociaux pour personnes âgées et handicapées.

Imposer une contractualisation obligatoire avec les structures de prévention et de soins en addictologie affecterait surtout les petites structures pour lesquelles ces outils ont un intérêt moindre, et alourdirait la charge de travail des ARS qui doivent déjà réussir la généralisation de la contractualisation avec les structures pour personnes âgées et handicapées.

Pour toutes ces raisons, mon avis est défavorable. ».

Ces nouvelles procédures n'ont pas encore fait leurs preuves dans les champs des personnes âgées et des personnes en situation de handicap. Les remontées de terrain font état d'un retard des ARS sur ces procédures et d'un manque d'accompagnement des structures sur la mise en place de ces nouvelles procédures budgétaires et de tarification.

La Conférence nationale de santé s'est prononcée défavorablement sur la mesure en Assemblée Plénière le 31 janvier 2019 (cf. avis de la CNS sur le projet de loi de transformation du système de santé) – lors d'un vote sur une mention défavorable à cette disposition à intégrer au sein de l'avis sur le projet de loi (7 absentions et 1 vote contre la mention défavorable et le reste des membres - une cinquantaine – pour la mention défavorable).

La section sociale du Comité national d'organisation sanitaire et médico-social (CNOSS) s'est également prononcée contre la mesure (2 votes contre, et le reste des membres s'est abstenu).

L'Uniopss propose de supprimer cette disposition (Proposition d'amendement N°11). A défaut, l'Uniopss propose de prévoir son application dans un délai de 3 ans, ce qui laisse le temps aux structures de se former et d'être accompagnées dans la mise en place de ce nouveau cadre tarifaire complexe, idem du côté des autorités de tarification.

Le texte prévoit de nouvelles dispositions dérogatoires à la règle d'appels à projet dans le secteur social et médico-social s'agissant des projets de transformation d'établissements et de services. Il s'agit du 3^{ème} texte apportant des mesures dérogatoires à la logique d'appel à projet depuis l'adoption de la loi d'adaptation de la société au vieillissement fin 2015. Le 1^o du I. de l'article 18 prévoit d'étendre les modalités d'exonération d'appel à projet aux opérations de transformation en **supprimant la notion de seuil en cas d'extension de capacité**. Deux cas de figure sont ainsi visés par le texte :

- La première disposition relative **aux projets de transformation d'ESSMS avec modification de la catégorie de bénéficiaires**, qui permet d'introduire davantage de souplesse pour notamment faciliter la transformation de l'offre dans le champ du handicap et la mise en œuvre d'une réponse accompagnée pour tous, **est perçue positivement**.
- La deuxième disposition relative **aux transformations d'établissements sanitaires en ESSMS suscite des réactions plus contrastées** de la part des acteurs du secteur. D'un côté, elle permet d'accroître l'offre médico-sociale au bénéfice des publics accueillis par les associations (exemple : transformation de SSR en Foyer d'Accueil médicalisé pour les personnes en situation de polyhandicap). D'un autre côté, elle soulève quelques inquiétudes et interrogations, sur ses éventuels impacts sur l'offre privée non lucrative (en lien avec les réformes actuelles des hôpitaux et hôpitaux de proximité). Un point de vigilance est plus particulièrement souligné par certains acteurs : cette disposition n'est pas adaptée à toutes les activités sociales et médico-sociales. Les projets de transformation doivent se faire en cohérence avec la nature de l'accompagnement et les objectifs poursuivis (ex : inclusion), et en mobilisant les associations spécialisées sur le territoire. A cet égard, l'exemple présenté lors du CNOSS de transformation d'activité hospitalière en appartement de coordination thérapeutique (ACT) est incohérent avec les missions remplies par ce type de structure et n'est pas souhaité par les fédérations concernées. Les missions des ACT visent l'accès à l'autonomie des personnes dans le cadre de logements diffus situés généralement dans le parc social, missions d'inclusion et d'accès à l'autonomie difficiles à remplir dans un cadre hospitalier, même transformé.

Article 19 : missions des ARS et exercice coordonné

L'Uniopss tient à souligner – outre les CPTS - l'existence d'autres formes de coopérations entre acteurs sanitaires, sociaux et médico-sociaux existants qui nécessitent d'être encouragées et développées telles que les microstructures. Elles se basent sur la coopération entre acteurs de l'accompagnement psycho-social (psychologues, travailleurs sociaux) et la médecine de ville pour la prise en charge et l'accompagnement des personnes en situation d'addiction. C'est la pratique de soins de proximité en addictologie dans une approche pluridisciplinaire.

L'Uniopss propose d'autres amendements en faveur du développement d'une offre médico-sociale et des publics accompagnés par les associations de solidarité :

- Inscrire un principe de non-discrimination dans les transports sanitaires (Proposition N°13)
- Simplification des procédures budgétaires relatives à la mission prévention portée par les centres de soins, d'accompagnement et de prévention en addictologie (CSAPA) (Proposition N°15)
- L'expérimentation de dispositif de prévention des expulsions locatives des personnes malades (Proposition N°16)
- Aligement du taux de TVA réduit prévus pour les ESMS pour les structures de type Lits d'Accueil Médicalisés et Maisons d'Accueil Hospitalières afin de faciliter la construction de ces établissements conformément aux objectifs de l'ONDAM, et aux besoins d'hébergement non médicalisé liés au virage ambulatoire (Propositions N°17 et 18).

ANNEXES

- ▶ ANNEXE 1 – Propositions de l'Uniopss sur le cadre juridique et financier des Communautés professionnelles territoriales de santé
- ▶ ANNEXE 2 – Propositions de l'Uniopss pour le déploiement d'une télémédecine accessible à tous
- ▶ ANNEXE 3 – Argumentaire sur l'inclusion de l'Aide médicale d'Etat dans le régime général de la sécurité sociale

L'Uniopss

Unir les associations pour développer les solidarités

Acteur majeur du monde associatif et de l'économie sociale et solidaire, l'Uniopss représente, soutient et rassemble les acteurs associatifs des secteurs sanitaire, social et médico-social.

