



Conférence nationale de santé

Avis sur le projet de loi de santé

Adopté lors de l'assemblée plénière du 9 septembre 2014

Sommaire

Préambule.....	2
I. La loi de santé est une des composantes de la politique de santé.....	3
II. Le projet de loi vient proposer des mesures attendues dans de nombreux domaines.....	5
III. Mais il manque certaines réformes structurelles nécessaires	7
IV. D'autres dispositions pourtant attendues sont absentes	13
V. Analyse par article et propositions d'amendements	15
Annexes.....	35

Préambule

Conformément à [l'article L. 1411-3 du code de la santé publique](#), « la Conférence nationale de santé est consultée par le Gouvernement lors de la préparation du projet de loi définissant les objectifs de la politique de santé ». Ainsi, l'assemblée plénière de la Conférence nationale de santé rend un avis sur le projet de loi définissant les finalités et priorités de la politique de santé ([décret n°2011-503 du 9 mai 2011](#)).

Le 13 mai 2014, au cours d'une commission permanente de la CNS, une présentation de l'état d'avancement du projet de la future loi de santé a été réalisée par M. François Cremieux, conseiller en charge de la Stratégie nationale de santé au cabinet de Mme Touraine, Ministre des affaires sociales et de la santé.

Lors de la conférence de presse du 19 juin, la ministre a présenté les grandes orientations du projet de loi de santé.

Une lettre de saisine a été adressée par la Direction générale de la santé à la présidente de la CNS le 29 juillet, afin de soumettre le projet de loi relatif à la santé à l'avis de la CNS. Le texte a été adressé à l'ensemble des membres titulaires et suppléants avec appel à contributions.

Le projet de loi de santé a fait l'objet d'un examen en Commission permanente le 28 août et de nombreuses contributions ont été envoyées par les membres de la CNS. Après prise en compte des propositions d'amendement en Commission permanente, l'avis a été présenté et discuté puis **adopté**¹ en séance plénière, le 9 septembre 2014.

Cet avis s'inscrit dans la perspective de la Stratégie nationale de santé, et s'appuie sur les documents antérieurs produits par la CNS, et notamment:

- Les [avis de la CNS](#) formulés au cours de cette mandature et de la précédente, et en particulier [l'avis du 16.12.11 portant sur les « éléments de réflexion pour une politique nationale de santé 2011- 2025 »](#), [l'avis du 21.06.12 sur « le dépistage, le diagnostic et l'accompagnement précoces des handicaps chez l'enfant »](#), [l'avis du 18.06.13 : « Faire vivre les principes de la solidarité dans le champ de l'autonomie »](#) et [l'avis du 02.07.14 : "Rendre effective la solidarité en santé avec les jeunes"](#).
- Les [rapports sur le respect des droits des usagers](#)
- La contribution de la CNS au projet de loi de santé adoptée en assemblée plénière du 2 juillet 2014.

Les délais d'élaboration de l'avis ont été très contraints d'autant que la période estivale n'est pas propice à un travail collectif de grande ampleur. Cela a été fortement regretté par plusieurs membres. De plus, la coïncidence entre les calendriers de consultation sur le projet de loi, d'une part et de renouvellement des CRSA d'autre part, n'a pas permis aux présidents de ces instances de faire en sorte que ces dernières participent activement à la consultation.

¹ 50 voix pour, 14 voix contre et 3 abstentions. Certains membres ont adressé des explications de vote qui sont annexés au présent avis.

Remarque : pour des raisons de délai, cet avis n'a pas pu prendre en compte la saisine rectificative au projet de loi relatif à la santé, parvenue le jour même de la plénière, et concernant les articles 1bis, 44, 48, 50bis et 54bis ; la CNS se prononcera ultérieurement à ce sujet.

I. La loi de santé est une des composantes de la politique de santé

La [stratégie nationale de santé présentée le 23 septembre 2013](#) par Mme Marisol Touraine, Ministre des Affaires Sociales et de la Santé, a défini les trois grandes orientations que la politique de santé entend suivre pour les années à venir.

- *Faire le choix de la prévention et agir tôt et fortement sur tout ce qui a une influence sur notre santé*
- *Organiser les soins autour des patients et en garantir l'égal accès : la révolution du premier recours*
- *Approfondir la démocratie sanitaire et miser sur la déconcentration*

La CNS souligne à nouveau l'intérêt de disposer d'une vision pluriannuelle de la politique de santé, dont elle avait formulé l'attente dans ses avis et qui doit permettre d'articuler loi, plans et programmes en fonction des orientations et objectifs prioritairement définis.

→ La loi de santé s'inscrit comme une composante de la mise en œuvre de la stratégie nationale de santé. D'autres composantes seront nécessaires pour l'accomplissement de la stratégie, mais elles peuvent ne pas relever de la loi. Pour autant, l'exercice d'analyse du projet de loi est délicat car la stratégie n'a pas réellement donné lieu à un **document de programmation** qui permettrait de comprendre le positionnement de chacune des futures dispositions de la loi au regard de ce qui peut être prévu par ailleurs ou ultérieurement. D'autant que ***l'exposé des motifs de la loi est très ambitieux et convaincant, mais il correspond plutôt à l'exposé de la stratégie nationale de santé, car le contenu de la loi n'est pas, à plusieurs reprises à la hauteur des attentes ainsi suscitées.*** L'atterrissage est parfois brutal.

→ Par ailleurs, le ***projet de loi est assez hétérogène dans son contenu*** ; il est composé à la fois de modifications conceptuelles ou structurelles (comme le Service Territorial de Santé au Public), dont ***il pose le cadre stratégique***, et de dispositions purement techniques (comme l'accroissement de la pénalisation de l'incitation au binge drinking). Cette diversité, qui avait été annoncée par la Ministre (à la fois des orientations majeures et des mesures opportunistes) a l'inconvénient d'affaiblir en valeur relative les mesures structurelles. Mais il est vrai que les opportunités législatives ne sont pas si nombreuses.

Néanmoins, la loi pourrait avoir davantage de sens en montrant qu'il s'agit, par les mesures structurelles, d'apporter des réponses à des réalités de santé préoccupantes. C'est particulièrement vrai pour l'article 12 consacré à la santé mentale. La CNS regrette ainsi que des ***objectifs de santé publique*** inscrits dans la stratégie nationale de santé ne soient pas plus explicitement énoncés comme les cibles de cette loi, permettant de lui donner son sens dans l'histoire de l'organisation de notre système de santé.

→ La CNS insiste sur le fait que l'orientation première de la stratégie vers la promotion de la santé et la prévention ne sera suivie d'effet que si la mobilisation autour de cet objectif dépasse très largement les limites du Ministère des Affaires sociales et de la Santé. Créé par [décret publié au journal officiel du 19 juin 2014](#), *le comité interministériel* a ainsi un rôle déterminant à jouer. Il doit en particulier permettre de réinterroger les situations présentes telles que la déliquescence et l'isolement de la santé scolaire ou la faiblesse des moyens des PMI, de la santé au travail, de la santé universitaire. Il doit être porteur d'une démarche d'évaluation en continu : évaluation d'impact sur la santé de toute décision de politique publique, suivi et évaluation des décisions mises en œuvre. Il doit se doter d'un réel pouvoir d'animation se déclinant au niveau régional et territorial afin que le décloisonnement des politiques publiques soit une réalité dans la mise en œuvre des projets régionaux de santé et de leurs composantes territoriales. Enfin, les relations entre *le comité interministériel au handicap et le comité interministériel à la santé* gagneraient à être explicitées.

→ La CNS souligne également les *nécessaires articulations* avec le [Projet de loi d'Adaptation de la Société au Vieillessement](#), notamment sur les aspects d'anticipation, de prévention et d'accompagnement de la perte d'autonomie ainsi qu'entre les dispositions territoriales de la loi et *la future réforme territoriale* dont les contours ne sont pas encore définitivement arrêtés, ce qui peut conduire à de l'imprécision dans certaines dispositions.

→ En ce qui concerne le texte lui-même, la CNS considère que la loi devrait disposer d'une *clause de définition lexicale du terme de santé, avec l'enjeu de savoir si le mot « santé » inclut bien à la fois la délivrance de soins (domicile, ville, établissements quel qu'en soit le statut) mais aussi l'accompagnement social et médico-social, ainsi que du terme d' « établissements de santé » (s'agit-il seulement des établissements sanitaires ou également des établissements médico-sociaux et sociaux ?)*. A défaut, le texte de loi devrait préciser, autant et à chaque fois que nécessaire, ce qui est entendu derrière chacun de ces mots, en revenant aux locutions habituelles du code de la santé publique ou du code de l'action sociale et des familles.

Un des objectifs affichés de la loi est de poursuivre le décloisonnement précédemment engagé par la [loi HPST](#) entre le sanitaire et le médico-social, en incluant très clairement la prévention et la promotion de la santé, ainsi que de rétablir des liens avec le social, marginalisé par la loi HPST et la création des ARS. Ceci doit être rappelé autant que nécessaire dans le texte (la CNS formule des propositions détaillées dans la partie V de cet avis).

→ La CNS, tout en partageant la volonté de réforme du gouvernement, ne peut que déplorer le *renvoi trop fréquent aux ordonnances*. Ce renvoi est en contradiction avec l'orientation de développement de la démocratie sanitaire (qui devrait être rebaptisée démocratie en santé en cohérence avec la remarque précédente) ; il est d'autant plus préoccupant qu'il donne la fâcheuse impression de vouloir imposer dans un secteur où l'efficacité des nouveaux cadres réglementaires sera aussi déterminée par le comportement des acteurs, tant professionnels qu'usagers.

Pour surmonter cet état de fait et aller dans le sens d'un renforcement de la démocratie en santé, *un débat avec la CNS sur les orientations des thèmes prévus pour être régis par ordonnance, ainsi que par les décrets découlant de ces ordonnances, donnant lieu à un avis formalisé à ce sujet*, serait conforme à la volonté inscrite dans la stratégie nationale de santé de développer la démocratie en santé.

De plus, l'assemblage du projet de loi et du renvoi à des ordonnances conduit à des options déséquilibrées entre les différentes parties prenantes (par exemple, développement sur les

Groupements Hospitaliers de Territoire, outil juridique dédié au secteur public et renvoi à une ordonnance ultérieure pour les Groupements de Coopération Sanitaire, schéma plus équilibré pour une mobilisation par le secteur privé non lucratif et privé commercial). De même, la CNS ne partage pas l'orientation du renvoi de la situation des centres de santé –oubliés des politiques de santé depuis des décennies- à des ordonnances ultérieures, et souhaite la suppression de cette habilitation pour que les dispositions relatives aux centres de santé soient intégrées dans la loi.

→Enfin, l'indication du *calendrier de publication des décrets et ordonnances* donnerait plus de visibilité sur la dynamique que la loi entend créer.

II. Le projet de loi vient proposer des mesures attendues dans de nombreux domaines

La CNS se félicite de trouver dans ce projet de loi nombre de dispositions dont elle avait formulé l'attente au cours de ses avis précédents et qui ont également été mis en avant par les acteurs dans le cadre des consultations autour de la stratégie nationale de santé.

