



**PLATEFORME DE PROPOSITIONS
D'AMENDEMENTS DE L'UNIOPSS
AU PROJET DE LOI RELATIF A
L'ORGANISATION ET A LA
TRANSFORMATION DU SYSTEME DE
SANTÉ**

ASSEMBLEE NATIONALE

20 février 2019

Plateforme de propositions d'amendements

Ces propositions d'amendements ont été travaillées 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.

Tableau récapitulatif des propositions d'amendements :

N°1	Article additionnel. après article 3	Former les professionnels de santé et du secteur médico-social aux dispositifs de couverture santé, et aux spécificités de prise en charge des personnes en situation de précarité et en situation d'addictions
N°2	Article additionnel. après article 3	Rendre effective la formation des professionnels de santé et médico-sociaux au handicap et la compléter d'une formation aux rôles et à la santé des aidants familiaux
N°3	Article 4	Intégrer les établissements médico-sociaux aux engagements des contrats d'engagement de service public
N°4	Article 6	Elargir l'ordonnance relative aux conditions d'exercice des praticiens hospitaliers à tous le champ du secteur médico-social et pas seulement les EHPAD
N°5	Article 7	Rôle central des Conseils territoriaux de santé dans l'élaboration des Projets territoriaux de santé
N°6	Article 7	Articulation des projets territoriaux de santé avec les schémas départementaux personnes âgées et personnes en situation de handicap
N°7	Article 7	Amendement rédactionnel – suppression du caractère « médical » des projets des ESMS, qui n'existe pas => projet des ESMS
N°8	Article 12	Intégrer l'accompagnement social et médico-social à l'espace numérique en santé
N°9	Article 12	Rendre l'Espace numérique en santé (et le Dossier Médical Partagé) accessibles à tous les usagers du système de santé, n'ayant pas d'identifiant national de santé
N°10	Article 13	Définition et mise en œuvre d'un cadre éthique à la télésanté
N°11	Article 18	Suppression de la disposition EPRD obligatoire pour les ESMS dits spécifiques sous CPOM (LHSS, LAM, ACT, CSAPA, CAARUD)
N°12		Amendement rédactionnel : Titre I – Chapitre III – Fluidifier les carrières entre la ville, « le secteur médico-social » et l'hôpital pour davantage d'attractivité
N°13	Article additionnel	Inscrire un principe de non-discrimination dans les transports sanitaires
N°14	Article 19	Simplifier l'accès à l'offre de santé pour les personnes en situation administrative précaires résidant en France – intégration de l'AME dans le régime général
N°15	Article 18	Simplification des procédures budgétaires relatives à la mission prévention portée par les centres de soins, d'accompagnement et de prévention en addictologie (CSAPA)

N°16	Article additionnel	Expérimentation prévention des expulsions locatives des personnes malades
N°17	Article additionnel après l'article 18	Clarification et simplification relatives au régime de TVA applicable aux opérations réalisées dans le cadre de la politique sociale du logement, en direction des personnes en situation d'exclusion, des personnes ou des familles en difficulté ou en situation de détresse, ou confrontées à des difficultés spécifiques
N°18	Article additionnel après l'article 18	Clarification et simplification relatives au régime de TVA applicable aux opérations réalisées à destination des maisons d'accueils hospitalières

AMENDEMENT N°1

Assemblée Nationale

Projet de loi relatif à l'organisation et à la transformation du système de santé

Article additionnel, après l'article n° 3

Après l'article L. 1110-1-1 du code de la santé publique, ajouter un article L 1110-1-2 rédigé ainsi :

« Les professionnels de santé et du secteur médico-social reçoivent, au cours de leur formation initiale et continue, une formation spécifique concernant les dispositifs de couverture santé et les conditions financières associées ; la prise en charge des personnes en situation de précarité et les personnes en situation d'addictions.

Un décret vient préciser les modalités d'application des dispositions du présent article dans chaque formation initiale et continue des professionnels de santé et du secteur médico-social. »

EXPOSE DES MOTIFS

Conformément aux récentes recommandations du rapport CORNU-PAUCHET-DENORMANDIE sur l'accès aux soins des personnes en situation de handicap et en situation de précarité, cet amendement vise à inscrire dans la loi la formation des professionnels de santé et médico-sociaux aux dispositifs de couverture santé, et aux spécificités de la prise en charge des personnes en situation de précarité, et des personnes en situation d'addictions. Ces aspects sont à renforcer notamment dans le cadre de la réforme des études de médecine prévue par la présente loi mais aussi dans les cursus des autres professions de santé, sociales et médico-sociales.