Présente sur tout le territoire au travers d'un réseau d'unions régionales et d'une centaine de fédérations et d'associations nationales, l'Uniopss regroupe 25 000 établissements, 750 000 salariés et un million de bénévoles.

Cet ancrage territorial, ainsi que son expertise dans l'ensemble des champs de l'action sanitaire et sociale (handicap, personnes âgées, santé, enfance, famille, jeunesse, lutte contre l'exclusion...), permet à l'Uniopss de porter une analyse transversale et de contribuer à la construction de politiques publiques ambitieuses en France et en Europe.



Les valeurs qui nous rassemblent

- ▶ Primauté de la personne
 - ▶ Non lucrativité
 - ▶ Solidarité
 - ▶ Égalité dans l'accès aux droits
 - ▶ Participation de tous à la vie de la société
-

Contacts :

Jérôme Voiturier, Directeur Général à l'Uniopss

☎ : 01 53 36 35 30 ✉ : jvoiturier@uniopss.asso.fr

Laurie Fradin, Conseillère technique santé / ESSMS à l'Uniopss

☎ : 01 53 36 35 21 ✉ : lfradin@uniopss.asso.fr

Propositions de l'Uniopss pour des Communautés Professionnelles Territoriales de Santé au service de l'accès à la santé de tous

Les missions socles des Communautés professionnelles territoriales de santé (CPTS) définies par ma Santé 2022 (réalisation d'actions de prévention, accès à un médecin traitant, réponse aux soins non programmés, organisation de l'accès à des médecins spécialistes, passages ville-hôpital et maintien à domicile) **concernent au premier chef les publics accompagnés par les associations sanitaires, médico-sociales et sociales, fortement touchés par les inégalités sociales et territoriales de santé.**

L'Uniopss a alerté fin novembre dans un courrier adressé à la DGOS et à la CNAM sur la nécessité d'un cadre juridique et financier des CPTS permettant d'associer tous les acteurs. Nous insistons sur l'importance et l'urgence d'une **stratégie nationale de déploiement complémentaire aux négociations conventionnelles en cours**, car nombre d'acteurs sont actuellement mis de côté sur le terrain. Nous observons la transformation de coopérations existantes en Sociétés Interprofessionnelles de soins ambulatoires (SISA), cadre non adapté à l'objet des CPTS, ou la constitution de CPTS sous forme associative avec des statuts rédigés de telle sorte qu'ils excluent toute personne morale.

L'Uniopss livre ses recommandations sur **les conditions de réussite des CPTS, travaillées avec ses adhérents. Des enjeux de gouvernance, juridique et financiers ont été identifiés et méritent d'être examinés.**

Pour l'Uniopss, l'outil CPTS est un moyen de réduire les inégalités sociales et territoriales de santé, en favorisant l'accès aux soins et à la santé via une coopération accrue des acteurs sur un territoire et une meilleure organisation de l'offre. Les missions confiées aux CPTS peuvent être assimilées à des missions de service public. La CPTS a une responsabilité populationnelle et pour remplir ses missions, elle doit pouvoir rassembler **une pluralité d'acteurs** : professionnels de santé libéraux, secteur médico-social, sanitaire, pharmaciens etc. C'est d'ailleurs ce qui la distingue d'une équipe de soins primaires.

La représentation de cette pluralité d'acteurs doit être garantie au sein des CPTS mais également au sein de la gouvernance du dispositif. En restant souple, et en s'appuyant sur les acteurs moteurs, à minima 3 catégories différentes d'acteurs devraient être présentes au sein de la gouvernance.

La forme juridique peut être différente selon les projets des CPTS, toutefois la forme associative nous semble la plus adaptée car elle permet d'associer tous les acteurs. L'association est la forme recommandée par le guide « Constituer une CPTS – Guide pratique » de l'ARS Ile-de-France. Les modalités de gouvernance peuvent être définies en fonction des acteurs réunis sur chaque projet (via différents collèges par exemple). Le cadre est souple, simple et adaptable aux différentes formes et projets de CPTS. L'association permet une réactivité en termes d'inclusion de nouveaux membres, et un cadre financier protecteur vis-à-vis des membres. Par ailleurs, la notion de non-lucrativité est importante au regard des missions de service public portées par la CPTS.

Concernant les autres formes juridiques existantes, le GCS et le GCSMS comportent plusieurs écueils :

- ▶ le GCS requiert la présence obligatoire d'un établissement de santé et le GCSMS ne peut associer les professionnels libéraux que comme partenaires ;
- ▶ en matière de gouvernance, les droits des membres dépendent du montant de leur participation aux charges de fonctionnement ;
- ▶ un choix est à opérer entre deux régimes de droit privé ou de droit public ;
- ▶ la solidarité financière des membres avec des risques importants que certains acteurs ne souhaiteraient pas encourir ;
- ▶ enfin la forme est complexe et lourde.

Ces formes juridiques peuvent présenter un intérêt si les projets de la CPTS requièrent une redistribution des flux financiers vers les membres (cf. ci-après – modalités de financement) ou de gestion de financement pour le compte des membres, mais elles nécessitent d’être simplifiées et révisées.

L’Uniopss a initié une réflexion sur **les différents niveaux de réglementation possibles de la CPTS** – et de la possibilité **d’association réglementée ou non réglementée**. Il est possible de créer une forme juridique ad hoc via une association réglementée. La validation du projet de santé de la CPTS par le DG ARS constitue un premier niveau de réglementation. Toutefois des prérequis en terme de structuration nous semblent indispensables. Sans statuer, plusieurs possibilités nous semblent à explorer :

- ▶ La définition de **l’objet de la CPTS** est un élément important- les missions socles définies par Ma Santé 2022 pourraient figurer dans l’objet au sein des statuts de la CPTS.
- ▶ La définition **d’un cahier des charges des CPTS** précisant les prérequis en termes de gouvernance (pluralité d’acteurs) et d’autres aspects (ex : modalités d’évaluation).