Parmi celles-ci, la CNS tient tout particulièrement à souligner sa satisfaction de voir les avancées sur les thèmes suivants :

- ✓ **Gouvernance en santé** : le projet de loi a le mérite de vouloir redonner de la cohérence à la politique en matière de santé en permettant à l'Etat de fixer les axes stratégiques de négociations de l'Assurance maladie. Il devrait s'agir là d'un acte fort en vue d'une vision et d'une stratégie unique pour le système de santé. Il est indispensable qu'Etat et Assurance maladie se coordonnent davantage dans la mise en œuvre des politiques de gestion du risque tant au niveau national que régional et territorial, ainsi que dans la poursuite des différents objectifs dont les services territoriaux de santé au public. Le contexte de notre pays nécessite un réel partage des analyses, des ressources humaines et financières, ainsi que des outils permettant la mise en œuvre effective d'une politique ambitieuse attendue par les acteurs. A ce titre, une *meilleure coordination des orientations politiques et actions stratégiques entre DGOS, DGCS, DGS et CNSA*, serait importante à affirmer, certains allant même jusqu'à prôner *l'intégration des secteurs de cohésion sociale des DRJSCS au sein des ARS* pour formaliser la cohérence santé – médico-social et social.
- ✓ **Prise en compte de la précarité** : le projet de loi de santé traduit, par certaines dispositions, la prise en compte des personnes en situation de vulnérabilité et de précarité sociale. La volonté annoncée de développer le lien entre santé et social représentera une avancée majeure dans un contexte social et économique qui contribue à la précarisation. Les dispositions visant à organiser la coordination entre les professionnels de la santé, du social et du médico-social (service territorial de santé au public), les plateformes territoriales d'appui aux professionnels de santé (article 13), l'organisation des parcours en santé mentale (article 12), les projets pilotes d'accompagnement sanitaire, social et administratif (article 21) s'inscrivent dans cet objectif. *La CNS sera particulièrement vigilante à ce que cette volonté soit clairement spécifiée dans les textes.*
La CNS exprime sa satisfaction de voir simplifier le projet régional de santé mais elle s'inquiète de la disparition du PRAPS (programme régional d'accès à la prévention et aux

soins) qui avait le mérite de rendre visibles les objectifs en direction des personnes les plus vulnérables (même si ces programmes auraient mérité plus d'attention et de financement). *Alors que l'objectif de réduction des inégalités sociales de santé est inscrit à la SNS, alors que le contexte économique de notre pays peut conduire à la dégradation de la situation de nombre de personnes, la CNS insiste pour que les dispositifs existants (PRAPS, PASS, ...) soient renforcés et non supprimés.*

Par ailleurs, la CNS souligne la nécessité d'un débat plus approfondi sur une mesure prévue à l'article 19 qui, en créant de nouveaux tarifs sociaux en dentaire et en optique au profit des bénéficiaires de l'aide à la complémentaire santé, remet en cause les principes fondateurs de la sécurité sociale. *Il y a en effet lieu d'accroître l'attention portée aux effets de seuil.*

- ✓ **Attention portée aux situations complexes** vécues par les usagers : cette attention est en cohérence avec l'objectif inscrit à la stratégie nationale de santé de réduction des inégalités sociales de santé.
- ✓ **Rôle de la prévention, promotion de la santé** : ce rôle primordial est réaffirmé dans l'exposé des motifs et la CNS s'en félicite. Néanmoins, si la CNS se félicite que la prévention et la promotion de la santé figurent en bonne place dans le projet de loi, le contenu du texte est en deçà du nécessaire pour que cette priorisation devienne une réalité.
- ✓ **Ouverture des données médico-administratives et de santé** : ouverture tant attendue qui doit réellement permettre de progresser dans la connaissance des situations des usagers et des modalités de réponses de notre système de santé. *La CNS relève que la loi crée l'INDS mais sans en définir ni les missions, ni la gouvernance. Or, il est essentiel qu'il ait un rôle réel et central de guichet unique, de la réception des demandes à leur instruction. Sa gouvernance doit laisser une place réelle à chaque acteur impliqué. Enfin, il conviendrait d'ouvrir au public l'accès des données relatives à l'activité des professionnels de santé.*
- ✓ **Territorialisation de la politique de santé** : le service territorial de santé au public et les moyens donnés aux ARS pour assurer l'animation territoriale vont dans le sens d'une approche en proximité de la politique de santé, ce qui était une attente très fortement exprimée. Néanmoins, les modalités de cette animation territoriale devront respecter la marge de manœuvre nécessaire pour que les acteurs s'engagent dans les réformes souhaitées. Enfin, la loi devrait préciser l'objectif de ces services à savoir le fait d'assurer le développement d'une offre de services continue, accessible (géographie, tarifaire, pour tous), de qualité et pertinente.
- ✓ **Organisation et appui au premier recours** : ces deux dimensions viennent contribuer à permettre aux acteurs de premier recours de jouer pleinement le rôle qui est le leur.
- ✓ **Organisation du partage d'information** : Acte positif que celui de la simplification du régime juridique et de l'élargissement aux non professionnels de santé du partage d'informations. Cet élément étant une des conditions favorisant la coordination entre les professionnels
- ✓ **Développement de la représentation des usagers** : plus de 10 ans après la loi 2002, des lieux de décision étaient encore fermés aux usagers. Le projet de loi permet de progresser vis-à-vis de cette situation. Mais la volonté de faciliter l'exercice des droits des usagers tout au long de leur parcours devrait entre autres, conduire à actualiser les critères pour agréer une association comme représentative des usagers.

- ✓ **Responsabilité des producteurs (rupture de stock)** : la loi vient doter l'Etat des outils nécessaires pour prévenir ces ruptures de stock si dommageables aux usagers ; la CNS demande que l'on n'oublie pas certains dispositifs médicaux ayant un intérêt thérapeutique majeur.
- ✓ **Action de groupe** : attendue depuis longtemps par les associations d'usagers, l'introduction de l'action de groupe dans la loi va ouvrir d'autres possibilités de défense des usagers.

Sur de nombreuses autres questions, des ouvertures sont faites. Le cadre stratégique posé par la future Loi est une véritable opportunité offerte aux acteurs et institutions de pouvoir s'en emparer.

III. Mais il manque certaines réformes structurelles nécessaires

- ✓ **Le projet de loi ne traite que très partiellement du décloisonnement nécessaire** entre la prévention, les soins, l'accompagnement médicosocial, l'accompagnement social pourtant indispensable à une véritable approche en santé.

Ce décloisonnement devrait se traduire :

- Dans la définition du service territorial de santé au public ; la rédaction proposée dans le projet ignore totalement le lien avec le social.
- Dans la redéfinition du rôle d'un certain nombre d'acteurs pour leur permettre d'étendre le champ de leurs interventions ou de leurs articulations avec les acteurs directement impliqués dans la loi de santé (centres de santé, centres d'examen de santé, santé scolaire, PMI et santé universitaire, santé au travail...) afin d'optimiser les ressources sur un territoire et permettre par exemple, aux acteurs de prévention d'amorcer une démarche de soins, si nécessaire.
- Dans certaines formulations, pour faire en sorte qu'il ne soit pas toujours question de soins mais bien de santé, associant plus clairement le social et le médico-social (voir dans les analyses article par article au chapitre V) ; il est donc nécessaire à plusieurs reprises de bien spécifier que les acteurs de santé incluent la prévention, la promotion de la santé, le soin (ambulatoire, établissements, domicile étonnamment oublié à l'article 1) et l'accompagnement social et médico-social (établissements et services).
- Par la prise en compte des acteurs des services à domicile (Aide et Accompagnement social, soins), donc des CCAS et des CIAS, absents dans le projet de loi. Pourtant ces services interviennent pleinement dans les territoires auprès des familles, de la petite enfance, des personnes en situation de handicap et/ou de perte d'autonomie, des personnes en difficultés sociales, et des malades, et participent largement au décloisonnement des parcours de santé.
- ***Dans l'annonce de la publication par arrêté ministériel de la charte élaborée par la CNS à la demande de la Ministre : « Charte de la personne dans son parcours personnalisé de santé et des professionnels l'accompagnant ».***

- ✓ Une autre réforme fondamentale attendue concerne ***l'orientation de notre politique de santé vers la promotion de la santé, l'éducation à la santé et la prévention.*** Malgré une ambition

réelle affichée dans l'exposé des motifs, le texte du projet de loi ne comporte que fort peu de mesures ; qui plus est, ces mesures sont orientées sur les conduites à risque et sont formulées en termes d'accroissement des sanctions encourues dans les cas d'encouragement à ces conduites. Ceci conduit à une lecture de la prévention et de la promotion de la santé tout à fait contraire à l'objectif recherché.

Par ailleurs, prévention et promotion de la santé sont reconnues comme des outils essentiels de lutte contre les inégalités de santé. Cet enjeu est particulièrement marqué dans l'enfance, et le travail de prévention doit commencer tôt. Il est donc très restrictif de constater que les actions envisagées ne démarrent qu'à partir de la scolarisation des enfants. Le projet de loi ne prend pas en compte l'attente formulée de longue date, et notamment depuis le rapport de Pr SOMMELET, de la nécessité de concevoir une politique de santé en matière de périnatalité et de santé de l'enfant et de l'adolescent.

Dans un [avis d'octobre 2008](#)², la CNS a adopté un ensemble de recommandations relatives à la mobilisation des acteurs de la prévention, et a émis en mars 2009 un [vœu relatif aux services d'intérêt général dédiés à la prévention](#) : PMI, santé scolaire et santé au travail. La CNS a confirmé et approfondi ces mêmes options dans son [avis formulé en 2012 sur « Dépistage, Diagnostic et accompagnement précoces des handicaps de l'enfant de 0 à 6 ans »](#)³. La CNS déplore qu'il ne soit pas fait mention de cette préoccupation dans la loi alors qu'elle revêt une importance déterminante dans la réduction des inégalités sociales de santé.⁴

La CNS déplore *l'absence de visibilité des services de santé scolaire et l'insuffisante identification des services de PMI* comme éléments structurants d'une politique globale de santé en matière de santé maternelle et infantile ; elle souligne la nécessité de renforcer et de sécuriser leur financement. Ces éléments sont absents du projet de Loi. La CNS proposera des amendements pour limiter les effets latéraux de cette absence de prise en compte, mais ceci ne remplacera pas une mesure structurelle nécessaire.

La CNS soutient la notion de parcours éducatif en santé. Elle s'interroge sur la faisabilité devant la faiblesse des moyens de la santé scolaire. Si ce parcours éducatif est sous la responsabilité de l'ensemble des enseignants, comment et par qui la formation de ces derniers sera-t-elle assurée ? Ce point devra tout particulièrement faire l'objet d'un suivi et d'une évaluation.

Ce projet de loi qui devait faire de la prévention et de la promotion de la santé auprès des jeunes un de ses axes prioritaires manque d'ambitions sur le sujet. En effet, seul le milieu scolaire est visé comme vecteur de cette prévention, alors que tous lieux de vie devraient être concernés. De plus, les interventions au domicile des familles par le biais des professionnels (technicien d'intervention sociale et familiale, services d'aide à domicile) pourraient être un vecteur complémentaire et à conforter du fait de leurs missions éducatives.

Il manque également le soutien des démarches de promotion de la santé par les pairs (voir [avis de la CNS « Rendre effective la solidarité en santé avec les jeunes », juillet 2014](#)).

Enfin il serait nécessaire d'inciter à une approche populationnelle plutôt que par nature de risque, et il est regrettable que le projet de loi soit bâti selon ce dernier critère.

² « La mobilisation des acteurs dans la prévention », avis adopté à la session plénière de la Conférence nationale de santé du 13 octobre 2008.

³ Avis du 21 juin 2012 sur le « dépistage, diagnostic et accompagnement précoces des handicaps chez l'enfant »

⁴ Voir la contribution de la CNS au projet de loi de santé, juillet 2014

La CNS propose que quatre mesures structurelles soient inscrites dans ce projet de loi.

- Concernant le parcours éducatif en santé, il est indiqué que celui-ci devra suivre les orientations de la stratégie nationale de santé. Le problème est que dans la réalité, l'éducation à la santé, la promotion de la santé ne sont pas ce qu'elles devraient être malgré les textes existants dans le code de l'Éducation ou dans le code rural et de la pêche maritime. Si l'on veut vraiment que les choses changent, alors il faut traduire en termes opérationnels cet engagement (d'où la proposition d'amendement de l'article 2). ***Des conventions ARS / Rectorats sont nécessaires ainsi qu'une réévaluation des moyens alloués à la santé scolaire.*** Pour la CNS, l'inscription de la santé scolaire dans le champ des ARS reste un sujet à traiter.

