

Projet de loi portant réforme de l'hôpital et relatif aux patients, à la santé et aux territoires

Observations et propositions d'amendements de l'Uniopss

Le présent document est le fruit d'une large concertation des adhérents de l'Uniopss. Il a été examiné et validé par son conseil d'administration. Ce dernier s'est en effet positionné à plusieurs reprises sur le contenu du projet de loi « hôpital, patients, santé et territoires » ; sur la base des orientations du projet puis du texte déposé fin octobre 2008 devant le Parlement.

L'UNIOPSS

Unir les associations pour développer les solidarités

L'Uniopss (Union nationale interfédérale des œuvres et organismes privés sanitaires et sociaux) est une association loi 1901 reconnue d'utilité publique. Depuis 1947, l'Uniopss est présente sur tout le territoire. Elle regroupe **25 000 établissements et services privés à but non lucratif du secteur social, médico-social et sanitaire**¹, au travers de :

- **23 Uriopss** (Unions régionales)
- **110 fédérations et unions nationales** de défense et de promotion des personnes, de gestion d'établissements et de services, de soutien aux activités sociales, sanitaires, médico-sociales et socio-judiciaires.

▶ Ses missions :

- Organiser une **concertation et une représentation transversales** aux secteurs traditionnels de l'action sanitaire et sociale (personnes âgées, personnes handicapées, enfance famille, pauvreté exclusion, santé...);
- Valoriser le **secteur à but non lucratif de solidarité**, en France et en Europe et contribuer à sa modernisation ;
- Veiller aux intérêts des **personnes fragiles** dans la construction des politiques sociales, et faire le lien entre l'Etat, les pouvoirs publics territoriaux et les associations du secteur.

▶ Les valeurs qui nous rassemblent :

- Primauté de la **personne**,
- **Non lucrativité et solidarité**,
- **Participation** de tous à la vie de la société,
- **Innovation** dans les réponses sociales, alimentée par l'**observation des besoins**.

▶ Les adhérents de l'Union

Les adhérents de l'Uniopss, des Uriopss et des adhérents nationaux sont des personnes morales à but non lucratif ainsi que les établissements et services qui leur sont attachés. Il peut s'agir de fédérations et de leurs représentants locaux, de personnes morales uniques d'implantation nationale, internationale, ou locale (régionale, départementale, municipale, etc.)

Ces structures ont en commun d'agir dans le secteur sanitaire, social et médico-social, auprès de personnes exclues, ou en situation de précarité, de personnes malades, handicapées, âgées, ou encore auprès de familles, d'enfants ou d'adolescents en difficulté.

¹ Recensement 2005.

L'Uniopss a pris connaissance du texte de l'avant projet de loi mi-septembre et du projet dans sa version actuelle après son passage en conseil des ministres le 22 octobre 2008. Son Président avait alors rencontré par deux fois la Ministre de la Santé autour des orientations de la réforme, témoignant du souci d'opérer une concertation de grande ampleur.

La visée du projet était alors beaucoup plus globale. Cette approche initiale a visiblement laissé la place à un texte centré essentiellement sur l'hospitalier et la régulation du système de santé avec de manière incidente, mais néanmoins importante, des dispositions sur la régulation du champ médico-social et social, contrairement à ce que peut d'ailleurs laisser entendre le titre du projet de loi².

Ainsi si le texte comporte des dispositions qui, à notre sens, pourraient améliorer la prise en charge et l'accompagnement de nos concitoyens, qu'ils soient malades, en situation de handicap, de précarité etc., le recul opéré sur l'aspect santé publique et prévention est des plus préoccupants. En outre, certaines mesures se doivent, selon nous, d'être amendées. Ce texte interroge en effet de manière fondamentale les équilibres de notre société : associations des élus, des associations, place du secteur médico-social... Il est donc indispensable de prendre en compte un certain nombre de considérations pour la réussite d'une réforme, qui au delà de la loi, comporte un projet de société.

² Dans ce titre, par ailleurs, le terme « patients » interroge : la notion employée dans les textes récents est celle d'« usagers » pour les usagers du système de santé comme dans le secteur médico-social intégré au champ de compétence de l'agence régionale de santé dont cette loi porterait création.

Titre Ier – Modernisation des établissements de santé

Chapitre Ier : Missions des établissements de santé

Article 1^{er} : Missions des établissements de santé et missions de service public

Présentation de l'article

Cet article redéfinit les missions des établissements de santé et les missions de service public qu'ils peuvent exercer. Les établissements, quel que soit leur statut (public, privé non lucratif mais également privé lucratif, ce qui est nouveau) pourront choisir d'assurer certaines de ces missions de service public, au nombre de 13, en s'astreignant à respecter les obligations liées à leur exercice³. Plus précisément, l'exposé des motifs précise qu'elles seraient attribuées sur la base de l'organisation territoriale définie dans le cadre du schéma régional de l'offre de soins. L'article prévoit qu'en cas de carence sur un territoire, l'agence régionale de santé pourrait désigner un établissement. Les missions de service public sont ainsi conçues comme divisibles, en fonction des besoins du territoire.

En conséquence, l'article supprime les régimes spécifiques que sont la « participation au service public hospitalier » (PSPH), la concession de SPH et l'association au SPH.

³ L'article L.6112-1 du code de la santé publique proposé par le présent projet de loi énumère 13 missions de service public que tout établissement de santé pourrait assurer, en tout ou partie :

- 1° La permanence des soins ;
- 2° L'enseignement universitaire et post-universitaire ;
- 3° La formation continue des praticiens hospitaliers et non-hospitaliers ;
- 4° La formation initiale et continue des sages-femmes et du personnel paramédical et la recherche dans leurs domaines de compétence ;
- 5° La recherche en santé ;
- 6° Les actions d'éducation et de prévention pour la santé et leur coordination ;
- 7° L'aide médicale urgente, conjointement avec les praticiens et les autres professionnels de santé, personnes et services concernés ;
- 8° La lutte contre l'exclusion sociale, en relation avec les autres professions et institutions compétentes en ce domaine, ainsi que les associations qui œuvrent dans le domaine de l'insertion ;
- 9° Les actions de santé publique ;
- 10° La prise en charge des personnes hospitalisées sans leur consentement ;
- 11° Les soins dispensés aux détenus en milieu pénitentiaire, dans des conditions définies par décret ;
- 12° Les soins dispensés aux personnes retenues en application de l'article L. 551-1 du code de l'entrée et du séjour des étrangers et du droit d'asile ;
- 13° Les soins dispensés aux personnes retenues dans les centres socio-médico-judiciaires de sûreté.

L'article L.6112-3 proposé par le présent projet de loi oblige les établissements chargés de missions de service public à respecter pour ces missions les obligations du service public :

- 1° L'égal accès à des soins de qualité ;
- 2° L'accueil et la prise en charge 24h sur 24 ou son orientation vers un autre établissement ou une autre institution, dans le cadre défini par l'ARS ;
- 3° La possibilité d'être pris en charge aux tarifs fixés par l'autorité administrative ou aux tarifs des honoraires prévus au 1° de l'article L. 162-14-1 du code de la sécurité sociale. (pas de dépassements d'honoraires).

Par ailleurs, l'article détaille les modalités d'exercice des soins : avec hébergement, sous forme ambulatoire ou à domicile.

Observations de l'Uniopss

Concernant les modalités d'exercice de l'hospitalisation. Dès lors que celle-ci se fait à domicile, il conviendrait de préciser le fait que le domicile est entendu comme le lieu de vie de la personne quel qu'il soit. Autrement dit, ce domicile peut très bien être un établissement ou service social et médico-social. En effet, l'intervention de l'hospitalisation à domicile devrait être possible dans l'ensemble des établissements médico-sociaux comme elle l'est actuellement pour les établissements pour personnes âgées.

Au sujet du service public hospitalier, le projet propose de rendre les missions de service public divisibles, en fonction des besoins du territoire. Il nous semble que la constitution d'une offre de service public hospitalier sur un territoire donné ne peut être laissée à la seule appréciation de l'agence régionale de santé mais qu'un cadre général de ce que devrait être le service public doit être inscrit plus clairement dans la loi et garantie par elle pour le bénéfice de chaque citoyen. Aussi proposons-nous, qu'au delà de la possibilité pour l'ARS de désigner les personnes qui seraient chargées d'assurer une mission de service public non assurée sur un territoire de santé, la loi pose le principe que sur chaque territoire de santé les missions de service public doivent être assurées et qu'elle définisse celles qui sont nécessaires à un niveau plus resserré que celui du territoire de santé et qui doivent par conséquent être exercées par les établissements de santé dans ce territoire intermédiaire. Ces missions, au nombre de quatre, sont consubstantielles à l'exercice d'un service public hospitalier de proximité. Ce sont : la permanence des soins, les actions d'éducation et de prévention pour la santé et leur coordination, la lutte contre l'exclusion sociale et les actions de santé publique.

Par ailleurs, concernant cette mission de lutte contre l'exclusion sociale, les termes « associations qui œuvrent dans le domaine de l'insertion » sont plus restrictifs que ceux actuellement inscrits dans le code de la santé publique que nous proposons de réintroduire : « *associations qui œuvrent dans le domaine de l'insertion et de la lutte contre l'exclusion* ».

Toujours au sujet du service public hospitalier, les établissements publics de santé sont tenus aux obligations attachées à l'exercice du service public que sont l'égal accès à des soins de qualité et l'accueil et la prise en charge vingt-quatre heures sur vingt-quatre ou son orientation vers un autre établissement ou une autre institution pour l'ensemble de leurs missions et non simplement pour celles de service public. Ils sont par ailleurs tenus aux tarifs opposables. Afin de garantir l'existence d'une offre plurielle de service public, suffisante, accessible pour tous et en permanence, nous vous proposons d'étendre cette mesure imposant les obligations attachées au service public pour l'ensemble des missions aux établissements de santé privés à but non lucratif qui se déclareraient d'« intérêt collectif ». Autrement dit, comme les établissements publics, ces établissements seraient tenus aux obligations de service public pour l'ensemble de leurs missions. En effet, par leur présence sur l'ensemble du territoire national pour l'ensemble des activités de soin, ces établissements sont en capacité de s'inscrire dans l'offre de service public hospitalier avec les obligations qu'elle comporte. Leur mode de gestion désintéressée les y invite particulièrement puisqu'il leur garantit la meilleure prise en charge au meilleur coût. Ils n'ont pas de pression sur les marges et peuvent réinvestir l'ensemble des

excédents dégagés par leur activité au profit de nouveaux équipements sanitaires et d'activités de soins destinés à répondre aux besoins de santé non couverts. Avec la qualité, la sécurité, la proximité et la continuité des prises en charge, l'égal accès aux soins qu'ils dispensent constitue une de leurs préoccupations majeures. Par la proximité qu'ils ont par ailleurs avec les établissements et services médico-sociaux, ils sont en mesure d'assurer la poursuite de la prise en charge et l'accompagnement sans rupture.

Il convient donc de définir une notion de service de santé privé d'intérêt collectif qui aux côtés des établissements publics et privés à but lucratif s'inscrirait dans l'exercice du service public par ajout d'un nouveau chapitre dans le code de la santé publique.

Proposition d'amendement

A l'article L.6111-1 du code de la santé publique, le deuxième alinéa est ainsi complété :

« Le domicile est entendu comme le lieu de vie de la personne, celui-ci pouvant être un établissement régi par le code de l'action sociale et des familles ».

Au IV de l'article 1er, l'article L.6112-2 est complété par un alinéa ainsi rédigé :

« Sur chaque territoire de santé, les missions de service public mentionnées aux 1°, 6°, 8° et 9° sont dispensées à un niveau de proximité ».