Les modalités de financement doivent être adaptées aux missions de la CPTS et aux prérequis signalés plus haut. Ainsi **la distinction de deux types de financement nous semble un principe fondamental** :

- ▶ Une **enveloppe de fonctionnement dédiée à la fonction de coordination de la CPTS et aux éventuels projets spécifiques – destinée à la personne morale porteuse de la CPTS**.
- ▶ Des **financements propres à chaque catégorie d’acteurs pour inciter à la participation et financer le temps dédié**. Ces financements sont négociés par les acteurs avec leurs financeurs (ARS, CD, CNAM etc.) : ainsi des rémunérations sont déjà existantes dans le cadre de l’ACI des professionnels libéraux et des centres de santé et sont actuellement renégociées. Pour les autres acteurs, des financements pourraient de même être négociés dans le cadre de leur contractualisation avec les pouvoirs publics (ex : chantier Serafin PH, CPOM etc. pour le médico-social...).

L’articulation et la distinction de ces deux types de financement est essentielle. La solution, proposée par l’IGAS dans son rapport, de financer la CPTS par le seul ACI et la SISA concernant les frais de structure et les actions, iraient à l’encontre de règles de coopération équitables et incitatives pour tous les acteurs.

L’accompagnement à la construction de ces CPTS – notamment dans les démarches suivantes : le choix et la définition des modalités de gouvernance, la réalisation du diagnostic de territoire et l’élaboration du projet de santé nous semblent incontournables pour la réussite du dispositif et l’atteinte de ses objectifs.

L’Uniopss demande à être associée aux travaux autour des CPTS (définition des missions socles et complémentaires, des modalités de financements, des outils de coordination), qui se déroulent exclusivement aux travers des négociations conventionnelles, et regrette que les représentants d’usagers, les acteurs de prévention- promotion de la santé et le secteur médico-social soient exclus de ces travaux.

Janvier 2019



Plaidoyer de l'Uniopss

**Un cadre éthique et sécurisé pour
une télémédecine accessible à tous**

Février 2019

Les inégalités sociales et territoriales de santé sont au cœur des préoccupations de l'Uniopss et de ses adhérents dans un contexte de chute de la démographie médicale et d'accentuation des écarts dans les territoires. L'accès à la santé et aux soins est une problématique centrale pour les personnes accompagnées par les associations adhérentes du réseau Uniopss-Uriopss : personnes en situation d'exclusion sociale, personnes en situation de handicap, personnes âgées qu'elles soient en ESMS ou à domicile, et patients. Après un travail d'analyse et de positionnement sur le Plan d'Accès aux soins en 2018, l'Uniopss s'est saisie du sujet de la télémédecine.

La **télémédecine représente une des réponses aux déserts médicaux et aux difficultés d'accès aux soins - mais ne résout pas la problématique de la démographie des professionnels de santé.** Elle pourrait permettre notamment de réduire le délai d'accès à un généraliste ou à un spécialiste et éviter certains déplacements longs et fatigants pour les personnes. Elle permet également de favoriser la coopération et le décloisonnement entre acteurs. Cependant, **les conditions optimales de son déploiement pour qu'elle bénéficie à tous ne semblent pas réunies.** Ce, alors que la législation a évolué via la loi de financement de la sécurité sociale pour 2018. En effet, la téléconsultation est entrée dans le droit commun à compter du 15 septembre 2018 et est amenée à se généraliser. Le déploiement de la télémédecine soulève des interrogations d'ordre éthique, organisationnelles et financières.

L'Uniopss a choisi de concentrer **sa réflexion et ses propositions sur la téléconsultation**, dont certaines pourraient être étendues à d'autres formes de télémédecine (télé-expertise, télésurveillance etc...), et plus globalement à l'e-santé. L'objectif est de **garantir un cadre éthique et sécurisé pour une télémédecine accessible à tous.**

Axe N°1 : Elaborer et mettre en place des règles éthiques en matière de téléconsultation

La Stratégie nationale de santé pose elle-même la nécessité de « définir un cadre éthique » pour les applications des technologies numériques en santé.

L'Uniopss appelle à la **mise en œuvre concrète et effective de ce cadre éthique.** Il devient urgent de le définir et de le mettre en œuvre à l'heure de la multiplication des objets connectés en santé, du déploiement de la télémédecine et du Dossier Médical Partagé.

La généralisation de la téléconsultation implique de nombreux enjeux éthiques en matière :

- D'accessibilité à tous les publics.
- De protection et sécurité des données.
- De relation patient/médecin.

Plusieurs rapports et acteurs ont émis des propositions en ce sens :

- La Conférence Nationale de Santé, dans son avis sur les applications et objets connectés en santé¹, issu d'un débat citoyen, a recommandé « d'énoncer et faire respecter le cadre éthique du développement et de l'utilisation des Apps/OC » avec les principes suivants :
 - Laisser à l'utilisateur la possibilité du libre choix entre connecté / non connecté.
 - Préserver et développer la relation humaine dans la démarche en santé.
 - Veiller à préserver les usagers de l'édiction de normes comportementales via les applications.
 - Considérer le numérique comme un outil et non une compétence à part entière.
 - Garantir la transparence des liens d'intérêt dans le numérique.
 - Penser et communiquer sur le développement de l'e-santé comme support de responsabilisation des utilisateurs (professionnels et usagers).

¹ Avis « faire en sorte que les objets et applications connectés bénéficient à tous », février 2018.