- La priorité donnée à la prévention doit être l'affaire de tous les acteurs selon des modalités d'intervention validées après évaluation. La CNS a souligné dans sa « contribution à la loi de santé » de juillet 2014, l'importance de garantir l'existence de ***centres de ressources régionaux, positionnés exclusivement en soutien des opérateurs, pour la prévention et la promotion*** de la santé en lien avec le futur Institut national de prévention, de veille et d'intervention en santé publique (article 41) et les ARS. Dans son avis de juillet 2014, la CNS précisait : « Ce centre de ressources aura pour ambition de mettre en lien aussi largement que possible, les opérateurs de prévention et promotion de la santé, notamment associatifs et parmi eux les associations d'usagers de la santé, et d'être en soutien à la fois logistique et méthodologique de ces opérateurs. Ses missions en promotion de la santé, seront notamment de fédérer les compétences et ressources régionales, d'exercer une fonction d'expertise et de conseil, de développer l'offre de services aux acteurs, de participer à l'élaboration des stratégies de promotion de la santé (à partir d'un territoire et/ou d'une population) et à leur évaluation. Ainsi, il aura à analyser les pratiques de promotion de la santé sur chaque territoire de santé (étude des ruptures de cohérence et avis sur les politiques publiques menées et leurs conséquences sur la santé et la promotion de la santé) ; à animer le débat sur la promotion et prévention en santé, notamment au travers des jurys citoyens, des panels d'usagers de la santé ; d'élaborer une cartographie des services de prévention, d'éducation à la santé et promotion de la santé à l'échelle de chaque territoire de santé. Il contribuera de manière opérationnelle à l'implication des acteurs dans le développement des services territoriaux de santé en prévention. » *Il est regrettable que le projet de loi n'avance rien en ce domaine.*

- ***Le décloisonnement entre structures de prévention et de soins et d'accompagnement***, en permettant aux premières d'amorcer une prise en charge en termes de soins (notamment pour la santé scolaire, la santé universitaire -quand elle n'est pas déjà centre de santé-, les centres d'examen de santé,...) et en identifiant pour les secondes des modalités de financement de la prévention, devrait permettre de contribuer à la priorisation de la prévention en amplifiant et développant les actuels contrats passés entre l'assurance maladie et les médecins généralistes. La possibilité pour les structures de prévention d'amorcer une prise en charge serait salutaire car la situation actuelle complexifie le parcours de soins, en faisant de l'inclusion dans le parcours de soins une étape supplémentaire. Elle permettrait que l'identification d'un problème de santé soit suivie dans le même temps d'un début de prise en charge et que, lorsque des prescriptions sont issues de ces structures, elles ne soient pas considérées comme hors du parcours de soins coordonnés.

- La mise en cohérence des financements fléchés pour la prévention (notamment en ce qui concerne les addictions) au niveau des territoires. Ceci devrait se faire en particulier au travers du service territorial de santé au public. Il est par ailleurs essentiel que les pouvoirs publics mettent en cohérence les priorités retenues avec les modalités de soutien aux dispositifs existants sur ces domaines prioritaires (CSAPA, par exemple).

- ✓ **En matière de démocratie** sanitaire, que l'on devrait plutôt appeler **démocratie en santé** pour tenir compte de l'ensemble du champ de la santé, il y a des avancées certaines, cela a déjà été dit, en ce qui concerne la représentation des usagers dans les différentes agences et la possibilité de développer des actions de groupes.

Mais cette loi représente une opportunité d'engager la démocratie en santé vers une nouvelle étape, celle de **la co-construction et de la gouvernance partagée**. C'est un des principes fondateurs du service territorial de santé qui doit se mettre en pratique au sein du conseil territorial de santé, où les acteurs et les usagers ont tout leur rôle à jouer. Le texte ne traite pas des attributions propres aux acteurs stratégiques du STSP, ni de l'articulation entre gouvernance stratégique aux échelles régionale et des territoires d'une part, et pilotage opérationnel à l'échelle de la proximité, d'autre part. L'enjeu de structuration d'un collectif d'acteurs en gouvernance partagée à l'échelle locale en réponse à des besoins spécifiques est réel, il permet de développer une approche populationnelle ; de même, il faut réserver une place pour les « leçons du terrain », avec leur caractère original du fait de leur adaptation aux réalités locales, face aux modélisations descendantes à partir des ARS. Sans entrer dans les détails, la loi pourrait encourager la mise en place de **conseils locaux de santé**, en lien avec les conseils locaux de santé mentale (voir infra), offrant cette possibilité de gouvernance partagée entre acteurs et usagers. Par ailleurs, il est normal d'apporter des outils incitatifs aux ARS pour la mise en œuvre du STSP. Mais des mesures très lourdes (subordonner des autorisations sanitaires et médico-sociales, suspendre des financements accessibles aux professionnels libéraux), ne peuvent intervenir sans un avis préalable de la CRSA et du Conseil Territorial, pour neutraliser les facteurs institutionnels associés, à défaut de quoi la dimension hiérarchique du dispositif va prévaloir sur sa dimension incitative et participative.

Enfin, la CNS souhaite voir inscrite dans la loi l'instauration des **commissions de relations avec les usagers au niveau territorial** afin de faciliter [l'exercice de leurs droits par les usagers tout au long de leur parcours](#)⁵.

- ✓ En matière de **formation des professionnels et de recherche en santé**, il faut développer la **participation des organisations représentant les usagers du système de santé** à la conception et à la mise en œuvre à la fois des formations des professionnels de santé et des programmes de recherche en santé. C'est une mesure contributive tant au développement de la démocratie en santé qu'à celui de l'innovation dans notre système de santé.

Il faut également inscrire les **formations multi-professionnelles** et intersectorielles dans les cursus initiaux et continus si l'on veut favoriser le développement du travail en coopération. Ainsi, il faudrait introduire dans les formations initiales des professions médicales et paramédicales des connaissances sur le handicap, quel qu'en soit la forme, et dans les

⁵ Voir les rapports sur le respect des droits des usagers sur le site de la CNS.

formations initiales des professions sociales, médico-sociales des connaissances sur le secteur sanitaire.

- ✓ En matière d'**innovation**, la CNS partage l'ambition affichée par le Titre III, mais regrette l'absence de dispositions générales, qui en indiquant que l'évolution du système de santé s'appuiera sur les innovations à tous les niveaux, permettraient de redonner de la marge de manœuvre aux acteurs. L'innovation nécessite un processus continu d'expérimentations, de suivi, d'évaluation ; en ce domaine également, le rapprochement entre usagers et concepteurs ou acteurs est un des ferments du développement de l'innovation. Sans aller vers la création d'un institut autonome de l'innovation en santé, cette responsabilité pourrait être précisément attribuée au sein du Ministère.
- ✓ Autres dimensions insuffisamment présentes, celles de l'observation en santé et de **l'évaluation**, **L'observation en santé** est indispensable à la bonne connaissance des besoins de santé des populations et des réponses à y apporter. Il convient de lui donner toute sa place dans l'élaboration des diagnostics territoriaux partagés préalables à l'élaboration du service territorial de santé au public (art. 11), à l'appui aux professionnels pour la prise en charge des patients en situation complexe (art. 13) et à l'élaboration des Projets régionaux de santé (art. 37). Pour ce faire, les ARS doivent pouvoir s'appuyer sur les organismes ressources en matière d'observation en santé, notamment les Observatoires Régionaux de Santé (ORS) et les Centres Régionaux d'Etudes, d'Actions et d'Informations en faveur des personnes en situation de vulnérabilité (CREAI).

Au-delà de l'observation, il s'agit d'inscrire notre système de santé dans un processus général et continu de démarche qualité, incluant efficacité et efficience, nécessitant des ressources en propre et une volonté d'exploiter ces données, de corriger, de comparer avec d'autres systèmes de santé, pour aller vers un système véritablement performant et équitable.

La CNS déplore l'absence dans la loi d'un réel engagement dans la démarche d'évaluation, dont le texte devrait préciser le calendrier, les modalités, et les acteurs.

- ✓ **Les aspects de tarification** ne sont pas traités dans ce projet de loi, compte-tenu de leur réservation aux PLF et PLFSS. La CNS ne peut que déplorer une fois de plus, qu'orientations de la politique de santé et modalités de financement ne soient pas traitées simultanément. Pour autant, quelque chose pourrait être dit dans la loi sur les évolutions nécessaires des modalités de financement des soins et leurs perspectives (actuellement quasi exclusivement basées sur les actes de soins que ce soit en ambulatoire et à l'hôpital via la T2A). Or beaucoup pourrait être avancé concernant le développement d'approches par contractualisations pluriannuelles d'objectifs et de moyens, de développement des financements alternatifs (notamment pour les patients en ALD : par file active de patient, par partage de moyens dans le cadre de réseaux de soins ou de pôles locaux de santé), d'incitations à la création ou au développement de structures de soins coordonnées (maisons de santé, pôles locaux de santé, centres de santé,...), de maisons d'accueil hospitalières ou d'hôtels hospitaliers, de construction de modalités de financement de la prévention (financement des structures de prévention et d'éducation à la santé mais aussi

autonomisation d'un budget prévention pour les structures de soins ambulatoires comme hospitalières). *La CNS recommande un rapport du gouvernement au parlement sur l'évolution des modalités de financement de la prévention, des soins et d'accompagnement social et médico-social, dans une perspective de décloisonnement autour des parcours de santé, d'accessibilité financière et de visibilité pluriannuelle.*

✓ *Répartition des rôles entre assurance maladie obligatoire et organismes complémentaires*

Malgré un haut niveau moyen de remboursement, autour de 75%, l'assurance maladie obligatoire ne prend désormais en charge qu'un peu moins de 50% des soins de ville courants. L'apparente stabilité du taux global de remboursement ne peut plus masquer l'accroissement, au fil des années, du montant absolu des dépenses restant à la charges des usagers, y compris pour les personnes en « affection de longue durée » dont certaines dépenses ne sont pas prises en charge à 100% (forfait hospitalier, dépassements d'honoraires, matériel médical). L'accès aux complémentaires santé est donc plus que jamais nécessaire pour assurer, en continuité de celle apportée par l'assurance maladie obligatoire, l'accès aux soins.

La CNS regrette que la question de la coordination entre l'Assurance maladie obligatoire et l'Assurance maladie complémentaire ne soit pas évoquée dans le texte. Alors que le projet de Loi veut « rassembler les acteurs de la santé autour d'une stratégie partagée », on ne pourrait que regretter qu'il fasse l'impasse sur cette question et ne propose pas d'avancer sur les collaborations utiles pour renforcer l'accès aux soins le plus large et le plus équitable, à tous les âges, quel que soit l'état de santé.

Consciente que l'articulation entre l'Assurance maladie obligatoire et l'Assurance maladie complémentaire est un thème qui cristallise aujourd'hui des opinions plurielles, la CNS invite les pouvoirs publics à ouvrir une concertation, avec les acteurs concernés, sur la place et le rôle des complémentaires dans le système de santé et qu'un débat ait lieu au parlement chaque année.

Dans son [avis de juin 2013 intitulé « Pour une évolution solidaire du système de santé »](#), la CNS indiquait que « *Des conditions renforcées de solidarité, en contrepartie des aides publiques, concernant toutes les formes de contrats et tous les opérateurs pourraient être recherchées. Il s'agirait de garantir la meilleure mutualisation au sein des organismes et entre les organismes, et d'organiser la cohérence, dans un cadre de régulation, entre les régimes universels et les régimes non obligatoires.* »

IV. D'autres dispositions pourtant attendues sont absentes

Dans ses avis, la CNS a formulé un ensemble de recommandations dont elle souhaite voir la traduction dans ce projet de loi.