Tel est l'objet du présent amendement.

AMENDEMENT N°2

Assemblée Nationale

Projet de loi relatif à l'organisation et à la transformation du système de santé

Article additionnel, après l'article 3

L'article L.1110-1-1 du Code de la Santé Publique est ainsi modifié :

Après « l'accueil et l'accompagnement des personnes handicapées, » est supprimée l'occurrence « ainsi que »

Après « l'annonce du handicap » est ajouté l'occurrence « *le rôle des aidants et leur impact sur la santé.* ».

Est ajouté un dernier alinéa ainsi rédigé : « *Un décret vient préciser les modalités d'application des dispositions du présent article dans chaque formation initiale et continue des professionnels de santé et du secteur médico-social.* »

EXPOSÉ SOMMAIRE

La méconnaissance du handicap et de son impact sur la vie quotidienne des personnes rend le système de santé peu accessible aux personnes en situation de handicap. La formation des professionnels de santé est un enjeu important dans l'optique de transformer leurs pratiques. Il s'agit de trouver le meilleur équilibre entre refus de soins et une surmédicalisation, et de prévenir le renoncement aux soins. Ainsi la loi du 11 février 2005 avait inscrit au sein du code de la santé publique l'obligation d'intégrer dans la formation initiale et continue une formation spécifique au handicap. Mais force est de constater que cette disposition est peu appliquée faute de dispositions de mise en œuvre, comme ont pu le constater les rapporteurs Marianne CORNU-PAUCHET et Philippe DENORMANDIE dans leur rapport sur l'accès aux soins des personnes en situation de handicap et en situation de précarité.

Par ailleurs, plus de huit millions d'aidants non professionnels, souvent familiaux, jouent aujourd'hui un rôle central dans l'aide et l'accompagnement d'un proche dépendant de son entourage pour les actes de la vie quotidienne, en raison d'un handicap, d'une maladie...

A travers leur formation initiale et continue, les professionnels de santé comme du médico-social doivent être sensibilisés aux signes de fragilité physique et psychique des aidants pour contribuer à la préservation de leur santé globale. Le rôle d'aidant peut avoir des retentissements graves sur la santé (fatigue physique et psychique, stress et isolement pouvant conduire au « burn out ») qui doivent être bien pris en compte par les acteurs professionnels qui les côtoient. En plus du domaine de la santé, ces formations doivent permettre à ces professionnels d'appréhender la situation et les besoins des aidants, de reconnaître leur « expertise » afin de faciliter le dialogue et une relation de partenariat avec ces derniers.

Cet amendement vise à rendre opérationnelles les dispositions de l'article L1110-1-1 du code de la santé publique et à étendre son bénéfice à la formation relative à la santé des aidants.

Tel est l'objet du présent amendement.

AMENDEMENT N°3

Assemblée Nationale

Projet de loi de transformation du système de santé

Article 4

Après l'alinéa 18, est ajouté :

c) Après les mots « en application de l'article L. 1434-4 du code de la santé publique.» est ajouté la phrase : « Ces lieux d'exercice sont également situés dans des établissements et services sociaux et médico-sociaux définis au I. du L. 312-1 du code de l'action sociale et des familles. »

EXPOSÉ SOMMAIRE

Les contrats d'engagement de service public ont pour objet d'inciter les futurs médecins à s'installer dans des zones en sous-densité médicale. Or, même dans des zones qui ne sont pas considérées comme des zones sous-dotées en offre de soins, les établissements et services sociaux et médico-sociaux peinent à recruter des médecins.

L'objet de cet amendement est d'étendre aux établissements et services sociaux et médico-sociaux la liste nationale des lieux d'exercice, parmi lesquels les signataires d'un contrat d'engagement de service public choisissent leur futur lieu d'exercice. Cette liste est fixée selon les conditions prévues par voie réglementaire, par le centre national de gestion sur propositions des Agences régionales de santé.