- France Assos Santé travaille actuellement à une charte éthique des usages numériques en santé.
- Le rapport du chantier N°5 de la stratégie de transformation du système de santé « Accélérer le virage numérique »² faisait le constat suivant : « le cadre éthique dans lequel doivent s'inscrire les usages du numérique en santé reste flou » et propose de définir et promouvoir un cadre de valeurs et un référentiel d'éthique du numérique.

L'Uniopss suggère la définition d'un cadre éthique appliqué à la téléconsultation qui pourrait par exemple contenir les principes suivants :

- **Garantir une information adaptée et un accompagnement humain dans l'utilisation de la télémédecine aux personnes le nécessitant.**
- **Garantir la prise en charge du coût financier de l'accompagnement humain dans l'utilisation de la télémédecine aux personnes le nécessitant.**
- **Le maintien d'un contact humain via une pratique de la télémédecine inscrite dans le parcours de santé.** Une enquête³ récente a permis d'identifier les freins au déploiement de la télémédecine. En premier lieu est citée la perte de contact humain et de dialogue avec son médecin traitant ou spécialiste (61,1%).
- **Garantir au patient l'accessibilité et la traçabilité de ses données.**
- **Un engagement sur l'accessibilité financière et géographique (répartition de l'offre sur les territoires), ainsi que l'accessibilité à l'utilisation des équipements (ex. cabines accessibles). Concernant plus particulièrement la pratique du tiers-payant, elle est possible via la télétransmission de la feuille de soins électronique entre médecin et assurance maladie (dite « en mode dégradé ») avec des formalités assouplies pour les actes de téléconsultation. Toutefois, de nombreux opérateurs proposent un paiement en ligne (avance de frais) avec envoi au patient de la feuille de soins. La carte vitale dématérialisée pourrait à l'avenir faciliter la mise en place du tiers-payant.**
- **La formation de l'ensemble des professionnels de santé utilisant la télémédecine.... (médecins, pharmaciens, infirmiers, etc.).**

L'Uniopss propose :

- L'élaboration de règles éthiques propres à la téléconsultation découlant d'un cadre éthique plus large sur le numérique en santé.
- Inclure le respect de ces règles au sein d'un processus de « labellisation » ou de « certification » des opérateurs (cf. ci-après en matière de sécurité des données).

² COURY Annelore, PON Dominique, Rapport final « Accélérer le virage numérique », STSS.

³ Enquête menée auprès de 8 000 assurés par Carte blanche partenaires, la Société française de télémédecine (SFT), l'université de Montpellier (Hérault) et son laboratoire MRM, en partenariat avec France assos santé et Formatic santé, Article Hospimedia, 11.12.2018

Axe N°2 : Equipement, formation et accompagnement : des conditions indispensables pour une télémédecine accessible à tous

Dans la même enquête⁴ citée plus haut, pour 42,1% des Français, les freins sont aussi technologiques. **Ces résultats montrent l'importance de former et accompagner l'ensemble des acteurs à l'utilisation des nouveaux services de télémédecine.**

Les textes législatifs et réglementaires relatifs à la téléconsultation prévoient la possibilité d'un **accompagnement par un professionnel de santé médical ou paramédical** (infirmier, sage-femme, pharmacien, etc.) Dans le cadre des expérimentations qui ont précédé l'entrée dans le droit commun, des crédits étaient dédiés pour financer le professionnel accompagnant – via le FIR (ex : infirmière qui se rend au domicile avec son chariot de télémédecine). Toutefois, au 15 septembre 2018, à la date de l'intégration dans le droit commun de la téléconsultation, seule la rémunération des médecins a été fixée. Depuis les pharmaciens ont trouvé un accord avec l'Assurance maladie - en décembre 2018, via une rémunération forfaitaire comprise entre 200 et 400€ en fonction du temps passé et du nombre de téléconsultations. **L'Uniopss insiste sur l'importance des professionnels accompagnants pour certains types de publics, et indique la nécessité de fixer également une rémunération pour les professionnels autres que pharmaciens.**

Rendre accessible la télémédecine à tous les publics suppose également des aides à l'équipement pour les établissements et services sociaux et médico-sociaux. A ce stade, des aides ont été définies pour les médecins libéraux et pour les pharmaciens au niveau national via leurs accords conventionnels avec l'Assurance Maladie. Ainsi, les médecins disposent d'un forfait structure de 350€/an pour la mise à jour de leur équipement informatique et l'abonnement à des plateformes de télémédecine et de 175€ pour s'équiper en matière d'appareils connectés⁵. Les pharmaciens disposent d'une aide à l'équipement de 1 225€ la première année, puis de 350€ les suivantes⁶.

Les pouvoirs publics semblent s'orienter vers des aides variables et à la carte selon les régions pour les ESMS à travers une enveloppe FIR télémédecine. Les ARS pourront prioriser tel ou tel type d'établissement, et les ESMS feront face à des orientations hétérogènes. Pourtant l'équipement d'un établissement ou service permet une mutualisation des outils entre plusieurs professionnels de santé (médecins, infirmiers etc..). L'Uniopss insiste sur la nécessité d'un financement pluriannuel (abonnement plateforme, mise à jour des outils) et s'inquiète d'un financement hétérogène selon les régions.

L'Uniopss propose de :

- Rendre effective la possibilité d'un accompagnement humain dans la téléconsultation par la définition d'une rémunération adaptée des professionnels accompagnants.
- L'accompagnement humain ne doit pas être à la charge des publics.
- Définir au niveau national des modalités de financement de l'aide à l'équipement en télémédecine des ESMS, de manière équitable par rapport aux aides fixées pour les médecins libéraux et les pharmaciens.
- La mise en place de programmes régionaux de formation des professionnels sanitaires et médico-sociaux et des usagers.