✓ *Le renforcement du rôle de la personne de confiance*

Dans sa « contribution au projet de loi de santé » adopté le 2 juillet dernier, la CNS recommande de « *faire en sorte que la personne de confiance soit désignée par la personne intéressée pour toutes les étapes de son parcours et que les articles relatifs à cette désignation soient rédigés de manière homogène dans les codes concernés (CSP et CASF)* ». L'article L1111-6 du Code de Santé publique doit être modifié pour en étendre l'application au secteur médico-social et à l'ensemble du parcours de l'utilisateur. A ce titre, la désignation de la personne de confiance doit devenir indépendante du lieu de prise en charge du patient, pouvant être déclaré au niveau du médecin traitant de sorte à devenir un élément clef de son dossier médical personnalisé. Ce même dispositif pourrait être étendu à la rédaction de directives anticipées.

La CNS demande que ce projet de loi inclue ces dispositions ainsi que la « *mise en place de dispositifs favorisant la désignation de personnes de confiance issues d'associations d'utilisateurs agréés* ». En effet, certains usagers sont en difficulté pour désigner une personne de confiance du fait de leur isolement familial et social. Les associations d'utilisateurs agréés qui le souhaitent pourraient être sollicitées pour proposer des personnes dûment formées pouvant jouer le rôle de personne de confiance.

✓ *Harmonisation et développement de la médiation en santé (dans un contexte de plaintes ou réclamations)*

Dans ce même avis de juillet, la CNS a souhaité voir promus des *dispositifs territoriaux de médiation compétents sur l'ensemble du parcours de santé (établissement de santé / ambulatoire / structure médico-sociale / santé à domicile)*. Il s'agit, en cohérence avec une approche en parcours de santé, de

- Définir des principes communs et des critères convergents pour un dispositif de médiation cohérent tout au long du parcours de santé : sanitaire (hospitalier et ambulatoire), médico-social, à domicile et dans les associations qui ont des actions de santé;
- Installer ces pôles de médiation en lien avec les comités territoriaux de relation avec les usagers.

✓ *L'évolution des centres de santé*

Dans ce même avis, la CNS insistait sur « la nécessité de *garantir l'existence sur chaque territoire de proximité de la possibilité d'accès à des services de prévention et à des soins de premier recours gratuits et adaptés aux populations les plus vulnérables (précaires, exclus, jeunes,...) via notamment l'accès à des centres de santé ...* ».

Du fait de l'importance que revêtent les centres de santé dans la réduction des inégalités d'accès à la santé dans le contexte actuel de démographie médicale, la CNS souhaite que les dispositions

relatives à ceux-ci soient présentes dans la loi et ne soient pas reportées à des ordonnances. Ces dispositions devraient être relatives :

- à la *définition des centres de santé* afin de faire en sorte qu'ils soient gérés par des organismes publics ou à but non lucratif, qu'ils puissent signaler leur lieu de santé à l'instar des établissements de santé, que leur projet favorise la mise en œuvre des actions de santé publique et de prévention par les centres de santé,
- au *modèle tarifaire des centres de santé* incluant tarification à l'acte, forfait annuel relatif à la gestion de l'exercice regroupé, forfait annuel de coordination des soins interne et externe, ... (voir les [conclusions du rapport IGAS juillet 2013](#))
- à la *modification du régime juridique des sociétés interprofessionnelles de soins ambulatoires (SISA)* pour permettre aux centres de santé notamment infirmiers de prendre part aux maisons de santé
- à la *modification des dispositions relatives au praticien territorial de médecine générale* afin qu'elles puissent être appliquées en centres de santé. En ce sens il faudrait modifier l'article L.1435-4-2.

Enfin, la CNS tient à ce qu'il soit rappelé aux ARS d'exercer leur mission de contrôle à l'égard des centres de santé.

- ✓ ***Prévention des conflits d'intérêt entre la position de fabricant d'équipements ou de dispositifs médicaux ou de médicaments et la position de gestion d'activités sanitaires et médico-sociales***
Une disposition de la loi interdisant ce double positionnement serait nécessaire, car la confusion de ces deux rôles constituerait un risque très sérieux en termes d'indépendance de prescription des praticiens des établissements et services concernés, et surtout, d'exercice des responsabilités et signalements dans le domaine des vigilances sanitaires.
- ✓ ***Reconnaissance de la médiation sanitaire (au sens de l'accompagnement vers la santé)***
La CNS demande le rétablissement de l'article relatif à la médiation en santé (médiation culturelle, sociale, linguistique, ...) qui était partie intégrante des versions antérieures du projet de loi et qui traduisait une réelle prise en considération des difficultés rencontrées par les personnes les plus éloignées du système de santé pour accéder aux soins.

V. Analyse par article et propositions d'amendements

Ce paragraphe reprend une analyse article par article en complémentarité avec les paragraphes précédents.

Les amendements proposés au projet de texte de loi figurent en surligné jaune.

Titre liminaire

✓ Article 1^{er}

→ Dans le 5^o « L'organisation de parcours de santé coordonnés assurant l'accessibilité, la qualité, la sécurité des soins et de l'accompagnement social et médico-social, les services et produits de santé, ainsi que l'efficacité de leur utilisation à domicile, en ambulatoire et en établissement, pour la population sur l'ensemble du territoire »;

Motif : il y a lieu de tenir compte de toutes les composantes de l'offre en santé.

→ Concernant la stratégie nationale de santé, la CNS souligne qu'elle définit essentiellement les orientations de la politique de santé sur les années à venir sans qu'un cap en termes de calendrier ne soit fixé, ni que des objectifs concrets ne soient assignés à nombre d'orientations. Son suivi et son évaluation seront difficiles à réaliser pleinement dans l'état actuel de sa formulation. **Un document complémentaire de programmation** serait nécessaire et donnerait plus de lisibilité à chacune des composantes de la stratégie.

→ « Art. L. 1411-2. - Les organismes gestionnaires des régimes d'assurance maladie concourent à la réalisation des objectifs de la politique de santé et mettent en œuvre la stratégie nationale de santé ainsi que les plans et programmes de santé, tant au niveau national que régional, dans le cadre de leurs compétences légales et dans le respect des conventions les liant à l'Etat. Ils poursuivent les objectifs, définis par l'Etat et déclinés par les agences régionales de santé, visant à la continuité, à la coordination et à la qualité des soins offerts aux assurés, ainsi qu'à la répartition territoriale homogène de cette offre. »

Motif : insister sur la nécessaire contribution à tous les niveaux géographiques.

Titre 1

Chapitre I : soutenir les jeunes pour l'égalité des chances en santé

La CNS propose d'insérer un article 1 bis sur le soutien à la parentalité dans les premières années de vie.

« Article 1bis

Le soutien des jeunes enfants, avant l'entrée dans les dispositifs scolaires, pour l'égalité des chances en santé peut nécessiter l'accompagnement des parents pendant les premières années de vie de l'enfant. Des interventions seront développées dans le cadre des politiques familiales de la CNAF et de la protection

maternelle et infantile en ayant recours à des techniciens de l'intervention sociale et familiale, dont les professionnels de l'aide à domicile. »

Motif : l'objectif est d'initier et d'accompagner la prévention et la promotion de la santé au sein de la cellule familiale de la naissance à l'entrée en milieu scolaire, et plus particulièrement auprès de familles vulnérables et/ou fragilisées par des difficultés ponctuelles. Cette action peut relever soit du champ du département avec l'ASE et en lien avec la PMI, soit du champ des CAF en référence à la lettre Circulaire n°2010-081 de 6 mai 2010 et LC 2011-025 du 31 janvier 2011 définissant les conditions d'accès au dispositif d'aide au domicile des familles et les motifs d'intervention, dans le cadre de l'action sociale extra-légale.

✓ Article 2

Voir commentaires en § III de cet avis.

→ « Art. L. 1116-1. - La promotion de la santé en milieu scolaire telle que définie aux articles L. 121-4-1 et L. 541-1 du code de l'éducation et à l'article L. 811-1 du code rural et de la pêche maritime est conduite conformément aux domaines d'actions prioritaires de la stratégie nationale de santé. Les conditions de mise en œuvre dans chaque région prenant en compte leurs spécificités démographiques et épidémiologiques sont définies par décret. »

Motif : la conduite de ces actions doit être précisément définie, la situation actuelle étant loin d'être susceptible d'évoluer « naturellement ».

Chapitre II : soutenir et valoriser les initiatives des acteurs pour faciliter l'accès de chacun à la prévention et à la promotion de la santé

Ce chapitre souffre d'une absence de mesures structurelles pour aller directement vers des mesures spécifiques :

Voir commentaires en § III de cet avis.

✓ Article 3

→ La CNS propose qu'il soit ajouté à l'article L 5134-1 du CSP tel que modifié par le projet de loi les termes suivants

« La délivrance aux mineures des médicaments [...] par décret. Dans les établissements d'enseignement. Les infirmiers peuvent [...] d'urgence. Ils s'assurent de l'accompagnement psychologique de l'élève et veillent à la mise en œuvre d'un suivi médical. Ils orientent notamment vers les centres de planification et d'éducation familiale accessibles en proximité en vue d'un accompagnement et d'une prise en charge anonyme et gratuite. »

Motif : en matière de contraception d'urgence, il convient de renforcer les liens entre les différents acteurs de santé. Le projet d'article L 5134-1 nouveau supprime, à juste titre, la restriction à la délivrance par l'infirmière d'une contraception d'urgence, au fait que l'infirmière ait vérifié au préalable qu'un médecin, une sage-femme ou un centre de planification et d'éducation familiale (CPEF) soient indisponibles ou inaccessibles. Cependant le fait de ne plus du tout citer les CPEF dans l'art L 5134-1 du CSP revient à marginaliser leur mission tout à fait nécessaire en direction des collégiens sur ce sujet. Il est donc proposé de rappeler leur fonction

de ressource possible pour prolonger ou approfondir l'accompagnement vers une contraception adaptée, à la suite de la délivrance d'une contraception en urgence, par l'infirmière de santé scolaire.

✓ Article 5

La CNS propose que l'information prenne la forme d'un code couleur, unique, et situé sur le devant de l'emballage. Il aurait été souhaité par la CNS que cela soit rendu obligatoire mais cela relève, semble-t-il, d'une décision au niveau de l'Europe.

« Art L 3232-8 - I. - Afin de faciliter l'information du consommateur ... du même règlement. Cette présentation ou expression sera sous la forme d'un code couleurs, avec affichage harmonisé et en face avant de l'emballage des produits. »

Chapitre II . Soutenir et valoriser les initiatives des acteurs pour faciliter l'accès de chacun à la prévention et à la promotion de la santé

✓ Article 6

I. - Le second alinéa de l'article L. 6211-3 du code de la santé publique est complété par une phrase ainsi rédigée : « Il définit notamment les conditions dans lesquelles le dépistage de maladies infectieuses transmissibles peut être réalisé au moyen d'un test rapide d'orientation diagnostique, effectué par un professionnel de santé ou par du personnel relevant de structures de prévention ou associatives ayant reçu une formation adaptée ainsi que dans les centres de santé, les services de santé universitaire (voire scolaire), les PMI, les centres d'examen de santé,. »

«Cet arrêté détermine également les conditions particulières de la délivrance de ces autotests, notamment en ce qui concerne les mineurs. »

Titre II - Faciliter au quotidien les parcours de santé

Chapitre I : créer un service territorial de santé au public

✓ Article 11

→ Le service territorial de santé repose sur la coordination des acteurs contribuant à l'amélioration de la santé des populations : il s'agit des acteurs de santé, mais aussi du social pour favoriser l'accès de tous à la santé. La rédaction proposée excluant les acteurs du social n'est pas conforme à l'objectif recherché.