Au 8° de l'article L.6112-1 du code de la santé publique, après les termes « dans le domaine de l'insertion » sont ajoutés : « et de la lutte contre l'exclusion ».

Au V de l'article 1er, l'article L.6112-3-1 introduit dans le code de la santé publique serait ainsi rédigé :

« Les obligations à l'égard des patients prévues au 1° et au 2° de l'article L. 6112-3 sont applicables aux établissements publics de santé et aux établissements de santé privés d'intérêt collectif pour l'ensemble de leurs missions.

« Ils appliquent aux assurés sociaux les tarifs prévus aux articles L. 162-20 et L. 162-26 du code de la sécurité sociale, sans préjudice des dispositions des articles L.6146-2 et L.6154-1 du présent code, pour ce qui concerne les établissements publics de santé ».

Le XVI de l'article 1er est ainsi rédigé :

« XVI. - Les établissements de santé privés qui ont été admis à participer à l'exécution du service public hospitalier à la date de la présente loi continuent d'exercer, dans les mêmes conditions, les missions pour lesquelles ils y ont été admis ou celles prévues à leur contrat pluriannuel d'objectifs et de moyens jusqu'au terme de ce contrat ou, au plus tard, jusqu'à la date mentionnée au VII de l'article 33 de la loi n° 2003-1199 du 18 décembre 2003. Au terme de cette période, chacun de ces établissements intègre le service de santé privé d'intérêt collectif sauf opposition expresse de sa part notifiée par son représentant légal au directeur général de l'Agence régionale de santé, par lettre recommandée avec accusé de réception ».

Après l'article 1er du présent projet de loi, il est inséré un article additionnel, 1^{er} bis, ainsi rédigé :

I - Le Titre VI du Livre I^{er} de la sixième Partie du code de la santé publique est complété par un nouveau chapitre ainsi rédigé :

« Chapitre IV- « Les établissements de santé privés d'intérêt collectif »

« Art. L.6164-1 « Le service de santé privé d'intérêt collectif est constitué des établissements de santé privés gérés par des personnes morales de droit privé, qui poursuivent un but non lucratif et s'engagent à respecter les garanties prévues à l'article L.6164-2.

« Art. L. 6164-2 - « Les établissements de santé privés d'intérêt collectif sont gérés par des associations, des fondations, des mutuelles et autres groupements mutualistes, des congrégations ou des groupements de coopération sanitaire privés. Ils exercent les missions définies à l'article L. 6111-1 et participent aux missions de service public définies à l'article L. 6112-1. Ces établissements exercent leurs missions en assurant à chaque patient qu'il accueille ou qu'il est susceptible d'accueillir, les garanties suivantes :

1° L'égal accès à des soins de qualité ;

2° L'accueil et la prise en charge 24h sur 24 ou son orientation vers un autre établissement ou une autre institution, dans le cadre défini par l'agence régionale de santé. En outre, ils s'assurent qu'à l'issue de leur admission ou de leur hébergement, tous les patients soient en mesure de poursuivre leur traitement ;

3° La prise en charge aux tarifs prévus aux articles L. 162-20 et L. 162-26 du code de la sécurité sociale ;

4° Une prise en charge globale et coordonnée du patient, en lien avec les autres professionnels de santé et les autres établissements et services de santé ainsi que les établissements et services sociaux et médico-sociaux ;

5° La transparence de leur gestion par la certification et la publication de leurs comptes annuels
».

« Art. L. 6164- 3 - « Les établissements de santé privés gérés par des personnes morales de droit privé à but non lucratif déclarent à l'Agence régionale de santé leur qualité d'établissement de santé privé d'intérêt collectif. Cette déclaration comprend l'engagement pris par cet établissement de respecter les garanties prévues à l'article L.6164-2. Cette qualité d'établissement de santé privé d'intérêt collectif et l'engagement de respecter les garanties prévues à l'article L.6164-2 sont inscrits dans le contrat pluriannuel d'objectifs et de moyens mentionné à l'article L.6114-1 ».

A l'article 33 du projet de loi qui prévoit :

« Dans les conditions prévues par l'article 38 de la Constitution et dans un délai de 9 mois suivant la publication de la présente loi, le Gouvernement est autorisé à prendre par ordonnances les mesures relevant du domaine de la loi visant à : »

il est ajouté un alinéa ainsi rédigé :

« 4° Adapter les modalités de financement des activités des établissements de santé privés assurant le service de santé privé d'intérêt collectif, réformer et simplifier leur organisation et leur fonctionnement».

Article 1^{er} : Missions des établissements de santé et missions de service public (suite : centres de santé)

Présentation de l'article

Cet article traite de façon incidente des centres de santé en proposant que les établissements de santé puissent en créer et gérer directement, ce qu'ils ne peuvent faire actuellement. La création et la gestion de ces structures sont en effet aujourd'hui réservées aux collectivités et organismes privés à but non lucratif à l'exception des établissements de santé. Par ailleurs, l'article prévoit de remplacer la procédure d'agrément avec prescriptions techniques par une inscription dans le schéma régional de l'offre de soins et le respect de conditions techniques de fonctionnement qui seraient fixées par décret. Ils auraient obligation d'élaborer un projet de santé.

L'article condamne en outre l'instance nationale de concertation sur les centres de santé, non mise en place jusqu'à présent.

Observations de l'Uniopss

Ces dispositions figurent dans un titre et un article consacrés à la modernisation et aux missions des établissements de santé. Hormis la disposition qui concerne la création des centres de santé par les établissements de santé, elles auraient, selon nous, davantage leur place au sein du titre II intitulé « l'accès de tous à des soins de qualité ». En effet, les centres de santé font partie du dispositif des soins de ville au titre de l'offre de soins de premier recours et sont un élément déterminant de l'accessibilité des soins : ils pratiquent des tarifs opposables et sont pour une part situés sur des zones où il n'y a pas d'autre offre de soins équivalente (pas d'offre ou pas d'offre au tarif opposable). En d'autres termes, il s'agit d'inscrire dans le titre II les dispositions relatives aux centres de santé avec un article supplémentaire.

Concernant le contenu des dispositions introduites, si l'inscription dans le SROS devrait permettre de donner tout son sens à cette offre de soins au sein des territoires, les nouvelles modalités d'autorisation se doivent d'être précisées de façon concertée avec les représentants des gestionnaires. Il devrait en être de même de la gestion de la période transitoire. Nous vous proposons d'en inscrire le principe dans la loi.

Pour ce qui est de l'ouverture aux établissements de santé, elle permettrait, selon nous, de nouvelles perspectives en termes de réponse aux besoins de la population. Elle doit cependant être étudiée avec attention. L'obligation qui serait faite aux centres de santé d'élaborer un projet de santé devrait ainsi permettre de donner un sens à l'action du centre de santé, et dans ce cas précis, de distinguer le projet « centres de santé » de celui de l'établissement dont il ne saurait en être la simple « annexe ».

Enfin, en supprimant l'instance nationale de concertation des centres de santé, le projet de loi prive les centres de la seule instance spécifique de concertation les concernant, alors qu'ils ne sont à ce jour pas expressément associés ni au comité national de l'organisation sanitaire et sociale (Cnoss) ni à la conférence nationale de santé. Il en est de même au niveau local. La représentation expresse des gestionnaires de centres de santé dans les conférences régionales

de santé se doit donc d'être prévue avec un collège ad hoc (cf. article 26) et un lieu de concertation au niveau national doit être conservé.

En conséquence, à défaut de la création d'une autre instance *ad hoc*, nous proposons de maintenir l'article qui porte création de l'instance nationale de concertation en supprimant de l'article 1^{er} du projet de loi la disposition qui vise à le supprimer. Par ailleurs, nous proposons de reporter dans le titre II de façon modifiée les dispositions propres au fonctionnement des centres de santé qui y trouveront davantage leur place. Ne seront conservés dans cet article que la disposition qui rend possible la création et la gestion de centres de santé par les établissements de santé.

Proposition d'amendement

A l'article 1^{er} du projet de loi les XII. et XIII. sont supprimés.

Après l'article 14 du projet de loi, il est inséré un article 14bis ainsi rédigé :

« I. - L'article L. 6323-1 du même code est ainsi modifié :

1° Après le premier alinéa, il est inséré un alinéa ainsi rédigé :

« Les centres de santé élaborent un projet de santé. Le projet de santé du centre de santé géré par un établissement de santé est distinct du projet d'établissement. » ;

2° Au deuxième alinéa, les mots : « à l'exception des établissements de santé mentionnés au présent livre » sont remplacés par les mots : « soit par des établissements de santé » ;

3° Le troisième alinéa est remplacé par un alinéa ainsi rédigé :

« Ils sont soumis pour leur activité à des conditions techniques de fonctionnement définies par décret, après consultation des représentants des gestionnaires de centres de santé. Ce texte détermine également les modalités de la période transitoire. »

Nouvel article après l'article 1^{er} : définition de l'hospitalisation à domicile comme une activité de soins

Observations de l'Uniopss

Si le projet de loi, tel qu'il est actuellement rédigé, permettrait à l'HAD de ne plus être considérée comme une alternative à l'hospitalisation mais comme une réelle modalité de soins, il n'en ferait pas pour autant une activité de soins à part entière. Or, à notre sens, la nécessité d'assurer la complète couverture du territoire en une offre de soins qui permet de prendre en charge à domicile des malades nécessitant une charge en soins très importante commande que cette loi définisse l'HAD comme telle. En effet, actuellement, les établissements demandent une double autorisation : en médecine, en obstétrique, en SSR et en parallèle pour que ces activités soient exercées sous forme d'HAD. Or ceci fait courir un risque réel de spécialisation des HAD par un promoteur qui ne se positionnerait que sur une activité de soins.

Comme le rappelle la Fnehad, « ne plus rattacher juridiquement l'HAD à une activité de soins identifiée (Médecine, Chirurgie, Obstétrique, Psychiatrie, SSR...) dans le code de la santé publique permettrait de donner toute sa signification à son caractère généraliste et polyvalent, propriétés inhérentes à tout établissement d'HAD depuis la publication de la circulaire du 1^{er} décembre 2006⁴ ».

Proposition d'amendement

L'article L.6122-1 du code de la santé publique est ainsi modifié :

Au premier alinéa, les termes « *alternatives à l'hospitalisation* », sont remplacés par les termes : « *hospitalisation à domicile* ».

⁴ Circulaire DHIOS-O3 n°2006-506 du 1^{er} décembre 2006 relative à l'hospitalisation à domicile.

Chapitre III – Favoriser les coopérations entre établissements de santé

Article 13 : Simplification du droit des groupements de coopération sanitaire

Présentation de l'article

Alors que l'article 12 du projet de loi traite des Communautés hospitalières de territoires qui devraient permettre aux établissements de santé publics de se regrouper sur un territoire, l'article 13 propose de réformer la formule du groupement de coopération sanitaire (GCS). Qualifié par l'exposé des motifs de « mode de coopération privilégié entre établissements de santé publics et privés », cette refonte vise à distinguer deux types de GCS : le GCS de mise en commun de moyens, qui permet d'organiser, de réaliser ou de gérer des moyens au nom et pour le compte de ses membres, d'un côté, et, de l'autre, le GCS autorisé à exercer en son nom une ou plusieurs activités de soins, qualifié dans ce cas d'établissement de santé.

Cet article traite également des conditions dans lesquelles la future agence régionale de santé (ARS) coordonnerait l'évolution du système hospitalier et à ce titre pourrait contraindre les établissements publics à conclure des conventions de coopération, des communautés hospitalières de territoires. En outre, lorsqu'un établissement de santé est concerné par une opération de restructuration, l'agence peut demander la suppression d'emplois et la révision du CPOM.