Les établissements et services sociaux et médico-sociaux accompagnent des personnes souvent éloignées du système de santé (personnes en situation de handicap, personnes âgées et personnes en situation de précarité), dont les difficultés d'accès aux soins ont été soulignées par différents rapports.

Tel est l'objet du présent amendement.

AMENDEMENT N°4

Assemblée Nationale

Projet de loi relatif à l'organisation et à la transformation du système de santé

Article 6

Au premier alinéa, après les mots « au I de l'article L. 313-12 du code de l'action sociale et des familles » est ajouté :

« et dans les établissements et services sociaux et médico-sociaux définis au I. du L312-1 du code de l'action sociale et des familles ».

EXPOSÉ DES MOTIFS

L'article 6 vise à faciliter la diversification des activités entre l'activité hospitalière publique et celle des structures de santé ou médico-sociales. Or dans sa rédaction, il ne vise que les EHPAD.

Le présent amendement a pour objectif d'intégrer dans le champ de l'ordonnance le bénéfice de l'exercice partagé avec l'ensemble des établissements et services sociaux et médico-sociaux.

Il favorise le décloisonnement du secteur de la santé et du médico-social dans son ensemble.

Tel est l'objet du présent amendement.

AMENDEMENT N°5

Assemblée Nationale

Projet de loi relatif à l'organisation et à la transformation du système de santé

Article 7

Au 5^{ème} alinéa de l'article 7, remplacer les mots «élaborés par des communautés professionnelles territoriales de santé définies à l'article L1434-12, ainsi que des établissements et services de santé, sociaux et médico-sociaux » par « le conseil territorial de santé en lien avec les communautés professionnelles territoriales de santé définies à l'article L1434-12, ainsi que des établissements et services de santé, sociaux et médico-sociaux ».

Au 5^{ème} alinéa, après les mots « L'élaboration d'un projet territorial de santé est initiée par », ajouter les mots « les conseils territoriaux de santé avec ».

A l'alinéa 9, est ajoutée la phrase « Le projet territorial de santé a pour durée celle du diagnostic territorial partagé auquel il est rattaché. »

Au 11^{ème} alinéa sont supprimés les mots « , après avis du conseil territorial de santé ».

Après le 11^{ème} alinéa est ajouté un douzième alinéa : « Le conseil territorial de santé évalue les projets territoriaux de santé et présente leur bilan à la conférence régionale de santé ».

EXPOSÉ DES MOTIFS

Le conseil territorial de santé est une instance de démocratie en santé qui garantit la représentativité de tous les acteurs du système de santé – y compris des représentants d'usagers et des acteurs de la prévention-promotion de la santé. Il est le garant via le diagnostic territorial partagé que le PTS fixe des objectifs en cohérence avec les besoins de la population.

La multiplication de collectifs d'acteurs et de projets (équipes de soins primaires, communautés professionnelles territoriales de santé, plateforme territoriale d'appui, conseils départementaux de la citoyenneté et de l'autonomie, conseils territoriaux de santé) risque d'apporter de la confusion et une déperdition dans la mobilisation des acteurs, en multipliant les instances et groupes de travail, voire de créer de la concurrence entre différents collectifs d'acteurs.

L'objet du présent amendement est de donner un rôle central au conseil territorial de santé, instance de démocratie en santé, dans l'élaboration des projets territoriaux de santé.

Ces projets doivent en outre faire l'objet d'une évaluation et d'une périodicité clairement établie en lien avec le diagnostic territorial partagé.

Tel est l'objet du présent amendement.

AMENDEMENT N°6

Assemblée Nationale

Projet de loi relatif à l'organisation et à la transformation du système de santé

Article 7

Après le 11^{ème} alinéa, ajouter :

« le conseil territorial de santé veille à l'articulation du projet territorial de santé avec les schémas relatifs aux personnes handicapées ou en perte d'autonomie définis au 4° de l'article L312-5 du code de l'action sociale et des familles. »

EXPOSÉ DES MOTIFS

Le projet territorial de santé est un outil de mise en cohérence de l'ensemble des projets des acteurs (projets des établissements de santé et médico-sociaux, des CPTS, des Projets médicaux partagés des GHT) et d'organisation des coopérations sur le territoire. Cette mise en cohérence doit être étendue aux schémas départementaux médico-sociaux ou schémas personnes âgées et personnes en situation de handicap. Le Conseil territorial de santé est composé de représentants des conseils départementaux de la citoyenneté et de l'autonomie, permettant de veiller à l'articulation du projet territorial de santé avec les schémas départementaux relatifs aux personnes âgées et des personnes en situation de handicap.