De plus, l'article ne précise pas l'objectif de ces services. Il y a lieu de préciser qu'il s'agit de faire en sorte que soit développée une offre en santé continue, accessible (tarifs, géographique, pour tous), de qualité et pertinente. La pertinence doit pouvoir être établie sur la base de référentiels robustes, actualisés, opposables, largement diffusés. Le service territorial de santé doit avoir une obligation de résultats collectifs opposables, inscrit dans les contrats territoriaux.

D'autre part, l'article ne fait pas mention au sein des contrats territoriaux de santé de la participation des financeurs dont fait évidemment partie l'assurance maladie mais également les collectivités territoriales ainsi que d'autres acteurs potentiellement intéressés (caisses de retraites, mutuelles, ...). La mise en cohérence des financements sur un territoire est aussi une dimension essentielle du STSP.

Nouvelle rédaction proposée :

« Art. L. 1434-15-1. Dans chacun des territoires de santé prévus à l'article L. 1434-13, l'agence régionale de santé est en charge du service territorial de santé au public, qui vise à réaliser, au moyen de contrats territoriaux de santé précisant les objectifs de résultats, conclus entre les financeurs, dont les collectivités territoriales, et avec l'ensemble des acteurs de santé intéressés (prévention, et promotion de la santé, soins à domicile, en ambulatoire ou en établissements, accompagnement médicosocial en établissements ou en services), en lien avec les acteurs du social, les objectifs du projet régional de santé mentionné à l'article L. 1434-1 au travers d'une offre de services continue, accessible, pertinente et de qualité. Pour l'élaboration et la mise en œuvre des services, les contrats territoriaux de santé associent, en tant que de besoin, les professionnels de la protection maternelle et infantile, de la santé scolaire, de la santé universitaire et de la santé du travail ».

Motif : les contrats territoriaux doivent permettre la mise en cohérence des financements sur le territoire (notamment sur la prévention).

Les dynamiques d'adaptation territoriale des politiques de santé, esprit du STSP, ne peuvent ignorer les collectivités territoriales, leurs politiques, leurs ressources humaines et financières. Essentiel en métropole, cette dynamique partagée est cruciale dans les départements ultramarins.

→ « Il a pour objectif, par une meilleure coordination des acteurs de santé - en lien avec les acteurs du social - et des financeurs, l'amélioration et la protection de l'état de santé de la population ainsi que la réduction des inégalités sociales et territoriales de santé. Il structure les soins de proximité et organise les parcours de santé, incluant les besoins en termes d'accès aux droits, de prévention, de promotion de la santé, de délivrance de soins et d'accompagnement social et médico-social notamment pour les patients atteints d'une maladie chronique, les personnes en situation de vulnérabilité ou de précarité sociale et les personnes en situation de handicap ou de perte d'autonomie. A cette fin, il s'appuie en tant que de besoin sur les plates-formes territoriales d'appui aux professionnels de santé et du social prévues à l'article L. 6331-1 ».

Motif : La mention du handicap est dans la ligne de l'exposé des motifs de la loi (qui mentionne le handicap à la fin du 1er § de la page 8) et de la proposition de "Charte de la personne dans son parcours personnalisé de santé" faite par la CNS.

→ « Art. L. 1434-15-2. - Le service territorial de santé est mis en œuvre sur la base d'un diagnostic territorial partagé, s'appuyant sur des données d'observation, et avec l'appui d'un conseil territorial de santé.

Motif : Le recours à la production de données d'observation en santé pour l'élaboration du diagnostic territorial partagé est indispensable à la bonne connaissance des besoins des populations et des réponses à y apporter.

→ Si la gouvernance stratégique est évoquée (conseil territorial de santé), rien n'est dit de la gouvernance opérationnelle qui doit être laissée aux acteurs ; une incitation dans la loi à la création de conseils locaux de santé serait conforme à l'intention du service territorial de santé.

→ Le délai de publication des décrets devrait être précisé.

✓ Article 12

→ La CNS regrette que l'exposé des motifs ne détaille pas les raisons qui ont motivé les mesures structurelles annoncées. De telles réalités sont décrites dans l'exposé des motifs sur d'autres thématiques (addictions, impact de l'environnement, amiante, MST,...) et ne sont pas évoquées dans le champ de la santé mentale. Il pourrait être fait mention de la réduction majeure de l'espérance de vie que connaissent les personnes atteintes de troubles psychiatriques chroniques, du fait du cumul de ces réalités que sont le déni de la maladie, le retard à l'accès aux soins somatiques, la précarité liée aux difficultés majeures d'insertion qu'elles rencontrent, ou de la restriction à la citoyenneté dont elles sont victimes. Il pourrait être énoncé plus explicitement que l'accent porté sur la facilitation des parcours complexes les concerne au premier chef et que la mission de secteur portée par le STSP doit être complétée partout de dispositifs sanitaires et médico-sociaux, dédiés à des missions plus particulières, dont l'articulation, aménagée par l'ARS, devra garantir la fluidité.

→ La CNS rappelle que la psychiatrie de secteur ne renvoie pas seulement à une organisation territoriale mais à un travail coordonné et continu entre acteurs de la prévention, du soin et de la réhabilitation.

→ La CNS insiste sur l'importance d'associer les médecins généralistes à la psychiatrie de secteur pour assurer le **décloisonnement nécessaire entre acteurs de la psychiatrie et autres acteurs de santé**.

« Art. L.3221-4. I.... L'exercice de cette mission comprend notamment l'organisation de soins ambulatoires de proximité, y compris sous forme d'intervention à domicile, **qui associe étroitement les médecins généralistes, les professionnels de santé et les services de soins ou médico-sociaux intervenant à domicile** »

Motif : cette loi ne doit pas laisser passer la nécessité de rapprocher les acteurs de la psychiatrie des autres acteurs de la santé.

→ « Art. L.3221-4. III. - La prise en charge de proximité assurée par la psychiatrie de secteur garantit aux personnes accueillies l'accès à des soins fondés sur **la continuité**, la qualité et la sécurité des pratiques. Les équipes de psychiatrie de secteur mettent en œuvre à cet effet les coopérations nécessaires, **notamment avec les acteurs de la réinsertion**, et contribuent aux actions de prévention et d'insertion dans le cadre du service territorial de santé au public. **Les équipes de psychiatrie de secteur prennent en compte les attentes formulées par les organisations représentatives des usagers et des familles œuvrant dans le domaine des maladies mentales et des handicaps psychiques, notamment dans le cadre des conseils locaux de santé mentale.**

Motif : La justification première de la psychiatrie de secteur, s'il n'y en avait qu'une, est la notion de **continuité**, absente de cet article. Cette continuité doit s'entendre également entre soins consentis et soins non consentis.

→ La CNS souligne qu'il n'y a dans cet article spécifique à la maladie mentale, aucune référence aux **Conseils Locaux en Santé Mentale** (en lien ou non avec des Conseils locaux de Santé), alors que ceux-ci ont été encouragés à se développer sur l'ensemble du territoire, aussi les modifications suivantes sont proposées.

« Art. L. 3221-4-2. - Dans le cadre du service territorial de santé, le directeur général de l'agence régionale de santé met en œuvre une organisation des parcours en santé mentale incluant **promotion de la santé**

mentale, prévention, soins, **réhabilitation** et insertion, accompagnement social et médico-social et rassemblant les acteurs sanitaires, sociaux et médico-sociaux indispensables ainsi que les collectivités territoriales pour assurer la continuité, la qualité et la sécurité des parcours de soins et de vie des personnes souffrant de troubles psychiques. **Ainsi, l'organisation des parcours en santé mentale doit comprendre un volet sur l'accès à l'hébergement et au logement des personnes en souffrance psychique, en déclinaison du programme mentionné à l'article L1434-2**

Motif : La mention des soins de réhabilitation est nécessaire car les textes relatifs aux soins de suite et de réadaptation ne concernent pas la psychiatrie.

→ Par ailleurs, pour réduire le nombre de départements où la CDSP (**Commission Départementale des Soins Psychiatrique**) ne peut fonctionner, il serait nécessaire de modifier l'article L3223-2 ainsi :

« En cas d'impossibilité de désigner un ou plusieurs membres, des personnalités d'autres départements peuvent être nommées, la commission pourra fonctionner à partir de 4 personnalités nommées dont au moins un médecin »

Article 13 :

→ Le projet de loi pose les premières fondations en matière de coordination des acteurs pour les **cas complexes** (notion qui gagnerait à être davantage explicitée dans le cadre de travaux HAS). Le recours aux plates-formes territoriales d'appui à la coordination reste à la discrétion des professionnels de santé et notamment des médecins traitants, alors que ceux-ci ont bien souvent peu de visibilité sur les différents types d'intervenants et de structures pouvant accompagner ou prendre en charge ces patients. L'orientation par le médecin traitant de ces patients vers ces plates-formes devrait être fortement encouragée de même que les plates-formes pourraient avoir une démarche proactive en direction des médecins traitants pour se faire connaître.

L'évaluation des besoins des professionnels et l'identification de l'ensemble des ressources disponibles nécessitent l'amélioration de l'observation en santé.

→ Les plates-formes territoriales d'appui constituent un dispositif s'inscrivant dans la logique du service territorial de santé, puisqu'elles visent à donner aux professionnels les outils dont elles ont besoin pour mettre en œuvre les coordinations nécessaires. De ce fait, le titre III pourrait logiquement être inclus dans le titre II « faciliter au quotidien les parcours de santé » et le développement des plates-formes se faire dans la même logique ascendante pour laisser de la marge d'initiative aux acteurs. De plus, **les ARS ne peuvent pas être mises en position d'être directement organisatrices et responsables de tout**, alors qu'un des enjeux majeurs est de favoriser l'engagement des professionnels dans ces nouvelles formes de coopération. Les ARS ont un rôle d'incitation, de validation, de régulation et d'évaluation (évaluation participative en lien avec les acteurs concernés).

→ Il y aurait lieu de préciser le délai de publication du décret annoncé.

D'où la proposition de modifications suivantes :

« Art. L. 6331-1. - Les agences régionales de santé sont tenues de faire en sorte que se mette en place l'appui aux professionnels, notamment ceux concourant à l'offre de soins de premier recours, qui assurent

une prise en charge des patients relevant de parcours de santé complexes, pour lesquels l'intervention de plusieurs catégories de professionnels de santé, sociaux ou médico-sociaux, est nécessaire au regard de leur état de santé ou de leur situation sociale. La notion de complexité fera l'objet d'une approche plus approfondie par la HAS.

« Cet appui consiste notamment à :

« 1° Evaluer, en lien avec eux, les besoins des professionnels et identifier l'ensemble des ressources disponibles localement en s'appuyant sur les données d'observation en santé;

« 2° Apporter aux professionnels qui en expriment le besoin les informations et le soutien utiles pour la coordination des parcours de santé complexes de leurs patients ;

« Art. L. 6331-2. - Pour la mise en œuvre des missions d'appui définies à l'article L. 6331-1, l'agence régionale de santé désigne valide, dans le cadre d'une convention, une ou plusieurs plates-formes territoriales d'appui à la coordination des parcours de santé complexes.

« Art. L. 6331-3. - Les dispositions d'application du présent chapitre sont fixées par décret dont la parution se fera avant le » ;

Chapitre II - Faciliter l'accès aux soins de premier recours

Ce chapitre devrait également comporter le renforcement du rôle des structures de prévention dans l'accès aux soins (santé scolaire, santé universitaire, centres d'examen de santé et PMI). L'accès à des soins de premier recours doit également comporter une vraie politique territorialisée de développement des nouvelles modalités d'organisation de l'offre de soins de premier recours (maisons de santé, centres de santé, pôles locaux de santé, réseaux de santé,...) ceci pouvant être réalisé au travers du service territorial de santé au public.