⁴ Enquête menée auprès de 8 000 assurés par Carte blanche partenaires, la Société française de télémédecine (SFT), l'université de Montpellier (Hérault) et son laboratoire MRM, en partenariat avec France assos santé et Formatic santé, Article Hospimedia, 11.12.2018

⁵ Source : <https://www.ameli.fr/medecin/exercice-liberal/telemedecine/teleconsultation>

⁶ Source : https://www.ameli.fr/fileadmin/user_upload/documents/CP_Avenant_15_TLC_pharmaciens-06122018.pdf

Axe N°3 : Renforcer la transparence de l'offre et la sécurité des données personnelles de santé

La généralisation de la téléconsultation ouvre un marché dans lequel se sont déjà positionnés nombre d'acteurs privés lucratifs. La téléconsultation nécessite en effet des plateformes numériques sécurisées à travers lesquelles les médecins, professionnels accompagnants et patients pourront communiquer, effectuer la consultation à distance et également échanger des données administratives et médicales.

Ce marché nécessite d'être régulé par les pouvoirs publics. L'Assurance maladie a déjà du repreciser les conditions de remboursement de la téléconsultation suite à des offres publicitaires, et à un marketing erronés de la part de certaines entreprises qui déploient des solutions de télémédecine. Ce recadrage de l'Assurance Maladie, quelques jours après l'entrée dans le droit commun, a été également suivi de vives réactions du Conseil National de l'Ordre des médecins, qui a par exemple mis en demeure la société Qare de « faire cesser » sa publicité mensongère sur la télémédecine, preuve **qu'une régulation est nécessaire**.

Par ailleurs, l'Assurance maladie précise que c'est au médecin de vérifier auprès de l'éditeur de logiciels ou du fournisseur de solution de télémédecine que les critères de sécurité sont bien respectés pour l'échange de données personnelles en santé⁷.

L'Uniopss s'interroge sur la capacité des médecins, professionnels de santé et établissements sociaux et médico-sociaux – pour la plupart non formés - à vérifier que ces paramètres de sécurité et que la réglementation soient bien respectés. Dans différents documents (dossiers de presse, site internet) relatifs à la téléconsultation, l'Assurance maladie évoque l'absence à ce stade de « labellisation », et précise que des contrôles seront mis en place une fois que la téléconsultation sera déployée⁸. L'Uniopss s'interroge sur l'efficacité de contrôles à posteriori, une fois que les professionnels de santé et les établissements auront contractualisés avec des opérateurs et investis dans leurs outils.

A ce stade, une des règles principales pour s'assurer de la sécurité des données, via les plateformes est celle de **l'agrément – transformé récemment en certification - « hébergeur de données de santé (HDS) »⁹. Toutefois le système est opaque et peu lisible pour l'utilisateur (professionnel ou patient)**. Dans la grande majorité des cas, ce n'est pas l'opérateur qui propose la plateforme qui dispose de la certification mais une autre entreprise avec laquelle la plateforme a signé un contrat. Outre l'aspect hébergement des données de santé, les autres aspects réglementaires que doivent respecter les plateformes ne font pas l'objet d'agrément/label et certification. L'Assurance Maladie s'oriente vers des contrôles à posteriori sur ces aspects.

Aujourd'hui, **120 structures (privées ou publiques) bénéficient d'un agrément « hébergeurs agréés de données de santé »** d'après le site de l'Agence française de la Santé numérique (ASIP santé)¹⁰.

L'Uniopss propose :

- La mise en place d'un « label » ou d'une « certification » des opérateurs de téléconsultation afin qu'usagers (professionnels, établissements et patients) puissent s'assurer de la sécurité des solutions proposées et du respect de la réglementation grâce à un cadre lisible et transparent. Ce label pourrait aussi intégrer des aspects éthiques (cf. § 1).
- Une régulation la plus en amont possible du marché de la télémédecine par les pouvoirs publics (cf. pilotage et gouvernance ci-après) et la mise en place de contrôles réguliers de l'Assurance maladie.

⁷ Dossier de presse Assurance Maladie Généralisation de la téléconsultation - 12 septembre 2018

⁸ Déclaration de l'Assurance Maladie au journal Hospimedia, in « L'Assurance maladie recadre les conditions de remboursement des actes de téléconsultation », article du 20/09/2018.

⁹ Le décret n° 2018-137 du 26 février 2018 relatif à l'hébergement de données de santé à caractère personnel définit la nouvelle procédure de certification.

¹⁰ <http://esante.gouv.fr/services/referentiels/securete/hebergeurs-agrees>

Axe N°4 : Pour un pilotage national et régional renforcé afin de garantir une interopérabilité des outils

Face au déploiement de solutions tous azimuts par de multiples entreprises privées avec des problématiques d'interopérabilité, l'objectif de fluidification des parcours de santé des personnes via des coopérations accrues entre acteurs sociaux, médico-sociaux et sanitaires semble loin d'être atteint. Un **pilotage et une gouvernance aux niveaux national et régional renforcés sont nécessaires dans le déploiement de la télémédecine et des différents outils.**

Le rapport consacré au virage numérique de la stratégie de transformation du système de santé fait le même constat d'une « *gouvernance et d'une organisation insuffisamment structurées* ». « *Le pilotage des projets est perçu comme insuffisant à la fois au national, mais aussi entre les niveaux national et local* ».

Il est nécessaire **d'éviter le déploiement d'une multiplicité d'outils non interopérables**, dont il sera difficile de se défaire par la suite. C'est également le constat fait par les rapporteurs qui évoquent une « offre morcelée », et des outils « peu interopérables ».

Les ARS ont un rôle de premier plan à jouer dans le déploiement d'une offre structurée et homogène de la télémédecine sur les territoires.

Une comparaison internationale des niveaux de déploiement de la télémédecine, montre que les pays moteurs (ex : Danemark, Ecosse), ont des gouvernances régionales et territoriales très fortes de leur politique de télémédecine.