Tel est l'objet du présent amendement.

AMENDEMENT N°7

Assemblée Nationale

Projet de loi relatif à l'organisation et à la transformation du système de santé

Article 7

Au 6ème alinéa, après l'occurrence « ainsi que des projets médicaux des établissements de santé privés et » est inséré « des projets »

EXPOSÉ DES MOTIFS

Il est proposé une clarification rédactionnelle qui vise à prendre en compte les projets des établissements et services médico-sociaux et non leurs projets médicaux qui n'existent pas.

Tel est l'objet du présent amendement.

AMENDEMENT N°8

Assemblée Nationale

Projet de loi relatif à l'organisation et à la transformation du système de santé

Article 12

Après l'alinéa 14, est ajouté un 7° rédigé ainsi :

7° Les éléments relatifs à son accompagnement social et médico-social

EXPOSÉ DES MOTIFS

Le parcours social et médico-social fait partie intégrante des parcours de santé visés par cette disposition. Aussi il est nécessaire d'ouvrir la possibilité de disposer au sein de l'espace numérique en santé d'une rubrique liée à son accompagnement social et médico-social. A titre illustratif il serait possible d'y verser de Dossier de Liaison d'Urgence.

Cette proposition favorise le décloisonnement du secteur de la santé, du social et du médico-social.

Tel est l'objet du présent amendement.

AMENDEMENT N°9

Assemblée Nationale

Projet de loi relatif à l'organisation et à la transformation du système de santé

Article 12

Au 7ème alinéa, après les mots « Pour chaque titulaire, l'identifiant de son espace numérique de santé est l'identifiant national de santé, mentionné à l'article L. 1111-8-1 », est ajoutée la phrase :

« pour les personnes n'ayant pas d'identifiant national de santé, un système spécifique d'identifiants est créé ».

EXPOSÉ DES MOTIFS

L'espace numérique en santé et le dossier médical partagé doivent être des dispositifs accessibles à l'ensemble des usagers du système de santé, y compris pour les publics n'ayant – aujourd'hui - pas d'identifiant national de santé (numéro de sécurité sociale) tels que les bénéficiaires de l'Aide Médicale d'Etat. Ce, dans l'attente d'une inclusion du dispositif dans le régime général de la sécurité sociale.

Un certain nombre de publics pourraient être exclus de ces nouveaux outils si les dispositions du texte ne sont pas modifiées. Or les besoins sont identifiés, en témoigne, l'initiative de l'APH-HP qui développe de son côté « coffres forts numériques » pour faciliter l'accès aux soins et aux droits des plus publics les plus vulnérables.

Il s'agit via l'ENS et le DMP d'avoir un outil unique.

Le présent amendement propose d'envisager un système d'identifiants et de codes d'accès à l'espace numérique en santé pour les publics n'ayant pas d'identifiant national de santé.

Tel est l'objet du présent amendement.

AMENDEMENT N°10

Assemblée Nationale

Projet de loi relatif à l'organisation et à la transformation du système de santé

Article 13

Après l'alinéa 21 de l'article 13, est ajouté :

III – Un article L. 6317 du code de la santé publique est créé rédigé ainsi :

« Un cadre éthique est défini pour la télésanté applicable pour tous les acteurs et les actes visés au chapitre VI du titre Ier du livre III de la sixième partie du code de la santé.

Ce cadre éthique, dont les modalités seront précisées par décret en Conseil d'Etat, entre en application au plus tard au 1^{er} janvier 2020 ».

EXPOSÉ DES MOTIFS

La Stratégie nationale de santé indique la nécessité de « construire un cadre éthique de l'utilisation de la télémédecine afin qu'elle bénéficie à l'ensemble de la population ».

Alors que se généralise depuis le 15 septembre 2018, la téléconsultation et progressivement d'autres formes de télémédecine et de télésanté – avec l'ouverture d'un marché et la multiplication d'opérateurs privés, il devient urgent de définir ce cadre éthique.