Article 14

L'amélioration de la régulation médicale est bienvenue tant le paysage actuel est complexe pour l'utilisateur. Il paraît essentiel d'y ajouter une compétence en matière psychiatrique, comme suggéré ci-dessous, ceci permettrait de traiter les demandes urgentes des familles et des proches de malades psychiques, dans l'objectif d'éviter, quand cela est possible, l'hospitalisation.

« La régulation téléphonique de l'activité de permanence des soins ambulatoires est accessible par le numéro d'accès à la régulation de l'aide médicale urgente ou par un numéro national de permanence des soins. Elle prévoit une articulation avec les dispositifs de psychiatrie d'intervention en urgence. »

Article 15

L'articulation entre médecins PMI, médecins traitants, et médecins scolaires au sein du parcours de santé est à renforcer.

→ Proposition d'ajout :

«L'article L. 162-5 est ainsi modifié :

.... 23° Les missions particulières des médecins traitants des enfants de moins de 16 ans mentionnés à l'article 162-5-3 et les modalités de l'organisation de la coordination des soins spécifiques à cette population ; celles-ci s'exerceront :

- sans préjudice des compétences des médecins de PMI, vis-à-vis des publics relevant de la PMI et de la planification familiale, dans le domaine de la prévention, du dépistage, de l'indication d'examens complémentaires ou d'orientation vers un spécialiste, de la prise en charge préventive, de la surveillance de la santé et du développement, du traitement d'affections ou de toute autre mesure de soin relevant de sa compétence, notamment mentionnés par le code de la santé publique au titre de la PMI et de la planification familiale.
- sans préjudice des compétences des médecins scolaires vis-à-vis des publics relevant de leur champs d'action dans le domaine de la prévention, du dépistage, de l'indication d'examens complémentaires ou d'orientation vers un spécialiste notamment pour les troubles des apprentissages ou la santé mentale, de la prise en charge préventive, de la surveillance de la santé et du développement»

Motif : cet article systématise l'instauration du médecin traitant pour tous les enfants, en ajoutant à la liste des missions qui font l'objet du conventionnement et sont énumérées à l'article 162-5 du code de la sécurité sociale qui compte 22 items, un 23^{ème} item intitulé : « les missions particulières des médecins traitants des enfants de moins de 16 ans mentionnés à l'article 162-5-3 et les modalités de l'organisation de la coordination des soins spécifiques à cette population ». Cette disposition nouvelle s'ajoute aux missions préventives exercées par les médecins de PMI sans qu'il n'en soit fait mention. Il serait contre-productif que l'ajout d'une obligation de choix de médecin traitant génère une stigmatisation encore plus grande des populations les plus vulnérables en les éloignant davantage des soins de prévention.

Aussi, il est proposé de spécifier que cette nouvelle mission des médecins traitants s'exerce en bonne coordination avec les centres de PMI et la santé scolaire et **sans préjudice des prescriptions préventives et orientations vers les spécialistes déjà réalisées par ceux-ci** (ex : bilan orthophonique après un bilan de santé de 4 ans réalisé en école maternelle par le médecin de PMI).

→ La CNS souligne que les principales personnes pénalisées par le non-respect du parcours de soins sont les précaires et les jeunes de 18 à 25 ans. L'extension de ce dispositif auprès des enfants doit être interrogée dans ses conséquences réelles pour les enfants des milieux les plus défavorisés, en cas de pénalisation pour tout non-respect. Il est donc nécessaire de préciser que les prescriptions que la santé scolaire ou la PMI seraient amenées à faire ne soient pas considérées comme une rupture du parcours de soins.

Chapitre III lutter contre les barrières financières de l'accès aux soins

Article 18

→ La mise en place d'observatoires des refus de soins est une disposition nécessaire et dont la CNS avait souligné la nécessité dans son [rapport de septembre 2010 intitulé « Résoudre les refus de soins »](#). Mais un tel observatoire ne peut être seulement sous la responsabilité de l'ordre. Il devrait être doté d'une instance de pilotage pluraliste, intégrant les instances de démocratie sanitaire (CNS et CRSA) dotées de la responsabilité d'évaluer annuellement le respect des droits des usagers. Il y a donc lieu de préciser que cet observatoire doit avoir une déclinaison régionale.

→ « Le premier alinéa de l'article L. 4122-1 du code de la santé publique est complété une phrase ainsi rédigée : « un observatoire de refus des soins chargé notamment d'effectuer des tests de

situation est mis en place au niveau national et décliné dans chaque région selon des modalités précisées par décret. Il est chargé d'évaluer les pratiques des membres de l'ordre en matière de discrimination dans l'accès aux soins et à la prévention, incluant les délais. Son comité de pilotage intégrera notamment l'ordre, les instances de démocratie sanitaire (CNS et CRSA) et l'assurance maladie. »

Motifs : Dans l'exposé des motifs, les rédacteurs précisent "en lien avec les usagers", ce n'est pas le cas dans le texte du projet de loi. Rien non plus sur *l'inversion de la charge de la preuve*, sur la simplification des démarches, seul le « testing » est introduit de façon générale. Il faut prévoir d'emblée la participation des usagers.

Par ailleurs, le délai d'attente peut s'avérer être une discrimination très subtile ; il convient de la citer explicitement pour son évaluation.

Chapitre IV : mieux informer, mieux accompagner les usagers dans leur parcours de santé

Article 20

→ Cet article relatif au service public d'information devrait prévoir la participation des usagers à la définition du service de même que celle de la CNS et associer les CRSA pour les déclinaisons régionales. (A noter que le récent et dernier annuaire de la DREES sur les indicateurs régionaux, qui se veut transversal ville/sanitaire/médico-social oublie les centres de santé. D'où l'importance de méthodes concertées qui évite ces omissions.)

« Art. L. 1111-8-2 Il est constitué avec le concours des caisses nationales d'assurance maladie, de la Caisse nationale de solidarité et de l'autonomie, des agences et autorités compétentes dans le champ de la santé publique, et des agences régionales de santé. Son contenu est élaboré après consultation des organisations représentatives des usagers, de la CNS et des CRSA pour les déclinaisons régionales. Il prévoit des modalités interactives de participation des acteurs.

→ La CNS rappelle que la cartographie en santé ne se limite pas à une simple rationalisation de l'information : elle doit comporter autant les structures de prévention que de soins, leurs rôles et possibilités de prise en charge (comprenant les horaires d'ouverture et les limitations d'accès selon l'âge, le statut d'assurance sociale,...) et partir de questions de parcours de soins (en cas de tel problème où trouver quelles structures) et non être une simple compilation d'annuaires hétérogènes. Elle doit également servir aux décideurs pour analyser les déficits de couverture géographique ou sociale. Le service public d'information en santé doit également être un système d'information ascendant permettant à des « lanceurs d'alerte » (professionnels de terrain, associations,...) de signaler les défaillances réelles et constatées des modalités de prise en charge.

Article 21

Les usagers n'étant pas au sens propre habilités à prendre les décisions médicales ou médicosociales, la CNS propose la formulation suivante :

« A titre expérimental et pour une durée de cinq ans à compter de la promulgation de la présente loi, peuvent être mis en œuvre des projets pilotes d'accompagnement sanitaire, social et administratif destinés à permettre aux personnes souffrant d'une maladie chronique ou particulièrement exposées au risque de maladie chronique, dans des conditions contribuant à accroître leur autonomie, de disposer des

informations, des conseils, des soutiens, des apprentissages, notamment de l'éducation thérapeutique, et de la formation nécessaires pour prendre les décisions relatives à leurs soins et à leur accompagnement social et médico-social qui leur incombent et mettre en œuvre les traitements et actions de prévention prescrits ou préconisés, de participer à l'élaboration du parcours de santé, de bénéficier d'une coordination des services et professionnels intervenant dans ce parcours de santé, de faire valoir leurs droits et de développer leurs projets de vie.

Chaque projet pilote fait l'objet d'une convention entre l'agence régionale de santé et le ou les acteurs de santé volontaires, y compris les associations d'usagers pour accomplir l'action ou les actions du projet, établie sur la base d'un cahier des charges national. »

Motif : Comment imaginer une innovation d'accompagnement qui ne mentionne pas explicitement les malades et usagers eux-mêmes ?! Là encore, l'exposé des motifs les mentionne, d'ailleurs au sein d'une autre catégorie, les « acteurs volontaires », mais rien dans l'article.

Motif : Il y a lieu d'être attentif aux dérives possible ; il faut que les actions issues de conventions correspondent à des critères répondant aux besoins et à la participation effective des acteurs concernés au premier chef, tout en laissant la marge de manœuvre et d'initiative nécessaire.

✓ Article 22 bis

La CNS demande que le projet de loi accorde un statut aux maisons d'accueil hospitalières, qui contribuent à la réduction des inégalités sociales face à la santé, maisons dont l'intérêt est croissant dans le cadre des restructurations territoriales de l'offre.

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

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

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

Les organismes gestionnaires des maisons d'accueil hospitalières adressent une déclaration d'ouverture au directeur général de l'agence régionale de santé compétent, établie dans des conditions fixées par un arrêté du ministre des affaires sociales et de la santé. Les organismes gestionnaires déclarent les modifications substantielles et la fermeture dans les mêmes conditions.

Le directeur général de l'agence régionale de santé tient à jour un répertoire régional des maisons d'accueil hospitalières pour la mise en œuvre du service public d'information en santé défini à l'article L.1111-8-2 du code de la santé publique. En cas de difficultés de fonctionnement compromettant la qualité et la sécurité de l'accueil dans les maisons d'accueil hospitalières, le directeur général de l'agence régionale de santé peut :

- enjoindre au gestionnaire d'y mettre fin dans un délai déterminé ;
- en cas d'urgence tenant à la sécurité des personnes hébergées ou de non-respect de l'injonction, prononcer la suspension immédiate, totale ou partielle, de l'activité de la maison d'accueil hospitalière, assortie d'une mise en demeure de prendre les mesures nécessaires ;
- maintenir cette suspension jusqu'à ce que ces mesures aient pris effet.

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

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

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

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

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

Il est proposé de donner clairement un statut aux activités d'intérêt général mises en œuvre par les maisons d'accueil hospitalières, qui organisent un hébergement pour les personnes hospitalisées ou leurs proches, en contiguïté des établissements de santé. Cette disposition s'inscrit logiquement dans les dispositions relatives à l'amélioration des parcours de santé pour les usagers et leurs proches.

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

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

Chapitre V renforcer les outils aux professionnels pour leur permettre d'assurer la coordination du parcours de leur patient

Article 23

→ La CNS souhaite que la rédaction de cet article soit révisée pour qu'il ne concerne pas seulement la transmission d'informations entre les praticiens et les établissements et services de professionnels de

santé au moment de l'admission des patients mais également de manière régulière tout au long de leur séjour.

Propositions de précisions à inclure dans l'article :

« 3° Après le quatrième alinéa, sont insérés quatre alinéas ainsi rédigés :

Le praticien qui adresse un patient à un établissement de santé (incluant les établissements sociaux et médico-sociaux, un service de soins infirmiers à domicile, ou un centre de soins et d'accompagnement et de prévention en addictologie et y compris pour les hospitalisations à domicile ou la chirurgie ambulatoire) accompagne sa demande d'une lettre de liaison synthétisant les informations nécessaires à la prise en charge du patient.

Motif : Il s'agit d'une rédaction moins sanitario-centrée. Les autres structures sociales et médico-sociales relèvent soit du seul choix de l'utilisateur (maison de retraite, service à domicile) ou d'une orientation administrative de la MDPH (MAS, FAM, IME, SAMSAH, etc...).