L'Uniopss souhaite mettre en avant une démarche de structuration en région avec **l'exemple du projet de plateforme de télémédecine régionale portée par l'ARS et un groupement d'intérêt public en Région Hauts-de-France.**

La politique régionale Numérique et Santé en Hauts-de-France, pilotée par l'Agence régionale de santé est encadrée par : une stratégie régionale e-santé, un schéma directeur régional des systèmes d'informations en santé (2018-2023) et un programme régional de transformation digitale du système de santé (PréDiTISS).

Le déploiement de la télémédecine est l'un des 4 axes de la stratégie et du Schéma. La mise en place d'une plateforme technique régionale unique à l'ensemble des champs sanitaires et médico-sociaux et l'élaboration d'un projet de service générique de télémédecine mobilisable pour tous les besoins/domaines d'usage et spécialités font parties des objectifs principaux du Schéma et du programme.

L'ARS a fait le choix de déléguer dans le cadre d'une AMO, la mise en œuvre des projets de la stratégie régionale e-santé, à un groupement d'intérêt public né de la transformation de deux groupements de coopération sanitaire des ex-régions. Ce groupement organise 12 groupes de travail pour mettre en œuvre le Programme PREDITISS, sur la télémédecine mais aussi sur l'interopérabilité, le RGPD et l'éthique.

Les GCS e-santé implantés dans la plupart des régions rassemblent toutes les catégories d'acteurs : établissements publics et privés de santé, acteurs médico-sociaux, professionnels libéraux et collectivités. Ils permettent une réflexion coordonnée autour des projets de télémédecine. La place des représentants d'usagers au sein de ces groupements pourrait être renforcée.

L'Uniopss plaide en faveur de :

- Un pilotage et une gouvernance renforcée de la télémédecine par les pouvoirs publics, via notamment une forte implication des ARS au niveau régional.
- La garantie d'une interopérabilité des différents outils et solutions de téléconsultations et télémédecine via une architecture de base et des standards définis par les pouvoirs publics.
- L'intégration de la téléconsultation dans une stratégie globale et articulée avec les autres chantiers numérique (SI, DMP etc.).

Une programmation partagée avec toutes les parties prenantes du déploiement de la télémédecine de manière à ne pas renforcer les inégalités territoriales, sociales et générationnelles d'accès à la santé.

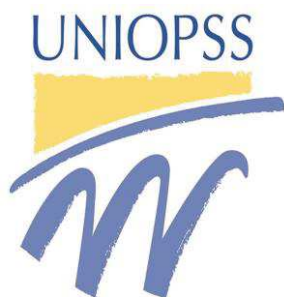
L'Uniopss

Unir les associations pour développer les solidarités

Acteur majeur du monde associatif et de l'économie sociale et solidaire, l'Uniopss représente, soutient et rassemble les acteurs associatifs des secteurs sanitaire, social et médico-social.

Présente sur tout le territoire au travers d'un réseau d'unions régionales et d'une centaine de fédérations et d'associations nationales, l'Uniopss regroupe 25 000 établissements, 750 000 salariés et un million de bénévoles.

Cet ancrage territorial, ainsi que son expertise dans l'ensemble des champs de l'action sanitaire et sociale (handicap, personnes âgées, santé, enfance, famille, jeunesse, lutte contre l'exclusion...), permet à l'Uniopss de porter une analyse transversale et de contribuer à la construction de politiques publiques ambitieuses en France et en Europe.



Les valeurs qui nous rassemblent

- ▶ Primauté de la personne
- ▶ Non lucrativité
- ▶ Solidarité
- ▶ Égalité dans l'accès aux droits
- ▶ Participation de tous à la vie de la société

Contacts :

Jérôme Voiturier, Directeur Général à l'Uniopss
☎ : 01 53 36 35 30 ✉ : jvoiturier@uniopss.asso.fr

Laurie Fradin, Conseillère technique santé / ESSMS à l'Uniopss
☎ : 01 53 36 35 21 ✉ : lfradin@uniopss.asso.fr

www.uniopss.asso.fr - [@uniopss](https://twitter.com/uniopss)

Uniopss • 15 rue Albert - CS 21306 - 75214 Paris cedex 13 •
Tél. 01 53 36 35 00 • contact@uniopss.asso.fr •



Inclure l'Aide médicale de l'Etat (AME) dans le régime général de Sécurité sociale

Comment combattre les idées reçues ?

1- Qui sont aujourd'hui les bénéficiaires de l'AME ?

Les bénéficiaires de l'AME sont **des personnes en grande précarité** qui résident depuis plus de trois mois en France et dont les revenus sont inférieurs à 720 euros par mois.

Comme les autres personnes précaires, ils sont plus souvent exposés à des risques de santé en raison de leurs conditions de vie (hébergement précaire, ressources, insalubrité, vie à la rue, précarité énergétique etc.). Or, les bénéficiaires de l'AME ont un accès plus tardif aux soins alors même qu'ils peuvent présenter des pathologies plus graves que l'ensemble des assurés sociaux¹.

Aujourd'hui, le budget annuel de l'AME de droit commun représente **0,47% du total de l'Objectif national des dépenses d'assurance maladie (ONDAM)²**.

2- Pourquoi fusionner alors qu'une aide existe déjà ?

- **Pour répondre à un enjeu de santé publique de prévention et d'accès aux soins**

L'existence du double régime a des conséquences très concrètes dans l'accès à la prévention, à la vaccination et aux soins. Les bénéficiaires de l'AME ne sont pas des assurés sociaux, ils n'ont pas l'obligation d'avoir un médecin traitant et sont donc exclus d'emblée des programmes de prévention de la CNAM (programme M T Dents, programme de prévention de la santé bucco-dentaire, pour les enfants, les adolescents et les femmes enceintes ; campagnes de dépistage systématique des cancers du côlon et du sein ; campagnes intermittentes pour le dépistage du cancer du col de l'utérus ; programme Sophia pour l'accompagnement des malades chroniques : diabétiques et asthmatiques etc.).