La télésanté doit pouvoir bénéficier à tous, y compris les publics les plus vulnérables (personnes âgées, personnes en situation de handicap et personnes en situation de précarité) et les conditions de cette accessibilité ne sont aujourd'hui pas réunies.

L'objet de l'amendement est de rendre effectif la mise en place d'un cadre éthique applicable à tous les acteurs et usagers concernés.

Tel est l'objet du présent amendement.

AMENDEMENT N°11

Assemblée Nationale

Projet de loi relatif à l'organisation et à la transformation du système de santé

Article 18

Supprimer le 2° du I.

EXPOSÉ DES MOTIFS

Généraliser l'état prévisionnel des recettes et des dépenses (EPRD) aux ESMS du 9° du L.312-1 du CASF (LHSS, LAM, ACT, CSAPA et CAARUD) fragiliserait des structures qui n'ont pas toujours les ressources en interne pour ce type de procédure. Cette disposition alourdit considérablement la procédure budgétaire et de tarification pour des structures de taille réduite (entre 15 et 25 places en moyenne). C'est leur complexifier la tâche et non pas la simplifier. Par ailleurs, cette disposition pourrait être un frein pour ces établissements et services médico-sociaux spécifiques qui souhaitent s'engager, sur la base du volontariat, dans une logique de contractualisation (CPOM).

En outre, il est constaté que les ARS ne sont pas à ce jour en mesure d'accompagner et de suivre ces nouvelles procédures dans les meilleures conditions ; elles ont déjà des difficultés à mettre en œuvre la généralisation des CPOM et des EPRD sur les secteurs « Personnes âgées » et « Personnes en situation de handicap » dans un calendrier contraint.

Enfin, 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 – IV ter de l'article L.312-12 du CASF et article L.312-12-2 du CASF) aux ESMS dit spécifiques.

Tel est l'objet du présent amendement.

AMENDEMENT N°12

Assemblée Nationale

Projet de loi relatif à l'organisation et à la transformation du système de santé

Modification du CHAPITRE III du Titre 1er

Dans le titre du Chapitre III du Titre 1er, après le mot : « ville », insérer les mots « , le secteur médico-social »

EXPOSÉ DES MOTIFS

Amendement rédactionnel pour mettre en cohérence le titre du Chapitre et l'objectif N°1 de l'article 6 : Faciliter la diversification des activités entre l'activité hospitalière publique, des activités partagées entre structures de santé ou médico-sociales et un exercice libéral. Le titre du chapitre III modifié serait le suivant : « Fluidifier les carrières entre la ville, le secteur médico-social et l'hôpital pour davantage d'attractivité ».

Tel est l'objet du présent amendement.

AMENDEMENT N°13

Assemblée Nationale

Projet de loi relatif à l'organisation et à la transformation du système de santé

Article additionnel

Est créé un article L. 6312-1-1 après l'article L. 6312-1 du code de la santé publique ainsi rédigé :

« Le transport est effectué dans le respect du libre choix du malade et sans discrimination d'aucune sorte entre les malades. »

EXPOSÉ DES MOTIFS

Les personnes en situation de handicap utilisant un fauteuil roulant, notamment électrique (non pliable), sont très pénalisées dans l'utilisation et la prise en charge par l'assurance maladie des moyens de transports sanitaires. Les moyens de transport pris en charge ne sont pas adaptés et l'emport du fauteuil roulant électrique est impossible. Cela prive alors la personne de son moyen d'autonomie et de déplacement pendant le temps des soins. Il peut s'agir de consultations spécialisées hospitalières et/ou d'hospitalisations de jour et entre l'attente et les soins c'est souvent de longues heures ou toute une journée que la personne doit rester sur un brancard ou une chaise roulante mal adaptée, qu'elle ne peut déplacer seule et sans ses moyens de prévention habituels (coussin anti-escarre).

Aussi, l'objectif de cet amendement est d'inscrire le principe de non-discrimination pour les transports sanitaires terrestres. Cela justifiera la création d'une catégorie D bis « *véhicule sanitaire léger permettant le transport de personnes à mobilité réduite nécessitant le recours à des aides techniques importantes pour leur autonomie de déplacement.* » dans la partie réglementaire.