« Le praticien qui a adressé le patient aux professionnels de santé et aux structures mentionnés au premier alinéa à l'établissement de santé en vue de son hospitalisation ou de son admission et le médecin traitant ont accès, sur leur demande, aux informations mentionnées au premier alinéa.

« Ces praticiens sont destinataires, à la sortie du patient, d'une lettre de liaison comportant les éléments utiles à la continuité des soins rédigée par le médecin de l'établissement en charge du patient. Les établissements ou services sociaux et médicosociaux ainsi que les professionnels et services de santé sont également destinataires de cette lettre de liaison sous réserve de l'accord du patient.

Afin de garantir la continuité des soins et la qualité de la prise en charge en sortie d'hospitalisation, les établissements de santé s'assurent que les prescriptions et les informations nécessaires ont été réalisées et transmises au patient et au professionnel, établissement ou service de santé ou médico-social de son choix.

La commission des usagers prévue à l'article XXXX est informée régulièrement du respect de cette obligation ».

Motif : Afin de fluidifier les sorties d'hospitalisation et la qualité de la prise en charge il serait nécessaire que les établissements de santé s'assurent de la réalisation des prescriptions des soins nécessaires et qui doivent être réalisés en sortie d'hospitalisation aux acteurs des soins de proximité et/ou des établissements ou services médico-sociaux. Dans le même sens, en plus de la prescription la lettre de liaison créée par la loi devrait être également adressée aux professionnels ou structures de santé ou médico-sociale ayant vocation à prendre en charge le patient en sortie d'hospitalisation. Cette coordination est essentielle pour garantir la continuité des soins et une prise en charge de qualité par les acteurs de proximité.

Article 24

La CNS propose les compléments ci-dessous pour éviter encore le sanitario centrisme ; par ailleurs, le terme d'accompagnement est préféré à celui de suivi.

« Un professionnel peut échanger avec un ou plusieurs professionnels identifiés des informations relatives à une même personne prise en charge à condition qu'ils participent tous à la prise en charge ou à l'accompagnement de celle-ci et que ces informations soient strictement nécessaires à la coordination ou à

la continuité des soins **ou de son accompagnement social et médico-social**. La personne dûment informée peut exercer à tout moment son droit d'opposition à l'échange d'informations la concernant. »

« Lorsque ces professionnels appartiennent à la même équipe de soins au sens de l'article L. 1110-12, ils peuvent partager les informations concernant une même personne prise en charge, strictement nécessaires à la coordination ou à la continuité des soins ou **à son accompagnement social et médico-social**. Ces informations sont réputées confiées par le patient à l'ensemble de l'équipe. La personne dûment informée peut exercer à tout moment son droit d'opposition au partage d'informations la concernant »

« Art. L. 1110-4-1. - Afin de garantir la qualité et la confidentialité des données de santé à caractère personnel et leur protection, les professionnels de santé, les établissements et services de santé, les hébergeurs de données de santé à caractère personnel, ou tout autre organisme participant à la prévention, aux soins, ou **à l'accompagnement** social et médico-social et social,

2° L'article L. 1111-15 est ainsi modifié :

a) Le premier alinéa de l'article est remplacé par les dispositions suivantes :

« Dans le respect des règles déontologiques qui lui sont applicables ainsi que des dispositions des articles L. 1110-4, L. 1110-4-1 et L. 1111-2, chaque professionnel de santé, quels que soient son mode et son lieu d'exercice, reporte dans le dossier médical partagé, s'il a été constitué à l'occasion de chaque acte ou consultation, les éléments diagnostiques et thérapeutiques nécessaires à la coordination des soins et **de l'accompagnement** social et médico-social de la personne prise en charge.

→ La CNS souligne que la notion **d'équipe de soins** reste peu précise. En tout état de cause, les contours de « l'équipe » doivent être présentés à l'utilisateur.

→ « Art. L. 1111-19. - Le bénéficiaire peut à tout moment prendre connaissance **du contenu de son dossier et des traces d'accès** à son dossier. Il peut également accéder à la liste des professionnels et des équipes qui ont accès à son dossier médical partagé. Il peut à tout moment la modifier. » ;

Motif : Avoir connaissance des traces c'est une chose, l'accès au contenu est fondamental

Chapitre VI ancrer l'hôpital dans son territoire

Article 25

→ L'alinéa 5° de l'article L. 6112-2 (absence de facturation au patient de dépassements des tarifs ...) a suscité débat et discussion au sein de la CNS.

Les sujets ont porté d'abord sur le choix dans le projet de loi de l'absence de dépassements d'honoraires plutôt que sur l'absence de reste à charge pour l'utilisateur ; cette proposition portée par la FHP n'a pas été retenue du fait de la complexité de sa mise en œuvre et de la nécessaire mise à plat au préalable des rôles respectifs de l'assurance maladie obligatoire et des organismes complémentaires. Ensuite, l'existence de l'activité libérale à l'hôpital public, même si elle ne relève pas vraiment de la responsabilité de l'hôpital, pose problème au regard de l'obligation énoncée. L'accessibilité financière du service public hospitalier reste une caractéristique fondamentale. L'encadrement de l'activité libérale à l'hôpital reste une attente forte de la CNS. Il serait logique que les praticiens concluent un

contrat d'accès aux soins comme leurs confrères libéraux, et que compte-tenu d'une rémunération médicale salariée maintenue par ailleurs, les praticiens pratiquent une modération de dépassement (il est proposé 50 %) par rapport à leurs confrères exclusivement libéraux.

Ainsi, la CNS souhaite que la pratique des médecins libéraux dans l'hôpital public soit régulée selon les principes de l'accord national entre l'assurance maladie et les médecins libéraux.

→ Autre modification de forme dans le III

« 1° Ils participent à la mise en œuvre du service territorial de santé défini à l'article L. 1434-15-1 ;

« 2° Ils suscitent ou participent à des actions de coopérations entre établissements de santé, établissements et **services sociaux et médico-sociaux** ainsi qu'avec les professionnels de santé libéraux et les centres de santé ;

→ La CNS s'interroge sur la suppression de la notion d'ESPIC qui représente la composante privée non lucrative des établissements de santé. Comme il y a un statut d'EPS pour les établissements publics de santé. La notion d'ESPIC permet pourtant de sortir de la confusion entre l'activité (sanitaire, médico-sociale) et l'organisme gestionnaire (l'association, la fondation, etc...) qui peut gérer plusieurs activités différentes.

Article 26

Au travers des groupements hospitaliers de territoires, le secteur public se voit doté d'un vecteur puissant de regroupement, tandis que l'outil le plus classique du GCS pour du public-privé ou du privé-privé est renvoyé pour sa part à une ordonnance. Par ailleurs, la notion d'établissement partenaire n'est pas définie. La CNS propose l'ajout à cet article de la disposition suivante :

« Les établissements de santé privés et les établissements de santé privés d'intérêt collectif visés à l'article L.6161-5 peuvent conclure, pour un ou plusieurs objectifs déterminés, soit avec un établissement public de santé soit avec un groupement hospitalier de territoire, des accords en vue de leur association à la mise en œuvre du service public hospitalier défini à l'article L.6112-1, ou du service territorial de santé au public défini à l'article 1434-15-1, ou du projet régional de santé défini à l'article L.1434-1 ou du schéma interrégional défini à l'article L.1434-10. »

En ajoutant également à l' « Art. L. 6132-2. Les accords d'association des établissements de santé privés visés au cinquième alinéa de l'article L.6132-1 sont approuvés dans les mêmes conditions que les conventions constitutives auxquels ils se rapportent. »

Article 27

La CNS insiste sur l'intérêt d'un rapprochement entre professionnels et usagers de la santé dans la conception des formations, d'où les propositions suivantes :

« Art. L. 4021-1 :« Il associe l'analyse, l'évaluation des pratiques professionnelles et le perfectionnement des connaissances sur la base des recommandations des conseils nationaux professionnels de spécialité et **des recommandations des organisations représentatives des usagers du système de santé**, selon des méthodes validées par la Haute Autorité de santé.

« Les universités contribuent par leur expertise scientifique dans le domaine de la formation initiale et continue des professionnels de santé à la dimension pédagogique de la démarche. Elles associent l'expérience des organisations représentatives des usagers dans la conception de leurs contenus et méthodes pédagogiques.

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

La CNS regrette qu'il n'y ait pas de disposition générale ou de mesure structurelle inscrivant l'innovation dans le processus d'évolution du système de santé à l'heure actuelle fortement marqué par des évolutions réglementaires ou législatives. Il y a lieu de laisser de la marge de manœuvre aux acteurs, de favoriser leur capacité d'initiative, de développer l'observation des bonnes pratiques, d'en assurer l'évaluation puis la diffusion sous les formes appropriées.

Article 32

La CNS propose les ajouts suivants

« 4° Les sages-femmes dans le cadre de l'exercice de leur profession. Dans le cadre de leurs consultations, elles sont également autorisées à prescrire des substituts nicotiques au conjoint, au pacsé ou au compagnon de la femme enceinte. »

5° les médecins et les infirmiers de santé scolaire dans le cadre de l'exercice de leur profession tel que défini dans les articles L121-4-1 et L541-1 du code de l'Éducation et L811-1 du code rural et de la pêche maritime »

NB La prescription de substitut nicotinique devrait également être ouverte à la santé universitaire (quand elle n'est pas centre de santé) et aux centres d'examen de santé.

Article 35

La CNS considère tout à fait opportunes les dispositions visant à prévenir les ruptures de stock et souhaite que les dispositifs médicaux soient intégrés dans cette préoccupation car ils peuvent également être d'une importance capitale pour la santé des personnes (les dialysats, par exemple).

« Art. L. 5111-4. - On entend par dispositifs médicaux et médicaments ou classes de médicaments d'intérêt thérapeutique majeur, les dispositifs médicaux et médicaments ou classes de médicaments pour lesquels une interruption de traitement est susceptible de mettre en jeu le pronostic vital des patients à court ou moyen terme, ou représente une perte de chance importante pour les patients en regard de la gravité ou du potentiel évolutif de la maladie.

« Un décret, pris après avis de l'Agence nationale de sécurité du médicament et des produits de santé, précise les critères permettant d'identifier les dispositifs médicaux et médicaments d'intérêt thérapeutique majeur faisant l'objet des mesures spécifiques prévues au présent livre. Les catégories de dispositifs médicaux et les classes thérapeutiques concernées sont fixées par arrêté du ministre en charge de la santé. »

L'introduction des dispositifs médicaux devrait être réalisée dans l'ensemble du contenu de cet article.

Article 36

Pour les mêmes raisons la CNS propose les modifications suivantes :

CNS / Avis sur le projet de loi de santé – 9 septembre 2014

« Art. L. 1121-13-1. - Pour les recherches à l'initiative d'une entreprise pharmaceutique ou fabricant d'équipements ou de dispositifs médicaux les produits faisant l'objet de la recherche sont fournis gratuitement, ou mis gratuitement à disposition pendant le temps de la recherche par le promoteur.

Titre IV Renforcer l'efficacité des politiques publiques et la démocratie sanitaire

Chapitre I renforcer l'animation territoriale conduite par les agences régionales de santé

Article 37

→ Le schéma régional de santé doit porter sur la totalité de l'offre en santé et non seulement sur l'offre de soins. Par ailleurs, la CNS s'inquiète de la disparition de la mention du PRAPS dans le schéma régional de santé alors que la stratégie nationale de santé, et ce projet de loi incluent très clairement dans leurs objectifs la réduction des inégalités sociales de santé. D'où l'ajout d'un 3° pour le maintien de ce programme visant à l'accès à la prévention et aux soins des personnes les plus vulnérables.