Observations de l'Uniopss

Le GCS est vu comme l'outil qui devrait permettre d'instaurer des coopérations voire des regroupements pour l'exercice de certaines activités de soins, pour les établissements privés de santé et également entre établissements privés et établissements publics de santé. Aux établissements de santé publics, l'outil « communauté hospitalière de territoire »⁵ ; aux établissements privés, celui du GCS. C'est également la formule du partenariat public-privé.

A notre sens, cet outil de coopération devrait donc pouvoir permettre aux établissements de santé privés d'exercer en commun des activités de soins sans pour autant perdre leur identité. Or, les présentes dispositions du projet de loi imposent aux établissements qui souhaitent exercer en commun une activité de soins ou exploiter en commun des équipements matériels lourds, la constitution d'une nouvelle entité avec une gouvernance propre. Le fait que l'établissement membre perde toute autonomie, une nouvelle entité « établissement de santé » se substituant à lui, risque d'être dissuasif et un frein à l'exercice en commun d'activité. Sans parler de la complexité que cette « strate » supplémentaire générerait en termes d'acteurs de soins. Il est donc proposé d'écarter la qualification d'établissement de santé et les conséquences qui en découlent.

Par ailleurs, ce souci de coopération et de regroupement pour assurer un maillage pertinent du territoire en termes de graduation des soins est bienvenu mais ne doit en aucun cas être le fruit de préoccupations purement comptables et budgétaires dans un objectif de limiter l'engagement de la dépense publique. L'adhésion des acteurs au projet et la réalité de celui-ci

⁵ Le terme « hospitalière » est selon nous de trop puisque ces communautés peuvent regrouper des établissements et services médico-sociaux.

est une condition sine qua non de la réussite d'une telle opération dont les futures agences régionales de santé devront avoir le souci. Ces dernières devraient également avoir pour missions de veiller à l'accessibilité d'une offre hospitalière aux tarifs opposables.

Proposition d'amendement

Au I de l'article 13 du projet de loi :

A l'article L. 6133-1 du code de la santé publique, les termes, « *Lorsqu'il est autorisé à exercer une ou plusieurs activités de soins, le groupement de coopération sanitaire est qualifié d'établissement de santé* » sont supprimés.

Au premier alinéa de l'article L. 6133-3, les termes « *en fonction des apports de ses membres* » sont ajoutés après : « *sa nature juridique est fixée par les membres dans la convention constitutive* ». Le deuxième alinéa est supprimé.

L'article L. 6133-4 est supprimé.

Au V de l'article 13 du projet de loi, il est ajouté au 1° de l'article L.6131-1 : « *et d'assurer à l'accessibilité d'une offre hospitalière aux tarifs opposables* ».

Titre II – Accès de tous à des soins de qualité

Article 14 : Principes d'organisation de l'offre de soins en niveaux de recours et définition de la médecine générale de premier recours

Présentation de l'article

Cet article s'inscrit dans le titre 2 du projet de loi qui a pour objet « d'améliorer l'accès de tous nos concitoyens à une offre de soins de qualité et organisée sur l'ensemble du territoire tout en respectant le principe de la liberté d'installation des professionnels de santé ». Il définit l'offre de soins de proximité : de « premier recours » avec le rôle du médecin généraliste de premier recours, par opposition à l'offre de soins de second recours plus spécialisée et au maillage plus lâche en termes d'implantations.

Cet article doit être rapproché de l'article 26 du présent projet de loi. L'article 26 prévoit en effet d'instituer un schéma régional d'organisation des soins dont le volet ambulatoire (il y aurait un volet hospitalier) indiquerait les besoins en implantation pour l'exercice des soins pour les deux niveaux de recours : de premier et de second recours. A ce titre, il définirait les zones de mise en œuvre des mesures prévues pour l'installation des professionnels de santé libéraux, des centres de santé, des maisons de santé, des laboratoires de biologie médicale et des réseaux de santé.

Observations de l'Uniopss

Cet article pose de manière claire le principe de l'accessibilité de l'offre de soins et de la continuité des prises en charge en mettant sur le même plan les exigences de proximité, de qualité et de sécurité. Il emporte à ce titre notre complète adhésion. Il a également l'intérêt de placer la médecine générale de premier recours comme porte d'entrée du système de santé.

Un point nous semble cependant mériter d'être complété par une adjonction à l'article 26 du présent projet de loi en ce qu'il instaure un article L.1434-6 au code de la santé publique (cf. infra).

Nouvel article après l'article 14 : Inscription des centres de santé dans l'offre de soins de premier recours

Observations de l'Uniopss

Les centres de santé font partie du dispositif des soins de ville au titre de l'offre de soins de premier recours et sont un élément déterminant de l'accessibilité des soins : ils pratiquent des tarifs opposables et sont pour une part situés sur des zones où il n'y a pas d'autre offre de soins équivalente (pas d'offre ou pas d'offre au tarif opposable). Les dispositions prévues au titre I sont donc réintroduites ici avec les modifications nécessaires (cf. observations sur l'article 1^{er}).

Proposition d'amendement

Après l'article 14 du projet de loi, il est inséré un article 14bis ainsi rédigé :

« I. - L'article L. 6323-1 du même code est ainsi modifié :

1° Après le premier alinéa, il est inséré un alinéa ainsi rédigé :

« Les centres de santé élaborent un projet de santé. Le projet de santé du centre de santé géré par un établissement de santé est distinct du projet d'établissement. » ;

2° Au deuxième alinéa, les mots : « à l'exception des établissements de santé mentionnés au présent livre » sont remplacés par les mots : « soit par des établissements de santé » ;

3° Le troisième alinéa est remplacé par un alinéa ainsi rédigé :

« Ils sont soumis pour leur activité à des conditions techniques de fonctionnement définies par décret, après consultation des représentants des gestionnaires de centres de santé. Ce texte détermine également les modalités de la période transitoire. »

Article 17 : Principe général de coopération entre professionnels de santé

Présentation de l'article

L'article pose le principe de la coopération entre professionnels de santé, nécessaire pour mieux répondre aux besoins de santé de la population, compte tenu des enjeux liés à la démographie et à la transition épidémiologique. Concrètement, cet article vise à étendre le principe des coopérations entre professionnels de santé en les sortant du cadre expérimental qui a cours, c'est-à-dire à autoriser plus largement les transferts d'activité ou d'actes des soins.

Observations de l'Uniopss

Cet article est placé dans le titre II et vise donc à assurer un meilleur accès de tous à des soins de qualité. Dans cette optique, l'Uniopss insiste sur la nécessité qu'il y a à privilégier les collaborations qu'elles soient entre des professionnels de santé mais également entre professionnels de santé et établissements et services médico-sociaux et sociaux, parfois, lieu de vie de la personne. Ainsi, l'intervention de l'HAD doit être rendue possible pour l'ensemble des établissements et services médico-sociaux (cf. supra) mais ce doit également être le cas des équipes mobiles de soins palliatifs, de lutte contre la douleur, de psychiatrie etc. L'intervention des professionnels de santé libéraux (exemples : médecins généralistes en EHPA, infirmiers en

SSIAD...) doit aussi être favorisée de manière à optimiser l'utilisation de la ressource sur le territoire.

Si les acteurs de terrain seront toujours au final les seuls maîtres de l'effectivité des coopérations sur les territoires, une impulsion et un cadre propice devraient, à notre sens, être donnés par la présente loi. En conséquence, il serait souhaitable de sécuriser juridiquement les conditions de l'intervention des professionnels de santé libéraux en établissements et services sociaux et médico-sociaux. Ces conditions doivent rester attractives pour favoriser ces coopérations ; autrement dit, pour un même type d'activité, l'intervention dans le cadre d'un établissement ou d'un service médico-social ne doit pas être ni plus ni moins avantageuse pour le professionnel de santé libéral. Concrètement, il s'agit donc de faire application d'une part des tarifs prévus par les conventions nationales pour la rémunération par la structure des actes et consultations effectués par le professionnel de santé libéral et du principe de la participation de l'assurance maladie au financement des cotisations sociales payés par les professionnels de santé libéraux. Cette participation serait versée directement par l'assurance maladie aux organismes de recouvrement comme pour le reste de l'activité du professionnel de santé.

Proposition d'amendement

Au I de l'article L.162-14-1 du code de la sécurité sociale, il est ajouté un alinéa ainsi rédigé :

« Les tarifs des honoraires, rémunérations et frais accessoires ainsi que les dispositions relatives à la participation des caisses au financement des cotisations sociales prévues par ces conventions et accords interprofessionnels s'appliquent pour les professionnels de santé conventionnés lorsqu'ils interviennent dans le cadre d'établissement et services sociaux et médico-sociaux, sans être salariés de l'établissement ou du service. L'assurance maladie verse directement sa participation aux organismes de recouvrement des cotisations sociales. »

Article 18 : Limitation des refus de soins par les médecins et dentistes

Présentation de l'article

L'article pose le principe de l'interdiction des refus de soins discriminatoires et fixe, à ce titre, une liste de critères susceptibles de caractériser une discrimination. Il aménage la charge de la preuve en instaurant une présomption de preuve en faveur des personnes qui s'estiment victimes d'un refus de soins. Les tests aléatoires (testing) pourront être utilisés comme moyens de preuve supplémentaires.

Les refus de soins discriminatoires avérés feront l'objet d'une sanction de nature administrative : les professionnels de santé seront directement sanctionnés par des pénalités financières prononcées par les directeurs de caisses d'assurance maladie. Il en serait de même des dépassements d'honoraires excédant le tact et mesure ou non prévus par les conventions ainsi que de l'absence de production du devis, obligatoire pour tout acte ou consultation dont le tarif est supérieur à 70 euros, dépassement compris.

Observations de l'Uniopss

L'aménagement de la charge de la preuve proposé est une réelle avancée. Ainsi, à partir du moment où la personne produit les faits de nature à présumer l'existence d'un refus de soins à sa rencontre, le refus est présumé avec son caractère discriminatoire et il incombe au professionnel de santé de prouver qu'il n'y a pas eu de refus de soins ou que s'il y a eu refus c'est pour des éléments objectifs étrangers à toute discrimination. **Deux modifications du texte permettraient cependant d'améliorer le dispositif proposé.**

- **La liste de critères susceptibles de caractériser une discrimination** nous semble en effet incomplète et permet implicitement à un médecin de discriminer un patient en raison notamment de son orientation sexuelle, de son âge, de son apparence physique. Cette liste des critères devrait donc reprendre l'intégralité des critères visés par l'article 225-1 du code pénal qui prévoit que constitue une discrimination le refus de fourniture d'un service, dont le refus de soins par un professionnel de santé, fondé sur l'un des motifs prohibés : notamment le sexe, l'état de grossesse, l'apparence physique, le patronyme, les caractéristiques génétiques, l'orientation sexuelle, l'âge, les opinions politiques, l'activité syndicale. A défaut de ce renvoi, un professionnel de santé serait susceptible d'être poursuivi sur le plan pénal pour un refus de soins fondé sur un motif prohibé mais ne pourrait pas l'être par la caisse d'assurance maladie pour ce même motif. Par ailleurs, dans la version du projet de loi avant avis du Conseil d'Etat, nous nous réjouissons de l'ajout du critère "situation financière ou sociale" à la liste des critères susceptibles de caractériser une discrimination. Nous regrettons le choix opéré de ne retenir que les « bénéficiaires de la CMUC, de l'AME et de l'aide à la complémentaire santé » qui restreint la portée de la mesure.
- L'autre point de cet article qui devrait être complété concerne le quatrième alinéa. Il fournit une définition de ce pourrait être un refus de soins légitime, non discriminatoire de la part d'un professionnel de santé : « un refus de soins fondé sur une exigence personnelle ou professionnelle essentielle et déterminante de la qualité, de la sécurité ou de l'efficacité des soins. » Cette **exception au principe général** de non discrimination posé par le premier alinéa est, selon nous, **trop largement définie** et pourrait conduire à remettre en cause la portée générale de ce principe. Pour exemple, la rédaction proposée légitimerait des refus de soins fondés sur le non suivi du traitement médical prescrit ... Cette rédaction semble même opérer un recul par rapport au texte (déjà objet de lectures variables) du code de déontologie médicale (de nature réglementaire), selon lequel les médecins doivent assurer la continuité des soins et ne peuvent refuser de donner des soins que « pour des raisons professionnelles ou personnelles » et que si les conditions suivantes sont remplies : le médecin ne manque pas à ses « devoirs d'humanité », il n'y a pas urgence et le médecin assure le suivi du patient auprès d'un autre praticien. En conséquence, les associations de solidarité considèrent qu'à minima les notions d'urgence et de continuité des soins devraient être rappelées comme interdisant tout refus de soins au niveau législatif.