Tel est l'objet du présent amendement.

AMENDEMENT N°14

Assemblée Nationale

Projet de loi relatif à l'organisation et à la transformation du système de santé

Article 19

Après l'alinéa 13, ajoute l'alinéa un IV. :

IV. - Dans les conditions prévues à l'article 38 de la Constitution, le Gouvernement est habilité à prendre par ordonnance toute mesure relevant du domaine de la loi visant à inclure l'aide médicale d'état dans le régime général de sécurité sociale, et à simplifier, sécuriser et harmoniser l'accès à une couverture santé pour les personnes y étant éligibles sur l'ensemble du territoire.

A l'alinéa 14, « IV. » devient « V. »

A l'alinéa 15, « V. » devient « VI. »

EXPOSÉ DES MOTIFS

Afin de simplifier l'accès aux soins pour les personnes en situation administrative précaire, il est proposé d'intégrer l'AME au régime général d'assurance maladie, de simplifier et harmoniser l'accès et l'instruction sur l'ensemble du territoire. En effet, 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). 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 sociaux.

Fusionner l'AME dans le régime général de la Sécurité sociale permettrait très concrètement de lutter contre le renoncement ou le recours tardif aux soins, lutter contre l'engorgement des Urgences et des Hôpitaux. Cette convergence vers l'Hôpital induit un surcoût budgétaire non négligeable pour notre système de santé autant qu'elle concourt à l'épuisement des professionnels du secteur médico-social. Serait alors privilégiée la prévention, moins onéreuse, par le recours facilité et simplifié à la médecine de ville.

Une telle évolution se placerait dans la continuité des objectifs de réduction des inégalités de santé, de prévention, de lutte contre le non recours aux droits et aux soins qui ont été assignées à la fois à la Stratégie de lutte contre la pauvreté et la Stratégie de Santé.

Tel est l'objet du présent amendement.

AMENDEMENT N°15

Assemblée Nationale

Projet de loi relatif à l'organisation et à la transformation du système de santé

Article 18

Après l'alinéa 7 de l'article 18 est inséré :

II. 1° Dans l'article L. 3411-6 du code de la santé publique, après les mots « ...prévention individuelle et collective. », il est inséré un nouvel alinéa ainsi rédigé :

« 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 ».

2° 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 ».

3° 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. ».

EXPOSÉ DES MOTIFS

Les études épidémiologiques récentes confirment des niveaux de consommation de produits psychoactifs supérieurs à la moyenne des autres pays européens, en particulier chez les publics jeunes.

Dans sa Stratégie Nationale de Santé, son Plan de Santé Publique, et son Plan national de mobilisation contre les conduites addictives 2018-2022, l'Etat affiche sa détermination à renforcer la prévention et fait des publics jeunes une de ses priorités.

Sur les territoires, les CSAPA sont l'un des principaux dispositifs chargés de décliner la politique de santé en matière d'addiction. Ils développent une mission de prévention de proximité fondée sur les données probantes et des programmes évalués et validés, tels que le recommande l'expertise INSERM sur « Conduites addictives chez les adolescents » publiée en 2014.

Dans le cadre de la Loi de modernisation de notre système de santé publiée en 2016, le législateur a unanimement souhaité renforcer cette mission de prévention des addictions portée par les CSAPA en lui conférant un caractère obligatoire. Cette première étape, saluée par les acteurs concernés, en appelle désormais une autre, celle d'une simplification et d'une pérennisation des financements qui sont alloués aux CSAPA afin de réaliser cette mission.

Déjà, dans son rapport sur le dispositif médico-social de prise en charge des conduites addictives paru en février 2014, l'IGAS recommandait de rendre obligatoire la mission de prévention des CSAPA et d'en permettre le financement par l'ONDAM.

Tel est l'objet de cet amendement qui prévoit que les dépenses de prévention des CSAPA soient 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.

Tel est l'objet du présent amendement.