« Art. L. 1434-2. - I. - Le projet régional de santé est constitué :

« 1° D'un cadre d'orientation stratégique qui détermine des objectifs généraux et les résultats attendus à dix ans ;

« 2° D'un schéma régional de santé, établi pour cinq ans, établissant des prévisions sur l'ensemble de l'offre en santé de soins et définissant des objectifs opérationnels, mis en œuvre par des contrats territoriaux de santé définis à l'article L. 1434-15-2.

3° d'un ou de plusieurs programmes dont le Programme régional d'accès à la prévention et aux soins (PRAPS)

→ « Art. L. 1434-3 « III. - Pour les établissements et services mentionnés aux 3°, 6°, 7° et 12° du I de l'article L. 312-1 du code de l'action sociale et des familles, ce schéma est établi et actualisé en cohérence avec les schémas départementaux d'organisation sociale et médico-sociale relatifs aux personnes handicapées ou en perte d'autonomie arrêtés par les conseils généraux de la région et mentionnés à l'article L. 312-5 du même code.

Motif : Ajout du 6° car omission des centres d'action médico-sociale précoce (CAMSP) qui relèvent de ce schéma.

→ « Art. L. 1434-5. - I. - Le directeur général de l'agence régionale de santé arrête annuellement les zones caractérisées par une offre de soins en santé insuffisante (prévention, soins, accompagnement) ou des difficultés dans l'accès aux soins aux services de santé et les zones dans lesquelles le niveau de l'offre de soins en santé est particulièrement élevé.

Motif : L'ARS a la charge d'arrêter les zones caractérisées par une offre de santé insuffisante ou des difficultés dans l'accès aux soins et à la santé ainsi que celles dans lesquelles le niveau de l'offre est particulièrement élevé. Il serait nécessaire de préciser le rythme de révision de ces zones, qui pourrait être annuel, afin que cela reflète la réalité de l'installation et évite qu'une zone devienne surdotée et continue de voir des professionnels s'y installer entre deux zonages.

→ « Art. L. 1434-6. - Un décret précise les modalités d'application de la présente section et notamment :

....« 3° Les modalités selon lesquelles une convention précise la participation des organismes et services d'assurance maladie à la définition et à la mise en œuvre du projet régional de santé, notamment au travers

de la mise en œuvre des services territoriaux de santé au public, ainsi que la coordination des actions prévues par les conventions d'objectifs et de gestion mentionnées à l'article L. 227-1 du code de la sécurité sociale.

Motif : la participation des organismes et services d'assurance maladie est à rechercher à tous les niveaux géographiques.

→ Art L1434-11 Après avis de la Conférence régionale de santé et de l'autonomie et des collectivités locales ainsi que des professionnels concernés, l'agence régionale de santé délimite, dans des conditions fixées par décret, les territoires donnant lieu à l'élaboration d'un service territorial de santé au public mentionné à l'article L. 1434-15-1, à la répartition des activités et équipements mentionnés à l'article L. 1434-3 ou à l'organisation des soins de premier recours.

Motif : rôle de la démocratie en santé.

→ Art L1434-12 Le conseil territorial de santé organise en son sein l'expression des représentants des usagers. A ce titre, il est consulté sur l'élaboration et le suivi du projet régional de santé, contribue au diagnostic partagé mentionné à l'article L. 1434-15-1. Les contrats territoriaux de santé mentionnés à l'article L. 1434-15-2 lui sont soumis pour avis. Il en assure le suivi de la mise en œuvre. Il organise un point d'entrée pour l'expression des usagers du territoire, notamment en ce qui concerne leurs plaintes et réclamations.

Motif : la CNS promeut dans ses rapports sur le respect des droits des usagers la nécessité de disposer d'un point d'entrée territorial pour les plaintes et réclamations des usagers avant d'offrir aux usagers la possibilité d'exercer leurs droits tout au long de leurs parcours. Cette recommandation faisait également partie du rapport DEVICTOR sur le service public territorial de santé.

« Pour l'exercice de ses compétences, le conseil territorial de santé associe, en tant que de besoin, les professionnels de la protection maternelle et infantile, de la médecine scolaire et de la santé au travail et la santé universitaire.

Motif : ces acteurs doivent être partie prenantes des dynamiques de santé territoriales particulièrement en matière de prévention

→ Dans le projet de loi, il est indiqué : « Le 2° de l'article L. 1432-1 est ainsi modifié :

- les mots : « pour assurer la cohérence et la complémentarité des actions » sont remplacés par les mots « pour coordonner les actions ». La CNS propose une modification plus importante de cet **article L. 1432-1** :

« Des commissions de coordination des politiques publiques de santé, associant les services de l'Etat, les collectivités territoriales et leurs groupements et les organismes de sécurité sociale. Ces commissions, dont la composition et les modalités de fonctionnement sont fixées par décret, sont compétentes pour coordonner les actions déterminées et conduites par leurs membres, respectivement :

- dans les domaines de la prévention, de la santé scolaire, de la santé au travail et de la protection maternelle et infantile ;
- dans le domaine des prises en charge et des accompagnements médico-sociaux
- dans le domaine de la prise en compte de la précarité. »

Motif : la CNS incite à la prise en compte la problématique de la précarité dans la coordination des politiques publiques ; soit sous la forme d'une commission spécifique soit comme ajout aux préoccupations des deux commissions existantes.

Article 38

La CNS propose d'insérer dans cet article sur les missions des professionnels de santé une obligation relative à l'alimentation du dossier du patient.

Article 40 :

→ La CNS souhaite que soit insérée une clause sur l'évolution des centres d'examen de santé en centres inter régimes de prévention (comprenant des actions d'initiations de prise en charge, de vaccination, des prises en charges spécifique d'éducation à la santé, d'éducation thérapeutique, voire de consultations hors nomenclature- diététique et psychologie notamment,...).

→ Inclure une modification du L2112-7⁶ du CSP en vue de développer des actions du service public de prévention de PMI.:

- En incluant les actes des infirmières et puéricultrices de PMI ainsi que ceux des psychologues réalisés dans le cadre des services et consultations de PMI.
- En prévoyant la participation des caisses de sécurité sociale aux actions de prévention en attribuant des dotations contribuant notamment à l'exercice pluridisciplinaire des services de PMI à la coordination des soins.
- En prévoyant pour les services de PMI les mêmes possibilités d'extension conventionnelles que celles examinées pour les professions libérales ou pour les autres opérateurs de soin.

→ Prévoir le recueil de l'avis des fédérations hospitalières et médico-sociales à la Ministre avant l'agrément des dispositions conventionnelles qui les impactent

→ La CNS déplore que le deuxième alinéa de l'article L 162-14-4 du code SS : le 2° alinéa coupe les possibilités offertes par le premier alinéa au travers des adaptations régionales pour ce qui concerne les rémunérations forfaitaires, utiles notamment pour stimuler les regroupements de professionnels ou les exercices en délégation

Article 43

La CNS demande le maintien du rapport annuel de la commission des usagers (ex CRUQPC) qui doit être transmis à la CRSA et à l'ARS ; dans le cas contraire, comment les CRSA pourraient-elles poursuivre leur mission relative à leur propre rapport annuel ?

⁶ Code de Santé Publique Art 2112-7 : Lorsque des examens prénuptiaux et les examens institués par les articles L. 2122-1, deuxième alinéa, L. 2122-3 et L. 2132-2, deuxième alinéa, sont pratiqués dans une consultation du service départemental de protection maternelle et infantile et concernent des assurés sociaux ou leurs ayants droit, les frais y afférents sont remboursés au département par les organismes d'assurance maladie dont relèvent les intéressés selon le mode de tarification prévu à l'article L. 162-32 du code de la sécurité sociale.

Les organismes d'assurance maladie peuvent également, par voie de convention, participer sur leurs fonds d'action sanitaire et sociale aux autres actions de prévention médico-sociale menées par le département.

Dans les départements où, à la date d'entrée en vigueur de la loi n° 89-899 du 18 décembre 1989 relative à la protection et à la promotion de la santé, de la famille et de l'enfance et adaptant la législation sanitaire et sociale aux transferts de compétence en matière d'aide sociale et de santé, une convention fixe les conditions de la participation des organismes d'assurance maladie au fonctionnement du service départemental de protection maternelle et infantile, celle-ci demeure en vigueur, sauf dénonciation dans les conditions prévues par ladite convention. En cas de dénonciation, les dispositions du premier alinéa et éventuellement du deuxième alinéa du présent article sont applicables.

Dans la ligne des conclusions du rapport Compagnon, il devrait être prévu que la commission des usagers soit dotée d'une capacité d'auto-saisine sur tout sujet lui paraissant pertinent pour donner aux usagers davantage de possibilité de participation à la vie de l'établissement.

Article 44

→ « *Art. L. 1143-1.* - Lorsque plusieurs usagers du système de santé placés dans une situation identique ou similaire ont subi un dommage corporel ayant pour cause commune un manquement aux obligations légales ou contractuelles du même producteur ou du même fournisseur de l'un des produits mentionnés au II de l'article L. 5311-1 ou du même prestataire utilisant **ou non** l'un de ces produits, une association d'usagers du système de santé agréée en application de l'article L. 1114-1 peut introduire une action de groupe afin qu'il soit statué sur le principe de la responsabilité.

Motif : L'action de groupe devrait pouvoir être ouverte aux prestations de services sans que pour autant un produit particulier soit incriminé.

→ « *Art. L. 1143-13.* - Toute association d'usagers du système de santé représentative **au niveau national** et agréée en application de l'article L. 1114-1 peut demander au juge, à compter de sa saisine en application de l'article L. 1143-1 et à tout moment au cours de l'accomplissement des missions mentionnées à l'article L. 1143-9, sa substitution dans les droits de l'association requérante, en cas de défaillance de cette dernière.

Motif : l'action de groupe est accessible aux associations agréées sans qu'il soit précisé que cela soit national)

Article 45

« I. - Le chapitre I^{er} du titre I^{er} du livre I^{er} de la première partie du code de la santé publique est ainsi modifié :

1° Au dernier alinéa de l'article L. 1110-4, les mots : « ses ayants droit, » sont remplacés par les mots : « ses héritiers et ses ayants droit, son conjoint, son concubin ou son partenaire lié par un pacte civil de solidarité, **ou la personne de confiance par elle désignée** » » ;

Mention à ajouter également dans les autres itérations de cet article

Article 46

« *Art. L. 1461-1.* - I. - Il est créé un système national des données médico-administratives qui rassemble et met à disposition **au moins** : ...

« *Art. L.1435-6.* - Le directeur général décide également de la fréquence de mise à jour et de transmission des données issues des établissements **et services** de soins et médico-sociaux.

Article 49

La CNS souligne le fait que le secteur public est doté d'un instrument puissant de regroupement, et regrette que le droit des GCS soit renvoyé à une ordonnance ultérieure, ce qui est contraire à un principe de symétrie ou même d'équité. D'autant que l'exposé des motifs indique que ce serait l'occasion de fusionner GCS et GCSMS, ce qui n'apparaît pas souhaité par la communauté sociale et médico-social.

Article 50

~~6° b) Clarifier et adapter les dispositions du même code relatives aux conditions de création, de gestion, d'organisation et de fonctionnement des centres de santé ;~~

Motif : La CNS demande la suppression de cette disposition car elle souhaite que les dispositions législatives sur les centres de santé soient intégrées dans le cadre même de la Loi de santé et non renvoyées à des ordonnances ultérieures.

Annexe 1 - Rapporteur

Bernadette Devictor, présidente de la Conférence nationale de santé.

Annexe 2 - Modalités d'adoption de la contribution

La contribution a été adoptée à la majorité :

50 votes favorables

3 abstentions

14 votes « contre »

Annexe 3 - Explications de vote

En attente