Les refus de soins sont par essence un phénomène difficile à objectiver et à éradiquer pour diverses raisons (les professionnels qui refusent sont connus, autocensure des victimes, dont la priorité est l'accès aux soins...) et qui nécessite de favoriser les voies de recours possibles.

Dans cette optique, il est également proposé que la formulation de la nouvelle disposition ouvre droit à **d'autres acteurs que les caisses de procéder à des « testing »** et que leur méthodologie, lorsqu'elles sont menées par les caisses, associe la HALDE et les associations d'usagers de la santé et de défense des droits des personnes, quelle que soit d'ailleurs leur situation : en situation de précarité, de maladie invalidante, de handicap, de dépendance... Un décret pourrait par ailleurs prévoir de croiser les éléments recueillis avec les données de l'Assurance maladie par rapport au suivi des praticiens recevant le moins de patients relevant de la CMU-C et de l'AME.

L'article prévoit non seulement de **sanctionner les refus de soins mais également les dépassements d'honoraires excédant le tact et mesure ou non prévus par les conventions**. Ce deuxième motif de sanction est bienvenu alors que la conférence nationale de santé⁶ et un rapport de l'Inspection Générale des Affaires Sociales d'avril 2007 avaient également tiré la sonnette d'alarme. Ce rapport mettait en évidence des pratiques inacceptables, dérivées de comportements contraires à la déontologie médicale⁷. Cette mesure est d'autant plus nécessaire que face à ces trop nombreuses transgressions, les inspecteurs constatent que « les juridictions ordinaires sont rarement saisies et quand elles le sont, la sévérité de la sanction est souvent atténuée par le Conseil national de l'ordre » et que les contrôles de la CNAMTS restent à ce jour très limités. **Cependant, reste à savoir qu'elle sera l'effectivité du dispositif et la réalité des sanctions. Deux propositions sont faites à cette fin** par les associations dont l'Uniopss :

- la **présence de représentants des usagers dans les commissions des pénalités** des caisses primaires d'assurance maladie qui devrait également permettre de parachever le rôle des représentants d'usagers au sein des organismes locaux d'assurance maladie
- et la création d'**un recours en suppléance directe**, à savoir que les associations agréées pourraient agir au nom et pour le compte des usagers lésés par un professionnel de santé.

La seule façon de sortir de l'aléa que constitue la notion de « tact et mesure » au niveau de l'interprétation qui peut en être faite, est, selon nous, de **fixer un plafond au dessus duquel les dépassements d'honoraires sont jugés excessifs**.

L'exposé des motifs précise que les comités régionaux de l'observatoire national de la démographie des professions de santé placés auprès de chaque ARS se verront attribuer une mission de suivi de l'accès aux soins. Eu égard à la compétence des conférences régionales de santé en matière de droits de usagers, l'articulation entre ces deux instances devra être assurée.

Proposition d'amendement

Au I de l'article 18 :

A la fin du deuxième alinéa du nouvel article L. 1110-3 du code de la santé publique, les termes suivants « *ou de tout autre motif prévu au premier alinéa de l'article 225-1 du code pénal* » sont ajoutés.

Au début du quatrième alinéa du nouvel article L. 1110-3 du code de la santé publique, sont ajoutés les termes suivants : « *Hors le cas d'urgence,* » et à la fin de cet alinéa, les termes suivants : « *Quelles que soient les circonstances, la continuité des soins aux malades doit être*

⁶ *Vœu relatif aux dépassements d'honoraires*, Conférence nationale de santé, 15 mai 2008.

⁷ *Les dépassements d'honoraires médicaux*, IGAS, avril 2007.

assurée. S'il se dégage de sa mission, il doit alors en avertir le patient et transmettre au médecin désigné par celui-ci les informations utiles à la poursuite des soins ».

Au II de l'article 18 :

Au 1°, il est ajouté un alinéa ainsi rédigé :

« Après les termes « organisations nationales représentatives des établissements » sont ajoutés les termes « ainsi qu'un représentant des usagers, membres des associations mentionnées à l'article L. 1114-1 du code de la santé publique ».

Au 2°, les termes « le tact et la mesure » sont remplacés par « un plafond dont le montant est défini par décret ».

Il est ajouté un 3° ainsi rédigé :

« 3° Il est inséré après l'article L. 162-1-14 du code de la sécurité sociale un article rédigé comme suit : « Les associations d'usagers, comprises au sens de l'article L. 1114-1 du code de la santé publique sont recevables à déposer un recours au nom et pour le compte des usagers qu'elles représentent devant la caisse primaire d'assurance maladie ou toute autre instance compétente dès lors que ces derniers s'estiment victimes d'une violation des règles du présent code au sens de l'article L.162-1-14 et L.162-1-14-1. ».

Nouvel article après l'article 21 : Accès aux soins et à la prévention des personnes en situation de handicap

Observations de l'Uniopss

Malgré l'affirmation des principes d'égal accès à la santé et de non discrimination des personnes en situation de handicap dans les engagements internationaux⁸ et par la loi pour l'égalité des droits et des chances, la participation et la citoyenneté des personnes handicapées⁹, les associations constatent que de nombreux obstacles empêchent encore aujourd'hui la réalisation de cet objectif. L'audition publique relative à l'accès aux soins organisée par la Haute Autorité de santé et les associations représentant les personnes handicapées réunies au sein du comité d'entente les 22 et 23 octobre 2008 a ainsi relevé, entre autres, la difficulté d'accès aux simples soins de base relevant de la gynécologie, de l'ophtalmologie, de l'orthodontie ; l'inaccessibilité physique des structures aux personnes et l'absence de sensibilisation et de formation des professionnels de santé aux besoins spécifiques des personnes en situation de handicap (par exemple dans l'accueil aux urgences).

Pour permettre la prise en compte des besoins des personnes en situation de handicap dans l'ensemble des politiques de santé (schéma régional de prévention, schéma régional de l'organisation sanitaire, schéma régional de l'organisation médico-sociale...), l'une des premières mesures à adopter serait de mentionner ces besoins dans les objectifs des documents d'orientation de l'agence régionale de santé. Pour ce faire, les associations de

⁸ Article 25 de la convention des Nations unies relative aux droits des personnes handicapées en cours de ratification par la France.

⁹ Article L. 1411-2 du code de la santé publique prévoyant le plein bénéfice des plans d'action de la politique de santé publique aux personnes handicapées, article L. 1411-6 du code de la santé publique prévoyant des consultations médicales de prévention supplémentaires spécifiques, article L. 1111-6-1 prévoyant une éducation et un apprentissage adaptés permettant aux personnes durablement empêchées de pouvoir acquérir les connaissances et la capacité nécessaires à la pratique de chacun des gestes pour favoriser l'autonomie.

personnes en situation de handicap seraient consultées ainsi que les associations familiales, d'usagers de la santé et de consommateurs.

Proposition d'amendement

Après l'article 21, il est inséré un article 21 bis ainsi rédigé :

« A la fin de l'article L. 1110-1-1 du code de la santé publique est ajouté un alinéa rédigé comme suit :

« Les schémas prévus aux articles L. 1434-5, L. 1434-6 et L. 1434-10 prennent en compte les besoins particuliers des personnes en situation de handicap après consultation des associations de personnes en situation de handicap, de familles, d'usagers de la santé et de consommateurs agréées au sens des dispositions de l'article L 1411-1 du code de la santé publique».

Nouvel article après l'article 21 : Accès à une couverture maladie

Observations de l'Uniopss

Il est regrettable que ce titre ne comporte aucune disposition sur l'accès à la couverture maladie complémentaire, alors que cette dernière est de plus en plus déterminante pour l'accès effectif aux soins. Encore récemment, dans une enquête menée par l'Ipsos pour le Secours populaire, il apparaît que deux Français sur cinq ont déjà retardé ou renoncé à des soins à cause de leurs coûts et souvent faute de couverture complémentaire¹⁰.

La première mesure à prendre viserait à **relever le plafond de ressources pour pouvoir bénéficier gratuitement de la couverture maladie universelle (CMU) de base et complémentaire pour le placer au niveau du seuil de pauvreté**. Actuellement, le plafond pour bénéficier de la CMU de base a été fixé à 731 € pour une personne seule (au 1er octobre 2008). Celui pour bénéficier de la CMU complémentaire à 621 € pour une personne seule (au 1er juillet 2008). Bien que fortement réévalué pour ce qui concerne la CMU de base, ces plafonds n'en demeurent pas moins bien en deçà du seuil de pauvreté, fixé à 880 € par mois pour une personne seule en 2006. Dans un souci de cohésion sociale et de santé publique, ces plafonds devraient être relevés de manière à ce que toute personne vivant en dessous du seuil de pauvreté puisse bénéficier gratuitement de la CMU de base et de sa complémentaire et d'inclure les actuels bénéficiaires de l'allocation adultes handicapés (AAH) et de l'allocation de solidarité aux personnes âgées (ASPA).

L'aide à l'acquisition d'une complémentaire de santé devrait, elle, être réservée aux personnes dont les revenus leur permettent de se situer au dessus de ce seuil. Actuellement, bénéficient du dispositif les personnes dont les ressources sont évaluées entre 621 € et 745 €. Au regard de la faible réussite de ce dispositif – fin 2007, moins de 400 000 personnes avaient acquis une complémentaire avec l'ACS sur 2,2 millions de personnes visées par le dispositif – cette mesure permettra de diminuer mécaniquement la part de revenu que les ménages consacrent à l'acquisition d'une complémentaire santé et ainsi améliorer le taux d'adhésion au

¹⁰ *Les Français et la pauvreté*, IPSOS / Secours populaire, septembre 2008.

dispositif. Car, en dépit de la revalorisation conséquente du montant des aides en 2006, il semble bien que ce soit l'important reste à charge qui demeure le principal obstacle à la réussite du dispositif. En moyenne, après déduction de l'aide, 50% du prix du contrat reste à la charge de la personne, soit 366 € par an, ce qui représente environ 30 € par mois pour des personnes dont les ressources mensuelles sont aux environs de 700 euros. Par ailleurs, d'après l'étude 2008 sur les niveaux de garantie offerts par les contrats souscrits grâce à une aide à la complémentaire santé, il apparaît que les personnes souscrivent des contrats de niveau inférieur à celui des autres contrats individuels. Les associations ont eu l'occasion de pointer à plusieurs reprises ce risque inhérent au dispositif tel qu'envisager que les contrats souscrits offrent une moindre couverture.