AMENDEMENT N°16

Assemblée Nationale

Projet de loi relatif à l'organisation et à la transformation du système de santé

Article additionnel

Il est inséré l'article suivant :

I. - La section 4 du chapitre II du titre Ier du livre III du code de l'action sociale et des familles est complétée par un article L. 312-7-2 ainsi rédigé :

« Art. L. 312-7-2. –A titre expérimental, pour une durée de cinq ans, les appartements de coordination thérapeutique visés au 9° du I de l'article L. 312-1 peuvent fonctionner en service pluridisciplinaire médico psycho-sociales d'intervention à domicile pour prévenir les expulsions locatives des personnes malades. Les modalités de ces interventions et de leur co-financement sont fixées par voie réglementaire. »

II - Un rapport portant sur les conséquences du fonctionnement des appartements de coordination thérapeutique sur le parcours des personnes malades et sur les établissements et services concernés est remis par le Gouvernement au Parlement.

EXPOSÉ DES MOTIFS

Les Appartements de coordination sont des dispositifs médico-sociaux composés d'équipe pluridisciplinaire (médecins, infirmiers, psychologues, travailleurs sociaux de niveau II et III) permettant d'accompagner des personnes en situation de précarité, sans hébergement stable et atteint par une pathologie chronique. L'intervention des équipes d'accompagnement des ACT sous la forme de service fait depuis plusieurs années l'objet d'expériences locales qui s'agit d'harmoniser pour tendre vers une couverture de ce dispositif sur l'ensemble des départements. Les interventions départementalisées seront notamment dédiées à l'analyse des causes, à la recherche et à la co construction avec le locataire de solutions à mettre en œuvre en vue d'alimenter les CCAPEX (Commission de Coordination des Actions de Prévention des Expulsions locatives) et les bailleurs. L'ACT, s'inscrit comme outil d'aide à la décision et de lien entre le soin et le social. L'expérimentation nationale s'inscrit dans le Plan interministériel de prévention des expulsions locatives et dans la politique du Logement d'Abord.

Tel est l'objet de cet amendement.

AMENDEMENT N°17

Assemblée Nationale

Projet de loi relatif à l'organisation et à la transformation du système de santé

Après l'article 18, article additionnel

I. – Après le 8 du I de l'article 278 sexies du Code général des impôts, il est inséré un 8 bis qui est ainsi rédigé :

« Les livraisons de locaux aux établissements mentionnés au 8° et 9° du I de l'article L.312-1 du code de l'action sociale et des familles, agissant sans but lucratif et dont la gestion est désintéressée, lorsqu'ils hébergent à titre permanent ou temporaire des personnes ou des familles en difficulté ou en situation de détresse ou confrontées à des difficultés spécifiques ».

II. – Le 1° de l'article 278 sexies-0 A du code général des impôts est ainsi modifié :

« Les taux réduits prévus à l'article 278 sexies sont égaux à :

1° 5,5 % pour les livraisons mentionnées aux 4, 5, 8, 8 bis, 9, 11, 11 bis, 12 et 13 du I du même article 278 sexies et les livraisons à soi-même d'immeubles dont l'acquisition aurait bénéficié de ce taux. »

III. – La perte de recettes pour l'État est compensée à due concurrence par la création d'une taxe additionnelle aux droits visés aux articles 575 et 575 A du code général des impôts.

EXPOSÉ DES MOTIFS

Le présent projet de loi vise, à son article 18, la simplification des règles budgétaires et comptables du secteur médico-social spécifique. En cohérence avec la loi portant évolution du logement, de l'aménagement et du numérique qui s'est donné pour objectif, concernant le secteur de l'accueil, de l'hébergement et de l'insertion *« d'apporter de nouveaux outils permettant d'accompagner une transformation de l'offre existante, pour mieux répondre aux besoins des personnes et aux attentes sociales »*, il est proposé de saisir l'occasion de clarifier et de simplifier la situation fiscale des investissements de construction ou de rénovation des structures dédiées aux personnes en situation d'exclusion et requérant des soins et un accompagnement, notamment les Lits d'Accueil Médicalisé, et menés par des organismes d'intérêt général ou pour leur compte. La lisibilité du dispositif est en effet particulièrement complexe.