¹ <https://theconversation.com/sante-des-migrants-les-prejuges-ont-la-vie-dure-87200>

² Aujourd'hui, le budget annuel de l'AME de droit commun s'élève à 923,7 millions d'euros, soit 0,47% du total de l'ONDAM fixé le 4 décembre 2017 par le législateur à 195,2 milliards.

Alors que la prévention est aujourd'hui affichée comme un objectif majeur de la politique de santé, en exclure des personnes en précarité donc particulièrement exposées à des problématiques de santé est particulièrement inadapté en matière de santé publique.

Par ailleurs, comme le montre le dernier rapport de l'accès aux droits et aux soins de Médecins du Monde, ces populations sont peu vaccinées, puisque à peine un tiers des patients sont à jour pour la coqueluche, la rougeole, la rubéole et les oreillons, tandis qu'un sur deux est vacciné contre la diphtérie, le tétanos, la poliomyélite et la tuberculose.

Enfin, les bénéficiaires de l'AME n'ont pas de carte vitale ce qui induit des démarches administratives plus lourdes que pour les détenteurs de carte vitale, parfois et encore trop souvent prétextes à des refus de soins de la part des professionnels de santé.

- **Pour faire réaliser des économies à notre système de santé**

Faciliter l'accès aux soins par un meilleur accès aux droits permet d'éviter des surcoûts liés aux retards des soins et protège les finances hospitalières.

En effet, le coût de la prise en charge d'une maladie qui atteint le stade de l'urgence est beaucoup plus élevé que celui de son traitement au long cours : plus on tarde à soigner une pathologie, plus les traitements seront lourds, donc coûteux, comme le montrent plusieurs études en France et en Europe. Selon une étude menée dans 3 pays européens, les économies vont de 9 à 69% selon les pathologies et les pays³. De plus, les hôpitaux des zones les plus touchées par la précarité, qui aujourd'hui soignent de nombreux bénéficiaires de l'AME, bénéficieront d'une simplification du traitement administratif de ces personnes pour couvrir ces frais par l'assurance maladie. L'intégration de l'AME dans le régime général favoriserait par ailleurs l'accès à la médecine de ville, essentielle pour un dépistage et un traitement précoce des maladies chroniques, et viendrait limiter la convergence vers les services d'urgence hospitaliers, souvent saturés et dont les coûts sont plus importants pour la société.

- **Pour faciliter le travail des professionnels de santé, du social et des caisses d'assurance maladie par une simplification administrative.**

L'existence de dispositifs différents, avec des règles distinctes, induit non seulement des ruptures de droit pour les personnes qui passent d'un statut à l'autre, mais également la co-existence des services au sein des CPAM avec des personnels formés différemment qui ne savent pas toujours répondre aux questions qui concernent l'un et l'autre dispositif. 2018 en fut une nouvelle preuve : pendant des mois et des mois, les CPAM, sur ordre de la CNAM, ont refusé d'accorder aux personnes n'ayant plus de titre de séjour l'accès à leur complémentaire santé pendant douze mois comme le prévoyait pourtant la loi. Ces personnes se sont également vu refuser l'accès à l'AME : ce sont donc des milliers de personnes qui pendant des mois n'ont plus eu accès ni à la CMU-C, ni à l'AME et ont dû avancer des frais de santé.

³ FRA : *Cost of exclusion from healthcare. The case of migrants in an irregular situation*, 2015.

Voir aussi : M.Guillon, M.Celse, P.Y.Geoffard : *Economic and public health consequences of delayed access to*

- **Parce qu'il est urgent d'enrayer le renoncement aux soins**

Les bénéficiaires de l'AME ont accès plus tardivement et plus difficilement à cette prestation d'aide sociale. La complexité des démarches concernant l'AME est soulignée par le Défenseur des droits comme un frein majeur, facteur de renoncement aux droits et aux soins, ainsi que de refus de soins⁴.

- **Parce qu'il est nécessaire de poursuivre les efforts entamés dans la stratégie pauvreté**

Il est primordial de poursuivre la politique volontariste de simplification et de fusion des prestations entamée avec l'aide à la complémentaire santé (ACS) par l'intégration de l'AME dans l'Assurance maladie.

- **Pour mettre fin à l'instrumentalisation politique qui menace chaque année l'AME**

Intégrer l'AME dans le régime général de la sécurité sociale lèverait la menace annuelle qui pèse sur cette prestation sociale lorsque le budget de l'AME est examiné au sein de la loi de finances.

Chaque année, la santé des étrangers malades est prise en otage dans l'hémicycle dans des débats qui n'ont que peu à voir avec des enjeux de santé publique, mais bien plus sur la base d'enjeux de postures politiciennes.

Au moment de la loi asile et immigration en juin 2018, le groupe LR du Sénat a fait voter un amendement restreignant l'accès aux soins aux seules urgences sans en envisager les conséquences. Le gouvernement et les députés dans leur majorité avaient rétabli le système antérieur.

Aujourd'hui, **il est temps de venir recentrer les débats sur les seules questions de santé publique**, de santé des personnes et de simplification administrative et d'éteindre par la fusion des dispositifs ces instrumentalisation politiques.