Ainsi, à l'heure de la généralisation du revenu de solidarité active, pour lutter efficacement contre les « trappes de pauvreté » et favoriser le retour à l'emploi, le dispositif ne peut être pleinement efficace que s'il est accompagné, d'une part, d'une revalorisation des plafonds de ressources pour l'octroi de la CMU de base et complémentaire et, d'autre part, d'une réforme de l'aide à la complémentaire santé. Celle-ci serait attribuée de manière dégressive jusqu'à un niveau de revenu correspondant au point de sortie du RSA, soit 1 180 euros d'activité mensuel pour une personne seule.

Dans le cadre du parcours de soins, une autre disposition doit être amendée de manière à assurer l'accès aux soins. En effet, à l'heure actuelle, pour les consultations réalisées en établissements et services médico-sociaux ou en médecine humanitaire par certaines associations telles Médecins du Monde, qui prescrivent des examens complémentaires auprès d'autres professionnels, si le patient n'a pas été orienté vers ces consultations par son médecin traitant, il est considéré comme hors parcours de soins. Pour les consultations gratuites cela n'a pas de répercussion mais pour celles qui ne le sont pas et pour tous les examens complémentaires éventuellement prescrits cela a son importance : le patient est sanctionné par une majoration de sa participation financière. Or, pour ces consultations, imposer l'étape supplémentaire du médecin traitant n'a soit pas de sens, soit est contreproductive : elle se soldera par un abandon de leur démarche de soins et d'accompagnement. Ces consultations particulières ont justement été créées pour pallier l'inadéquation des autres types de consultation. Pour des consultations en addictologie par exemple, les patients ne souhaitent pas forcément associer leur médecin traitant, bien souvent médecin de famille. Il est déjà difficile de les convaincre de consulter, de se soumettre à des examens complémentaires. La force de ces structures est d'arriver à approcher des personnes qu'il faut accompagner dans l'instant. En conséquence, par analogie aux consultations hospitalières qui ont été écartées du parcours de soins, nous proposons d'en écarter également les actes et consultations de patients orientés par les structures d'addictologie, le planning familial, les consultations de médecine humanitaire.

Proposition d'amendement

Après l'article 21 du projet de loi, il est inséré un article 21 ter ainsi rédigé :

*« I. - « Le premier alinéa de l'article L. 861-1 du code de la sécurité sociale est ainsi rédigé :
Les personnes résidant en France dans les conditions prévues par l'article L. 380-1, dont les ressources sont inférieures au seuil de pauvreté fixé par l'INSEE, ont droit à une couverture complémentaire dans les conditions définies à l'article L. 861-3. »*

II. - L'article L. 863-1 du code de la sécurité sociale est remplacé par les dispositions suivantes :
« Ouvrent droit à un crédit d'impôt au titre de la contribution due en application de l'article L. 862-4 les contrats d'assurance complémentaire de santé individuels souscrits auprès d'une mutuelle, d'une entreprise régie par le code des assurances ou d'une institution de prévoyance par les personnes résidant en France dans les conditions fixées à l'article L. 861-1 dont les ressources, appréciées dans les conditions prévues à l'article L. 861-2, sont comprises entre le plafond prévu à l'article L. 861-1 et le plafond du revenu d'activité pour l'attribution du revenu de solidarité défini à l'article L. 262-1 du code de l'action sociale et des familles. Le montant du plafond applicable au foyer considéré est arrondi à l'euro le plus proche. La fraction d'euro égale à 0,50 est comptée pour 1. Le montant du crédit d'impôt varie selon le nombre et l'âge des personnes composant le foyer, au sens de l'article L. 861-1, couvertes par le ou les contrats et des ressources ainsi que les ressources de la personne appréciées selon les dispositions de l'article L.861-2. Ces conditions sont définies par décret. L'âge est apprécié au 1er janvier de l'année.

Les contrats d'assurance complémentaire souscrits par une même personne n'ouvrent droit qu'à un seul crédit d'impôt par an. »

III. – Au 5^{ème} alinéa de l'article L. 162-5-3, la phrase suivante : « Un décret fixe les cas dans lesquels cette majoration n'est pas appliquée, notamment lorsqu'est mis en œuvre un protocole de soins » est ainsi complétée : « ou lors d'une consultation dans une structure médico-sociale, de médecine humanitaire ou un centre de planification ou d'éducation familiale. »

Titre III – Prévention et santé publique

Présentation du titre III

Ce titre a vocation à participer au rééquilibrage auquel auraient à procéder les futures agences régionales de santé entre prévention et soins, l'approche curative étant actuellement privilégiée par notre système de santé.

Quatre articles constituent ce titre III avec deux axes : d'une part, la reconnaissance de l'éducation thérapeutique en une politique et une priorité nationales (article 22) et d'autre part, la limitation de l'accès des jeunes à l'alcool (articles 23 et 24) et au tabac (article 25).

Observations de l'Uniopss

Ce volet est manifestement plus concis qu'il ne devait l'être à l'origine, du moins dans l'esprit des rédacteurs du projet de loi. Si l'objectif est finalement d'attendre le bilan complet de l'évaluation de la loi du 9 août 2004 relative à la politique de santé publique¹¹ pour préparer et adopter une loi générale sur la politique de santé publique, en incluant cette fois les dimensions prévention et éducation à la santé, certaines dispositions devraient selon nous d'ores et déjà figurer dans ce projet de loi. En l'absence de garanties et de certitude sur la possibilité de déboucher sur une loi de santé publique en 2009, il s'agit en effet de poser certains principes et les jalons de la transition, transition suscitée notamment par la création d'agences régionales de santé (ARS).

Sans cela, les mesures prévues par le projet de loi risquent d'apparaître comme des « mesurette » qui ne permettront pas à la prévention d'être réellement portée, et ce même si elles sont nécessaires au regard de la priorité de santé publique que constitue la prévention des addictions chez les jeunes.

Nous proposons donc, dans le cadre du titre IV (cf. infra), que les ARS soient compétentes pour élaborer une politique de santé publique en matière de santé scolaire et de santé au travail en articulation avec les autorités concernées, qu'il y ait, comme le demande la conférence nationale de santé publique, un pôle de santé publique fort et identifié au sein de ces agences ainsi qu'une certaine identification et sanctuarisation des crédits sur ces politiques. Nous demandons également que le devenir des plans de santé publique et l'articulation avec le schéma régional de la prévention soit traité de façon plus explicite et approfondie de manière à assurer une cohérence et une continuité dans la politique de santé publique. En cohérence avec la visée essentiellement organisationnelle du projet de loi, il s'agirait donc de mettre en place les éléments nécessaires à la poursuite de l'action et à son amélioration en attendant qu'une nouvelle impulsion soit donnée par une nouvelle loi de santé publique.

¹¹ La loi de santé publique est adoptée pour 5 ans et doit faire l'objet d'une évaluation réalisée par le Haut conseil de la santé publique.

Il nous semble également que certaines des propositions du rapport sur les inégalités de santé du député André Flajolet¹² mériteraient d'être mises en œuvre au plus tôt. Ainsi en est-il de l'expérimentation de nouvelles organisations et dynamiques en matière de prévention avec les collectivités locales pour agir de façon plus ciblée sur les territoires les plus défavorisés au niveau des indicateurs de santé. Dans l'attente de la mise en œuvre de l'organisation qui succèdera aux actuels groupements régionaux de santé publique, il est important de mettre à profit cette phase de transition pour expérimenter ces nouvelles formes de partenariats dans les territoires qui en ont le plus besoin et pourrait le plus pâtir d'une phase transitoire, après celle liée à la réforme de la politique de santé publique de 2004. Les thématiques particulières seront choisies en fonction des indicateurs de santé de la région et la collectivité s'engagerait à procéder à une analyse d'impact sur le plan de la santé pour l'ensemble de ses politiques comme le recommande le rapport du Conseil économique et social d'Ile-de-France et la Conférence nationale de santé¹³.

Proposition d'amendement

Après l'article 25 du projet de loi, il est inséré un article 25 bis ainsi rédigé :

« A titre expérimental et pour une durée de deux ans, l'Etat et l'agence régionale de santé peuvent conclure avec les collectivités territoriales un contrat fixant les conditions particulières de l'intervention de ces dernières dans le domaine de la prévention et de l'éducation à la santé. Cette expérimentation est fondée sur les indicateurs de santé du territoire concerné. Les modalités d'application du présent article sont fixées par décret».

¹² *Mission au profit du gouvernement relative aux disparités territoriales des politiques de prévention sanitaire*, André FLAJOLET, avril 2008.

¹³ *Les inégalités sociales de santé en Ile-de-France*, Guy Atlan pour le CESR Ile-de-France, septembre 2007. *Les voies d'amélioration du système de santé français*, Conférence nationale de santé, mars 2008.

Titre IV – Organisation territoriale du système de santé

Chapitre Ier : Création des agences régionales de santé

Article 26 : Création des agences régionales de santé

Présentation générale de l'article

Cet article prévoit la création des agences régionales de santé qui ont vocation à se substituer aux agences régionales de l'hospitalisation (ARH), aux pôles « santé » et « médico-social » des DRASS et DDASS, aux Urcam, aux récents groupements régionaux de santé publique (GRSP), à la partie sanitaire des CRAM et aux missions régionales de santé(MRS).

Ces agences auraient notamment dans leur champ de compétences la médecine de ville, l'hospitalisation, le médico-social pour sa partie financée par l'Etat et l'assurance maladie, la prévention et l'éducation à la santé, certaines compétences en matière de sécurité et de veille sanitaires.

Observations de l'Uniopss

L'Uniopss est favorable à la concrétisation de ce projet désormais ancien de création d'agences régionales de santé en ce qu'elle devrait permettre une articulation plus forte de l'action de l'Etat et de l'assurance maladie et une meilleure coordination des acteurs œuvrant pour la santé et l'accompagnement médico-social de nos concitoyens. Elle espère ainsi que des obstacles très concrets à la mise en place de réponses transverses aux secteurs sanitaire et social de types réseaux de santé ou équipes mobiles intervenant en établissements et services médico-sociaux seront levés. Elle partage également l'objectif affiché d'accroître la territorialisation des politiques publiques en vue de mieux répondre aux besoins de la population.

Cependant si l'Uniopss s'est prononcée en faveur de la création des ARS, c'est à la condition qu'un certain nombre de garanties soient apportées dans le projet¹⁴, ce afin d'éviter des écueils qui se révéleraient pour l'avenir néfastes : hospitalocentrisme, centralisation et caractère purement descendant de la politique menée par les ARS, recul dans la prise en charge et l'individualisation de la réponse apportée à nos concitoyens

Or à ce stade du projet, force est de constater certains manques voire certaines régressions. Aussi attendons-nous du débat parlementaire qu'il puisse améliorer le projet de loi afin de

¹⁴ *Position d'étape n°3 du Conseil d'administration de l'Uniopss de mars 2008, confirmée en septembre 2008.*

permettre la mise en œuvre dans de bonnes conditions de ce nouvel acteur public. Les propositions détaillées de l'Uniopss figurent ci-dessous.

L'une des conditions qu'avait mise en avant l'Uniopss, dès décembre 2007, pour la création des ARS était le prisme qui devait être adopté : celui de la santé, domaine bien plus vaste que celui des soins et de la médecine. Il ne s'agissait pas, selon elle, de créer des agences régionales de soins mais bien des agences régionales de santé témoignant d'une approche globale de la santé. La santé publique devrait, à ce titre, à la fois irriguer la politique de l'ARS et être une approche identifiée au sein des ARS. De même, ces nouvelles agences doivent pleinement intégrer leur mission médico-sociale avec tout ce que cela implique.