En effet, certaines structures, dont la vocation sociale et soignante sont avérées conjointement avec leur mission d'hébergement, ne font l'objet d'aucune disposition explicite dans le Code Général des Impôts ou le BOFIP ou le Code de la Construction et de l'Habitation : tel est le cas des Lits d'Accueil Médicalisé. Or, l'article 315-0 bis A de l'annexe III au CGI, pris pour l'application de l'article 1384 D vise précisément les Centres d'Hébergement et de Réadaptation Sociale (8° du I de l'article L.312-1 CASF), les Lits Halte Soins Santé (9° du I de l'article L.312-1 CASF) et les Centres d'Hébergement d'Urgence (L 322-1 CASF) pour l'interprétation des publics visés par le II de l'article L.301-1 du code de la construction et de l'habitation. Par ailleurs, la loi relative à l'hôpital, aux patients, à la santé et aux

territoires a étendu en son article 124 II, le dispositif de la TVA à taux réduit concernant certaines opérations de travaux aux établissements hébergeant des enfants handicapés, sachant que la loi dite DALO du 5 mars 2007 avait ouvert le bénéfice de la TVA à taux réduit pour les opérations de travaux conduits par les établissements médico-sociaux pour personnes handicapées adultes et pour personnes âgées, à but non lucratif. Ces dispositions ont été codifiées depuis à l'article 278 sexies du code général des impôts.

Il s'agit alors d'appliquer le même taux de TVA réduit construction/transformation aux Lits d'accueil médicalisé que celui appliqué aux établissements précités. Concomitamment, le décret n°2009-1293 du 26 octobre 2009 publié pour établir la nomenclature des structures éligibles pourrait être complété au fur et à mesure. Mais la lisibilité du dispositif serait meilleure et plus simple avec une disposition législative, de préférence à une construction établie sur trois renvois législatifs et réglementaires (Code Général des Impôts, Code de la Construction et de l'Habitation).

Tel est l'objet du présent amendement.

AMENDEMENT N°18

Assemblée Nationale

Projet de loi relatif à l'organisation et à la transformation du système de santé

Après l'article 18, article additionnel

I.- Le 9 du I de l'article 278 sexies du Code général des impôts est ainsi rédigé :

« Les livraisons de locaux aux structures mentionnées à l'article L. 6328-1 du Code de la santé publique, agissant sans but lucratif et dont la gestion est désintéressée.

II. - Le 1° de l'article 278 sexies-0 A du code général des impôts est ainsi modifié :

« Les taux réduits prévus à l'article 278 sexies sont égaux à :

1° 5,5 % pour les livraisons mentionnées aux 4, 5, 8, 9, 11,11 bis, 12 et 13 du I du même article 278 sexies et les livraisons à soi-même d'immeubles dont l'acquisition aurait bénéficié de ce taux. »

III. – La perte de recettes résultant pour l'État du I est compensée, à due concurrence, par la création d'une taxe additionnelle aux droits prévus aux articles 575 et 575 A du Code général des impôts.

EXPOSÉ DES MOTIFS

En cohérence avec le présent projet de loi qui vise, à son article 18, la simplification des règles budgétaires et comptables du secteur médico-social spécifique, il est proposé de se saisir de cette occasion pour clarifier et de simplifier la situation fiscale des opérations de construction ou de rénovation de certaines structures privés non lucratives, qui remplissent une mission essentielle au service des patients et de leurs proches, en particulier les maisons d'accueils hospitalières. La lisibilité du dispositif est en effet particulièrement complexe.

Si la loi relative à l'hôpital, aux patients, à la santé et aux territoires a étendu en son article 124 II, le dispositif de la TVA à taux réduit concernant certaines opérations de travaux aux établissements hébergeant des enfants handicapés, ou encore la loi DALO du 5 mars 2007 qui a ouvert le bénéfice de la TVA à taux réduit pour les opérations de travaux conduits par les établissements médico-sociaux pour personnes handicapées adultes et pour personnes âgées, à but non lucratif, certaines structures sont exclues de ces dispositions. C'est le cas des maisons d'accueils hospitalières, structures qui permettent d'héberger à proximité de l'hôpital les accompagnants des patients, mais également depuis 1991, les patients eux-mêmes, soignés en ambulatoire. Elles sont financées en partie par le Fonds national d'action sanitaire et social de la Caisse nationale d'assurance maladie.

Cet amendement propose donc d'appliquer le même taux de TVA réduit aux maisons d'accueils hospitalières que les établissements précités.

Tel est l'objet du présent amendement.

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