- **Parce que nos voisins européens l'ont fait : l'exemple de l'Espagne et du retour à un système de santé universel en septembre 2018**

En 2012 le Gouvernement conservateur, par un Décret royal, a décidé de restreindre l'accès aux soins des personnes sans papiers aux seules urgences alors qu'elles bénéficiaient préalablement du système de droit commun à l'égal des citoyens espagnols. La justification budgétaire était avancée, la décision s'avèrera idéologique. Une étude épidémiologique réalisée sur 6 ans, 3 ans avant le Décret et 3 ans après a révélé une augmentation de 15 % du taux de mortalité de la population migrante sans-papiers entre les deux périodes.⁵ Sur la base des constats et d'enjeux de santé publique, et convaincus par les professionnels de santé qui avaient résistés à ces restrictions en matière d'accès aux soins, le gouvernement espagnol a décidé en juin 2018 de réintégrer dans la couverture maladie universelle les personnes sans-papiers.

⁴ Le défenseur des droits « les refus de soins opposés aux bénéficiaires de la CMUc, de l'ACS et de l'AME » Rapport remis au Premier ministre, 2014, 45 pages.

⁵ <https://www.thelancet.com/action/showPdf?pii=S2468-2667%2818%2930133-6>

3- Pourquoi n'est-il pas aberrant de demander une telle réforme ?

Parce que l'AME n'a pas toujours existé. Jusqu'en 1993, aucune condition de régularité au séjour n'était demandée pour pouvoir bénéficier de l'Assurance maladie.

C'est par la volonté du ministre de l'Intérieur de l'époque, **Charles Pasqua et la loi d'août 1993**, que l'accès à l'Assurance maladie a été conditionné à la régularité du séjour.

En 1999, la Couverture Maladie Universelle (CMU) et l'AME sont créées, la CMU dépendant alors de l'Assurance maladie, l'AME de l'aide sociale.

Seuls les étrangers en situation irrégulière en viennent à dépendre de l'Aide sociale via l'AME.

Ce régime différencié vient discriminer les personnes étrangères dans l'accès aux soins, aux yeux des personnels de santé mais aussi auprès du grand public du fait de l'instrumentalisation politique de certains partis et personnalités politiques.

4- Pourquoi cela ne créerait-il pas un appel d'air ?

Parce que les personnes ne viennent pas en France pour se faire soigner. « Historiquement, les études sur la santé des immigré.e.s ont montré un effet de sélection par la « bonne santé » des candidat.e.s à la migration. Cela se traduit par un meilleur état de santé des immigré.e.s comparé aux personnes nées en France, du fait notamment de la moindre fréquence relevée de maladies chroniques. Depuis les années 2000 cependant, cet effet est moindre et l'on observe que l'état de santé des immigré.e.s, sur le territoire français, se dégrade avec la durée de leur résidence. Cette évolution est principalement liée à des conditions de vie moins favorables, qu'il s'agisse du logement, du travail, de l'accès aux services, aux biens ou encore aux soins »⁶.

5- Quelles sont les institutions qui préconisent cette réforme ?

De l'IGAS à l'Académie de médecine en passant par le Défenseur des droits

De nombreuses institutions se sont prononcées pour intégrer l'AME dans la sécurité sociale :

- L'Inspection générale des affaires sociales (**IGAS**) et l'Inspection des finances (**IGF**) dans des rapports de 2007 et 2010 ;
- Le Conseil national du sida et des hépatites virales (**CNS**);
- Le Conseil national de politiques de lutte contre la pauvreté et l'exclusion sociale (**CNLE**);
- Le Haut Conseil à l'égalité entre les femmes et les hommes (**HCE**) en 2017.

En mars 2014, dans son rapport sur « Les refus de soins opposés aux bénéficiaires de la CMU-C, de l'ACS et de l'AME », le **Défenseur des droits** recommandait que « la dualité des dispositifs CMU/AME - aujourd'hui PUMa/AME - soit reconsidérée de façon à simplifier les modalités d'intervention des CPAM, les démarches administratives des professionnels de santé et faciliter l'accès à la médecine de ville des bénéficiaires actuels de l'AME⁷ ».

Il y a un an, dans le cadre de l'examen du projet de loi de financement de la sécurité sociale (**PLFSS pour 2018**), le même Défenseur des droits, en audition devant la Commission des affaires sociales, réaffirmait son soutien à cette réforme.

Cette même Commission **venait de voter à l'unanimité un amendement** demandant un rapport du gouvernement au parlement sur la « mise en œuvre de l'intégration [de l'AME] dans l'assurance

⁶<https://theconversation.com/sante-des-migrants-les-prejuges-ont-la-vie-dure-87200>

maladie et de l'accès pour tous à une complémentaire santé pour les plus précaires », montrant par là son intérêt pour une telle réforme.

Plus récemment, l'**Académie nationale de médecine**, le 20 juin 2017, a dans son rapport intitulé « Précarité, pauvreté et santé » préconisé cette même fusion des dispositifs⁷.

6- La coexistence actuelle d'un système assurantiel et celui de l'AME basé sur la solidarité est-elle un obstacle à la fusion ?

Lors des débats parlementaires du PLFSS pour 2018, cette opposition a été présentée comme un obstacle à la fusion par la Ministre de la Santé.

Or, notre système de sécurité sociale ne repose pas et n'a jamais reposé sur le seul principe assurantiel. En effet, avant la réforme de la PUMA les bénéficiaires de la CMU « de base » ne versaient déjà aucune cotisation, et étaient donc affiliés sur le principe de la solidarité entre cotisants et non cotisants.

La réforme de la PUMA a encore élargi ce type d'affiliation, toute personne, française ou résidant régulièrement sur le territoire, ayant le droit d'être affiliée en son nom propre sur le seul critère de résidence, sans cotisations liées au travail.

Les deux systèmes existant, AME et sécurité sociale sont fondés sur le principe de solidarité, et il serait tout à fait faisable en ce sens d'intégrer les bénéficiaires de l'AME au régime général.

⁷ <http://www.academie-medecine.fr/wp-content/uploads/2017/06/rapoort-Précarité-pauvreté-et-santé-version-21-juin-2017-aprés-vote.pdf>