La première proposition de notre Union vise à traduire dans le nom même des agences l'exacte étendue du champ qu'elles ont vocation à couvrir. Il est en effet prévu que les agences régionales de santé pilotent les établissements et services médico-sociaux financés en tout ou partie par l'assurance maladie (IME¹⁵, ITEP¹⁶, SESSAD¹⁷, CRP¹⁸, MAS¹⁹, partie soins des FAM²⁰ et des SAMSAH²¹, partie soins des EHPAD²², SSIAD²³, CSAPA²⁴, lits halte soins santé, CAARRUD²⁵, ACT²⁶...) ou par l'Etat (ESAT²⁷).

Or l'accompagnement des personnes handicapées, âgées ou confrontées à des difficultés spécifiques ne se limite pas à des questions de santé. Ainsi, les enfants et adolescents handicapés qui sont accueillis dans les établissements et services sociaux et médico-sociaux donnent lieu à un accompagnement global, pour lequel les soins ne sont qu'un des aspects au côté d'autres comme l'éducation et la socialisation. Les établissements et services d'aide par le travail mettent en œuvre une réponse médico-sociale via notamment une activité productive et divers soutiens à caractère professionnel et extra-professionnel. Les centres de rééducation professionnelle visent à donner une qualification professionnelle à des personnes handicapées.

Intégrer le médico-social dans le champ des ARS suppose donc que ces dernières soient capables de dépasser la question de la santé pour adopter une approche encore plus globale. Ce d'autant plus que, pour certains établissements et services, les CSAPA et les ESAT par exemple, elles seront seules compétentes. Et même à prendre une acception très large de la notion de santé telle que la définit l'Organisation mondiale de la santé, les prises en charge médico-sociales ne peuvent être réduites à une problématique de santé même si elles favorisent cet « état de bien être physique et mental ». L'Uniopss souhaite donc que ces agences soient dénommées « agences régionales de santé et du médico-social ».

¹⁵ Instituts médico-éducatifs.

¹⁶ Instituts thérapeutiques, éducatifs et pédagogiques.

¹⁷ Services d'éducation spécialisée et de soins à domicile.

¹⁸ Centres de rééducation professionnelle.

¹⁹ Maisons d'accueil spécialisé.

²⁰ Foyers d'accueil médicalisé pour personnes adultes handicapées.

²¹ Services d'accompagnement médico-social pour personnes adultes handicapées.

²² Etablissements d'hébergement de personnes âgées dépendantes.

²³ Services de soins infirmiers à domicile.

²⁴ Centres de soins, d'accompagnement et de prévention en addictologie.

²⁵ Centres d'accueil et d'accompagnement à la réduction des risques pour usagers de drogues.

²⁶ Appartements de coordination thérapeutique.

²⁷ Etablissements et services d'aide par le travail (anciennement dénommés centres d'aide par le travail).

Proposition d'amendement

Dans l'ensemble du projet de loi, les termes « agences régionales de santé » sont remplacés par les termes « agences régionales de santé et du médico-social ».

Article 26 : introduction d'un article L. 1431-1 dans le Code de la santé publique relatif aux missions des ARS

Présentation de l'article

Cet article précise les missions des agences régionales de santé qui auront en charge de définir et de mettre en œuvre la politique régionale de santé.

Observations de l'Uniopss

L'article fait référence à la politique de santé publique et à sa définition par l'article L.1411-1 du code de la santé publique. Au même titre, il serait pertinent de faire référence aux articles L. 116-1 et L. 116-2 du code de l'action sociale et des familles qui définissent les objectifs de l'action sociale et médico-sociale et les principes sur lesquels cette action s'appuie. L'action des ARS doit contribuer à la mise en œuvre de ces objectifs votés à l'unanimité par les Parlementaires en 2001.

De plus, compte tenu des compétences conjointes avec les collectivités territoriales et l'Etat pour le secteur médico-social ainsi que des compétences de ceux-ci dans le champ social et socio-judiciaire, il est important que la loi puisse poser le principe de la recherche permanente de la meilleure articulation de ces politiques pour lesquelles les interactions et recoupements sont nombreux.

Proposition d'amendement

A l'article L. 1431-1 du code de la santé publique introduit par le projet de loi, après les termes « des dispositions des articles » sont ajoutés les termes suivants « L. 116-1, L. 116-2 et » et il est ajouté un alinéa supplémentaire ainsi rédigé : « L'agence régionale de santé s'assure de l'articulation de sa politique avec celles de ces institutions. »

Article 26 : introduction d'un article L. 1431-2 dans le Code de la santé publique relatif aux missions des ARS

Présentation de l'article

Cet article décrit, de manière détaillée, les missions des ARS et les actions qu'elles ont vocation à mener en matière de politique de santé publique et d'offre de service.

Observations de l'Uniopss

Tout d'abord, l'article indique que l'ARS serait « chargée de réguler, d'orienter l'offre de service en santé afin de répondre aux besoins en soins et en service médico-sociaux... ». Or les services concernés ne sont pas que des services de santé puisque des établissements comme les ESAT sont concernés.

Le prisme adopté semble en effet être essentiellement celui de la santé. Or, pour les raisons précédemment exposées, l'intégration du secteur médico-social dans le champ de compétences des ARS nécessite d'avoir une approche plus globale qui intègre les dimensions emploi, formation professionnelle, éducation... Les publics accompagnés par le secteur médico-social l'étant pour une très longue durée, le projet d'accompagnement de la personne ne se résume pas à un projet de soins mais constitue un véritable projet de vie dans toutes ses dimensions. La définition des missions des ARS doit donc prendre en compte la globalité des actions menées par ce secteur.

De même, il semble important de ne pas oublier que le secteur médico-social qui a vocation à être intégré dans le champ de compétences de l'ARS ne se limite pas aux personnes âgées et aux personnes handicapées. A plusieurs reprises, le projet de loi oublie d'évoquer les structures qui interviennent en direction de personnes confrontées à des difficultés spécifiques (appartements de coordination thérapeutique, lits haltes soins santé, CAARRUD, CSAPA...).

Ensuite, si l'article développe la mission de l'ARS en termes de régulation de cette offre de services, il n'en tire pas toutes les conséquences par rapport à l'objectif poursuivi, à savoir l'accessibilité de cette offre et la satisfaction des besoins. En matière d'accès aux soins, l'ARS devrait être le garant de l'accès aux soins sur le territoire en s'assurant de l'accessibilité géographique mais également financière de l'offre de soins. Elle devrait aussi avoir pour objectif de lutter contre les inégalités en la matière, que celles-ci soient sociales ou géographiques. De même, l'ARS devrait s'assurer de l'accessibilité de l'offre médico-sociale.

En outre, si l'ARS doit veiller à la sécurité et à la qualité des accompagnements notamment médico-sociaux, cette action doit s'inscrire dans le respect des compétences attribuées à l'Agence nationale de l'évaluation et de la qualité des établissements et services sociaux et médico-sociaux et des mécanismes d'évaluation de ceux-ci tels qu'institués par l'article L. 312-8 du code de l'action sociale et des familles.

Enfin, pour l'Uniopss, la Santé au travail et en milieu scolaire doit faire partie du champ de compétence des ARS en étroite articulation avec les autres autorités compétentes (ministère du travail, ministère de l'éducation nationale et ministère de l'enseignement supérieur et de la recherche). Cela permettrait à la médecine scolaire de travailler davantage avec les médecins exerçant en pédopsychiatrie et dans le secteur médico-social. Le suivi médical des consultations de dépistages en milieu scolaire et professionnel pourrait également s'en trouver amélioré. Actuellement, en effet, la plupart des dépistages en médecine scolaire comme en médecine du travail ne sont pas suivis d'effet.

Proposition d'amendement

Au 1° de l'article L. 1431-2 du code de la santé publique après les termes « 1° De définir et de mettre en œuvre au niveau régional la politique de santé publique mentionnée à l'article L.1411-1 » sont ajoutés les termes suivants « en articulation avec les autorités compétentes en ce qui concerne les services de santé au travail mentionnés à l'article L. 4622-1 du code du travail et les services de santé scolaire et universitaire définis au chapitre V du titre II du livre troisième de la deuxième partie du présent code »

Après le 1°, il est inséré un 1° bis suivant : « 1° bis : De définir et de mettre en œuvre avec les collectivités territoriales concernées, les représentants de l'Etat dans la région, les organismes de protection sociale, les organisations représentatives des gestionnaires et des usagers, la politique d'action sociale et médico-sociale visée à l'article L. 116-1 du code de l'action sociale et des familles ».

Au début du 2° de l'article, le terme « en santé » est supprimé de la phrase : « 2° de réguler, d'orienter l'offre de service en santé afin de répondre aux besoins en soins et en service médico-sociaux... ». Après les termes « et en services médico-sociaux » sont insérés les termes suivants : « , de garantir l'accès à ces services et aux soins et de lutter contre les inégalités en la matière ».

Au b du 2° de l'article L. 1431-2 du même code, après le chiffre, « 7° » est ajouté « ,9° »

Au début du c du 2° du même article, le mot « Elle » est remplacé par les mots « Dans le respect des compétences de la Haute autorité de santé et de l'Agence nationale de l'évaluation et de la qualité des établissements et services sociaux et médico-sociaux et des mécanismes d'accréditation et d'évaluation institués par le code de la santé publique et le code de l'action sociale et des familles, elle ».

Article 26 : introduction d'un article L.1432-1 dans le Code de la santé publique relatif au statut juridique des ARS

Présentation de l'article

Les ARS seraient des établissements publics dotés d'un conseil de surveillance. Elles seraient dirigées par un directeur général et pourraient s'appuyer sur les conférences régionales de santé qui par leurs avis contribueraient à la définition de la politique régionale de santé. Deux commissions de coordination sont également prévues afin de permettre l'articulation des actions menées par l'ARS, le Préfet de département et les collectivités territoriales.

Observations de l'Uniopss

L'Uniopss est favorable à la forme juridique de l'établissement public. Elle souhaite cependant qu'il soit remédié au déséquilibre trop important des pouvoirs entre l'exécutif de l'ARS et le conseil de surveillance. Le projet de loi fait en effet le choix d'un Directeur général qui concentre l'essentiel des pouvoirs. Il n'est pas prévu de conseil d'administration mais uniquement un conseil de surveillance aux prérogatives très limitées. Le contraste entre la liste détaillée des

compétences du Directeur de l'ARS et les deux lignes sur le rôle du conseil de surveillance est saisissant. Il est à cet égard surprenant que des documents aussi fondamentaux que le projet régional de santé, les divers schémas sectoriels, les outils de programmation financière ne soient pas débattus au sein du conseil de surveillance.

Au niveau consultatif, le projet de loi mentionne la conférence régionale de santé et programme la disparition des comités régionaux de l'organisation sociale et médico-sociale. L'Uniopss est défavorable à la suppression de la seule instance transversale du secteur social et médico-social (cf infra) et demande par conséquent que l'article L. 1432-1 du code de la santé publique, tel que prévu par le projet de loi, soit complété afin de faire référence à cette instance.

Proposition d'amendement

A l'article L. 1432-1 du code de la santé publique, il est ajouté un 1° bis suivant : « 1°bis : Un comité régional de l'organisation sociale et médico-sociale qui, par ses avis, contribue à l'élaboration de la politique d'action sociale et médico-sociale mentionnée aux articles L. 116-1 et L. 116-2 du code de l'action sociale et des familles ».

Article 26 : introduction d'un article L. 1432-2 dans le Code de la santé publique relatif aux missions du Directeur général de l'ARS

Présentation de l'article

Cet article définit les prérogatives du Directeur général de l'ARS.

Observations de l'Uniopss

En l'état actuel du projet, le Directeur général de l'ARS concentrerait l'essentiel des prérogatives au sein de l'agence. Compte tenu des différents domaines d'intervention de cette dernière, il sera nécessaire de recruter des directeurs ayant une bonne connaissance des différents secteurs couverts (santé publique, médecine de ville, hospitalier, médico-social, veille et sécurité sanitaires...). Certains rapports officiels, comme le rapport du Préfet Philippe Ritter, ont commencé à mettre en avant ce que pourrait être la procédure de sélection de ces directeurs. Pour l'Uniopss, un certain nombre de garanties devraient entourer leur désignation, un décret pourrait en prévoir le détail ainsi que la désignation d'un directeur adjoint dédié au secteur médico-social.

De même, il semble important que le projet régional de santé soit arrêté après avis du Conseil de surveillance.

Proposition d'amendement

A la fin de la première phrase de l'article L. 1432-2 du code de la santé publique, il est ajouté la phrase suivante : « Les modalités et conditions de nomination du directeur général sont fixées par décret pris en Conseil d'Etat ».

Au quatrième alinéa du même article, après les mots « il arrête » sont ajoutés les mots « après avis du Conseil de surveillance ».

Article 26 : introduction d'un article L.1432-3 dans le Code de la santé publique relatif à la composition et aux missions du Conseil de surveillance de l'ARS

Présentation de l'article

Le Conseil de surveillance de l'ARS devrait être présidé par le Préfet de région. Il comprendrait des représentants de l'Etat, des membres des conseils et des conseils d'administration des organismes locaux d'assurance maladie, des représentants des collectivités territoriales, des personnes qualifiées et des représentants des usagers. A contrario, il ne comprendrait pas de représentants des organismes gestionnaires. Les prérogatives du conseil de surveillance seraient très limitées : il est seulement prévu qu'il approuve le compte financier et qu'il émette une fois par an un avis sur les résultats de l'action menée par l'agence.

Observations de l'Uniopss

L'Uniopss demande que les organisations représentatives des organismes gestionnaires soient membres de droit du conseil de surveillance. Les principales unions et fédérations représentatives du secteur contribue en effet depuis des décennies à promouvoir les droits sociaux de nos concitoyens, à faire remonter leurs besoins et à favoriser la mise en place de réponses adaptées. Ne pas prévoir leur représentation au sein du conseil de surveillance de l'ARS serait nier cette réalité et serait à notre sens une erreur. Se priver de cette capacité d'observation des besoins des personnes, complémentaire à celle des représentants des usagers, et d'organisation des réponses à y apporter marquerait un recul par rapport à une réalité qui a été et est celle de tout un secteur depuis des décennies.

Selon nous, il ne peut être objecté à cette demande le fait que l'on ne peut être juge et partie et ce au moins pour deux raisons. La première tient au fait que cet argument pourrait être opposé à d'autres acteurs dont la présence au conseil de surveillance est pourtant à ce jour prévue, comme les collectivités territoriales ou les usagers. Le second tient au rôle du conseil de surveillance qui n'a pas dans ses compétences celle d'octroyer des autorisations individuelles, de passer convention ou encore de tarifer des établissements et services.

L'Uniopss souhaite par ailleurs que les différentes catégories d'usagers soient représentées au sein du conseil de surveillance, à la fois ceux du système de santé mais également ceux du système d'action sociale et médico-sociale. Leurs problématiques ne se superposent pas exactement. En l'état, le projet de loi n'exclut pas cette double représentation mais nous souhaiterions cependant que des garanties en ce sens soient apportées dans le texte. Un certain nombre de sièges devraient ainsi être réservés aux usagers de ce secteur compte tenu de la diversité des problématiques qui sont les leurs (situation de handicap, de précarité, addictions...)

Enfin, il paraît important que le conseil de surveillance soit saisi pour avis du projet régional de santé, des différents schémas sectoriels et du Priac.

Proposition d'amendement

Au premier alinéa de l'article L. 1432-3 du code de la santé publique, après le mot « usagers » ajouter les mots « du système de santé et du système d'action sociale et médico-sociale ».

Au même alinéa, après les mots « élus ou désignés » sont ajoutés les mots « et des organisations représentatives des gestionnaires d'établissements de santé, sociaux et médico-sociaux ».

A la fin du même article, il est ajouté la phrase suivante : « Avant que ceux-ci soient arrêtés par le Directeur général de l'agence, il émet un avis sur le projet régional de santé, sur les différents schémas régionaux et sur le programme interdépartemental d'accompagnement des handicaps et de la perte d'autonomie ».

Article 26 : introduction d'un article L.1432-4 dans le Code de la santé publique relatif aux Conférences régionales de santé

Présentation de l'article

L'article prévoit qu'un décret fixera la composition et les différents collèges de cette conférence.

Observations de l'Uniopss

L'Uniopss s'interroge sur la réalité de la concertation qui sera menée à travers les conférences régionales de santé, même recomposées pour tenir compte de l'ensemble du champ couvert par les ARS. Elle s'interroge sur les moyens qui seront accordés à ces conférences pour fonctionner et surtout sur leur fonctionnement avec des effectifs aussi importants qui seront les leurs car il faudrait tenir compte de l'ensemble des composantes sanitaire, médico-sociale, de santé publique... Ainsi, le décret à venir devrait prévoir un collège dédié aux problématiques du secteur médico-social, un collège pour les centres de santé distinct du collège des libéraux et de celui des établissements et services de santé.

De plus, les attributions des conférences régionales de santé ne sont pas précisées par le texte en dehors du fait qu'elles concourraient, par leurs avis, à la politique régionale de santé. La loi devrait ainsi prévoir qu'elles rendent un avis sur le projet régional de santé et participent à l'évaluation des politiques régionales de santé.

Proposition d'amendement

L'article L. 1432-4 du code de la santé publique introduit par l'article 26 du projet de loi est complété par la phrase suivante : « La conférence régionale de santé rend un avis sur le projet régional de santé et participe à l'évaluation des politiques régionales de santé. »

Article 26 : introduction d'un article L. 1432-8 dans le Code de la santé publique relatif aux personnels de l'ARS

Présentation de l'article

Cet article prévoit les différentes catégories de personnels qui travailleront au sein de l'agence.

Observations de l'Uniopss

Il semblerait souhaitable de ne pas exclure a priori la possibilité pour l'agence de recruter des salariés de droit privé, autres que ceux relevant des organismes de sécurité sociale, qui auraient développé des compétences utiles à la réalisation de la mission de l'agence.

Proposition d'amendement

A l'article L. 1432-8 du code de la santé publique, il est ajouté un 5° ainsi rédigé : « 5° d'autres agents de droit privé ayant développé une expertise utile à la réalisation de la mission de l'agence ».

Article 26 : introduction d'un article L. 1433-1 dans le Code de la santé publique relatif à la coordination des ARS

Présentation de l'article

Un comité national serait chargé de coordonner l'action des ARS.

Observations de l'Uniopss

Cet article est moins ambitieux que l'avant-projet de loi qui prévoyait que le comité était chargé de piloter, de coordonner et d'évaluer les agences régionales de santé. L'Uniopss est favorable à cette première mouture du texte qui donne à ce comité national un rôle d'impulsion plus soutenu et des moyens pour fonctionner.

En effet, un certain consensus existe au sein des acteurs du secteur sanitaire et social pour affirmer que la création d'agences régionales de santé ne sera réellement pertinente à la fois que s'il est procédé à un remplacement des instances existantes que sont les ARH, les Drass, Ddass, MRS et non à la superposition d'une superstructure, ce à quoi s'attache le projet et si et seulement si une réelle coordination est instaurée dans le pilotage national. Un meilleur pilotage régional suppose un meilleur pilotage national des politiques de santé. Pour l'Uniopss, les actions de l'Etat et de l'assurance maladie ne pourront être cohérentes au niveau régional que si elles le sont également au niveau national ; ce qui est loin d'être le cas actuellement du fait de l'éclatement de l'organisation de l'Etat (entre les directions d'administrations centrales des ministères et les multiples agences créées ces dernières années) ainsi que des divergences entre ce dernier et l'assurance maladie. L'instance de coordination constituée au niveau national pour pallier cet état de fait doit donc avoir des moyens pour fonctionner et des pouvoirs importants à la fois de coordination des politiques, d'impulsion de la politique des ARS et de suivi et d'évaluation des politiques menées par ces dernières.

Proposition d'amendement

A la fin de l'article L. 1433-1 du code de la santé publique, il est ajouté la phrase suivante : « *Ce comité est chargé de piloter, de coordonner et d'évaluer les agences régionales précitées. Un secrétariat général permanent est chargé d'en préparer les décisions et de s'assurer de leur bonne exécution.* »

Article 26 : introduction de l'article L. 1434-5 dans le Code de la santé publique relatif au Schéma régional de prévention

Présentation de l'article

Cet article prévoit d'instituer un schéma régional de prévention.

Observations de l'Uniopss

Le projet de loi développe très peu le contenu de ce schéma régional de prévention contrairement aux autres documents attendus de l'agence (schémas d'organisation des soins et d'organisation médico-sociale, programme pluriannuel régional de gestion du risque). En outre, l'articulation de ce schéma avec l'actuel plan régional de santé publique (PRSP) et la gestion de la période transitoire ne sont nullement précisées.

L'article 14 du projet de loi prévoit pourtant la suppression du PRSP dont le champ et la fonction ne sauraient être couverts par le seul schéma régional de prévention. Il nous paraît donc particulièrement important de clarifier les évolutions à venir dans le domaine de la santé publique. Si l'on comprend que ces dispositions ne relèvent pas forcément de la loi, l'exposé des motifs aurait pu être plus explicite sur ce point.

Nous proposons par contre d'inscrire dans la loi comme un des axes de la politique régionale de santé menée par l'ARS, l'accès à la prévention et aux soins des personnes en situation de précarité et d'exclusion. Le schéma régional de prévention doit prendre en compte cette problématique et celle-ci doit être traitée de manière spécifique et transversale à la fois au sein de l'ARS et en articulation avec les autorités compétentes pour le champ social étant donné l'intrication de l'intervention des acteurs de ces deux secteurs en faveur des personnes en situation de précarité et d'exclusion. Nous proposons en conséquence un article supplémentaire qui en poserait le principe.

Proposition d'amendement

L'article L. 1434-5 du code de la santé publique introduit par l'article 26 du projet de loi est complété par l'alinéa suivant :
« *L'accès à la prévention des personnes en situation de précarité et d'exclusion constitue un objectif prioritaire de ce schéma.* »

Avant l'article L. 1434-5 du code de la santé publique introduit par l'article 26 du projet de loi, il est introduit un article supplémentaire ainsi rédigé :

« Le plan stratégique régional de santé comporte notamment les axes suivants : la santé au travail, la santé en milieu scolaire, la santé des personnes en situation de précarité et d'exclusion. »

Article 26 : introduction des articles L. 1434-6 à L. 1434-9 dans le Code de la santé publique relatifs au Schéma régional d'organisation des soins

Présentation de l'article

Cet article prévoit d'instituer un schéma régional d'organisation des soins dont le volet ambulatoire (il y aurait un volet hospitalier) indiquerait les besoins en implantation pour l'exercice des soins pour les deux niveaux de recours : de premier et de second recours. A ce titre, il définirait les zones de mise en œuvre des mesures prévues pour l'installation des professionnels de santé libéraux, des centres de santé, des maisons de santé, des laboratoires de biologie médicale et des réseaux de santé.

Observations de l'Uniopss

Les modalités de définition des zones de mise en œuvre des mesures prévues pour l'installation des professionnels de santé seront définies par voie d'arrêté, il est donc difficile de mesurer exactement la portée de cette disposition. Ce d'autant plus que les mesures relatives à l'installation des professionnels seraient définies par voie de convention. Toutefois, il nous semble nécessaire d'inscrire dans la loi la prise en compte du secteur d'exercice des professionnels de santé (s'il pratique des dépassements d'honoraires) comme un critère de la détermination des zones et des aides à l'installation et au maintien. En effet, la présence de l'offre de soins sur un territoire peut se révéler toute théorique si celle-ci n'est pas financièrement accessible à une part de la population qui n'a pas des ressources suffisantes pour payer les dépassements d'honoraires qui peuvent atteindre des sommes conséquentes. Dans certains territoires et pour certaines spécialités il n'y a plus d'alternatives au secteur à honoraires libres et, à ce sujet, l'élargissement des possibilités de dépassement aggraverait encore davantage la situation.

La loi devrait également faire référence au rôle que les centres de santé et maisons de santé pluridisciplinaires peuvent jouer par une référence explicite à l'intérêt que présentent ces formes en termes d'exercice regroupé et de lutte contre les « déserts médicaux ».

Nous vous proposons donc d'inscrire ces principes dans le projet de loi ainsi que celui d'une régulation pour les zones sous-dotés en soins comme pour les zones sur-dotées, sans lequel le dispositif risque d'achopper. Les professionnels infirmiers libéraux se sont engagés vers un dispositif expérimental de ce type qui vise à réguler l'offre de soins infirmiers. Ce dispositif nécessite d'être évalué mais devrait d'ores et déjà être proposé de façon expérimentale pour les autres professionnels de santé, centres de santé, maisons de santé et réseaux de santé.

Cet équilibre doit être également garanti à l'hôpital où la liberté d'honoraires ne doit pas supplanter l'offre qui s'en tient aux tarifs opposables. A ce titre, la répartition des volumes d'activité à travers les objectifs quantifiés de soins doit en tenir compte pour assurer sur un territoire donné la présence d'une offre aux tarifs administrés.

Par ailleurs, cet article pose le principe de la nécessaire conformité des autorisations dans le champ hospitalier avec le schéma régional de l'organisation des soins. Or, pour conserver une certaine souplesse dans la planification de l'offre, nous proposons de conserver la notion de compatibilité actuellement inscrite dans le code de la santé publique.

Proposition d'amendement

Au dernier paragraphe de l'article L.1434-6 du code de la santé publique introduit par l'article 26 du projet de loi sont ajoutées les phrases suivantes :

« Il est tenu compte de l'accessibilité d'une offre aux tarifs des honoraires prévus au 1° de l'article L.162-14-1 du code de la sécurité sociale dans la détermination de ces zones ainsi que pour les mesures prévues pour leur installation. Ces mesures sont incitatives pour les zones considérées comme sous-dotées et désincitatives, déterminées de façon graduée, pour les zones considérées comme sur-dotées. Les formes d'exercice regroupé que sont les maisons de santé et centres de santé sont favorisées. »

A la fin du premier alinéa de l'article L.1434-7 du code de la santé publique introduit par l'article 26 du projet de loi sont ajoutés les termes suivants :

« , en tenant compte de l'accessibilité d'une offre aux tarifs fixés par l'autorité administrative ou aux tarifs des honoraires prévus au 1° de l'article L.162-14-1 du code de la sécurité sociale : »

Au dernier alinéa de l'article L.1434-7, le terme « conformes » est remplacé par le terme « compatibles ».

Article 26 : introduction d'un article L. 1434-10 dans le Code de la santé publique relatif au Schéma régional d'organisation sociale et médico-sociale

Présentation de l'article

Cet article prévoit l'existence d'un schéma régional d'organisation sociale et médico-sociale destiné à planifier les équipements sociaux et médico-sociaux intervenant en direction des personnes âgées, des personnes handicapées et des personnes confrontées à des difficultés spécifiques.

Observations de l'Uniopss

L'article ne fait référence qu'aux personnes âgées et aux personnes handicapées alors que la liste des établissements et services donnant lieu à cette planification est bien plus large puisqu'elle recouvre les appartements de coordination thérapeutique, les lits halte soins santé, les CAARRUD, les CSAPA... Nous proposons donc d'ajouter aux côtés des personnes âgées et des personnes handicapées, les personnes confrontées à des difficultés spécifiques qui est la formulation retenue par l'article L. 312-1, 9° du code de l'action sociale et des familles.

Il serait également nécessaire de clarifier les mécanismes de concertation préalables à l'adoption du schéma. Le texte fait référence aux présidents de Conseils généraux, à la commission de coordination ARS-élus mais aucunement à l'avis d'une quelconque instance

comprenant des représentants des usagers et des organismes gestionnaires. En cohérence avec sa position de maintien des comités régionaux de l'organisation sociale et médico-sociale, l'Uniopss demande qu'une instance de ce type formule un avis sur le schéma régional comme l'article L. 312-5 du code de l'action sociale et des familles le prévoit actuellement avec les CROSMS. L'Uniopss ne pourrait accepter que le présent projet de loi aboutisse à un recul de la concertation.

Enfin, l'inquiétude est vive s'agissant de l'articulation des schémas entre eux. Si les conseils généraux et les directeurs d'ARS n'arrivaient pas à avoir une vision commune des besoins et de l'évolution de l'offre en direction des personnes âgées et des personnes handicapées, ils pourraient élaborer des schémas contradictoires. Si tel était le cas, le projet d'un promoteur pourrait donc être compatible avec l'un mais pas avec l'autre. C'est la raison pour laquelle l'Uniopss a toujours milité pour des schémas et des Priac conjoints conseils généraux-Etat. Le rapport de Monsieur Lambert sur les relations entre l'Etat et les collectivités territoriales met également l'accent sur la nécessité d'améliorer ces articulations. Dans l'actuel projet de loi, il serait donc préférable que l'ARS soit partie prenante des schémas départementaux (schéma conjoint conseil général – ARS) et que le schéma régional en ce qu'il porte sur les établissements et services pour personnes âgées-personnes handicapées agrège les éléments des schémas départementaux.

Proposition d'amendement

A la fin du premier alinéa de l'article L. 1434-10 du code de la santé publique, après les mots « ou en perte d'autonomie » sont ajoutés les mots « ou confrontées à des difficultés spécifiques ».

Le deuxième alinéa du même article est ainsi rédigé : « Ce schéma veille à l'articulation, au niveau régional, de l'offre sanitaire et médico-sociale relevant de l'agence régionale de santé et médico-sociale. En ce qu'il porte sur les établissements et services pour personnes âgées et pour personnes handicapées, ce schéma agrège au niveau régional les éléments des schémas départementaux ayant le même objet arrêté conjointement par le Directeur de l'agence régionale et les Présidents de conseils généraux ».

A la fin du dernier alinéa du même article, il est ajouté les mots suivants « et après avis du comité régional de l'organisation sociale et médico-sociale ».

Article 26 : introduction d'un article L. 1435-7 dans le Code de la santé publique relatif aux inspections et contrôles

Présentation de l'article

Cet article prévoit les modalités de désignation des agents chargés du contrôle.

Observations de l'Uniopss

Il semble important à l'Uniopss de distinguer les fonctions d'inspection et de contrôle de celle de pilotage des établissements et services, notamment celles d'allocation des ressources. Il y a parfois un mélange des rôles qui n'est guère souhaitable.

Proposition d'amendement

A la fin du premier alinéa de l'article L. 1435-7 du code de la santé publique, il est ajouté la phrase suivante : « Ces fonctions sont incompatibles avec celles ayant trait à la délivrance des autorisations, des habilitations financières, de conventionnement et de planification des établissements et services ».

Article additionnel après l'article 26 : Fongibilité asymétrique pour les moyens dédiés au secteur médico-social et pour les actions de santé publique

Observations de l'Uniopss

Le projet de loi ne comporte aucune disposition portant sur la fongibilité asymétrique, c'est-à-dire sur la garantie affirmée à de nombreuses reprises par les pouvoirs publics que les moyens dédiés à la santé publique et au médico-social ne serviront pas à financer d'autres actions. L'Uniopss s'interroge sur ce manque, qui ne pourra que raviver les craintes d'une partie des acteurs engagés dans ces deux secteurs.

Ainsi, si Monsieur Jean-Marie Rolland, dans son avis sur le projet de loi de finances pour 2008 qui traitait de la politique de santé²⁸ notait tout l'intérêt qu'il y aurait à inscrire la politique de santé publique au sein d'une instance de type ARS au périmètre plus large (moins isolée, plus cohérente avec les autres champs, plus fédératrice pour les décideurs que ne le sont les actuels GRSP etc.), il traduisait déjà l'inquiétude de certains « de voir la santé publique négligée par des ARS au périmètre large, compte tenu notamment de la relative faiblesse de ses moyens financiers et du fait que ses enjeux s'inscrivent dans le long terme ». Il proposait « Pour éviter que l'enveloppe consacrée à la santé publique au sein d'une ARS ne serve à abonder occasionnellement les crédits destinés à la régulation de l'offre de soins ou au secteur médico-social, on pourrait envisager un dispositif de « fongibilité asymétrique » de cette enveloppe, c'est à dire un dispositif suivant lequel cette enveloppe pourrait être abondée par d'autres crédits, mais qu'elle ne puisse pas être diminuée. La ministre de la santé juge d'ailleurs un tel dispositif tout à fait envisageable ». Le même raisonnement a été développé par les pouvoirs publics nationaux au sujet du médico-social.

Nous souhaitons donc qu'un article de loi porte sur ce sujet et traduise en dispositions législatives les assurances données par la Ministre de la Santé elle-même.

²⁸ Avis présenté au nom de la Commission des affaires culturelles, familiales et sociales de l'Assemblée Nationale sur le projet de loi de finances pour 2008, Jean-Marie Rolland, 11 octobre 2007.

Proposition d'amendement

Après l'article 26, il est inséré un article 26bis ainsi rédigé :

« Les dotations régionales limitatives de crédits visées aux articles L. 314-3 et L. 314-3-2 du code de l'action sociale et des familles ne peuvent être utilisées par le directeur de l'agence régionale de santé que pour financer des établissements et services sociaux et médico-sociaux et des lieux de vie et d'accueil visés à l'article L. 312-1 du même code. En cas de reconversion de capacités hospitalières en capacités sociales et médico-sociales, les dotations susvisées sont abondées des crédits nécessaires au financement de ces reconversions et au financement des dépenses de fonctionnement des établissements et services dont ils sont issus par prélèvement sur l'objectif de dépenses hospitalières qui finançait les capacités hospitalières avant leur reconversion».

« Les moyens affectés aux actions de prévention et d'éducation à la santé ne peuvent être utilisés par le Directeur de l'agence régionale de santé pour financer d'autres actions ».

Chapitre III : Etablissements et services médico-sociaux

Article 28-2 : Suppression des Comités régionaux de l'organisation sociale et médico-sociale (CROSMS)

Présentation de l'article

Le 2° de l'article 28 du projet de loi réécrit l'article L. 312-3 du code de l'action sociale et des familles. L'actuel article L. 312-3 définit les missions des CROSMS et du CNOSS. Le futur article L. 312-3 ne ferait plus référence qu'au CNOSS, supprimant ainsi les CROSMS.

Observations de l'Uniopss

L'Uniopss n'est pas favorable à la suppression des CROSMS et ce pour plusieurs raisons. En premier lieu, le CROSMS est la seule instance de concertation transversale au secteur social et médico-social. Elle couvre tous les champs de l'action sociale et médico-sociale et ce quel que soit le décideur ou le financeur public. Elle est donc l'instance ad hoc pour mettre en débats et perspectives les différentes démarches de planification et leur cohérence. En second lieu, le projet de loi ne transfère pas à d'autres instances l'intégralité des missions aujourd'hui assumées par les CROSMS. Ainsi, la mission d'évaluation des besoins sociaux et médico-sociaux disparaîtrait au niveau régional. De même, il n'y aurait plus d'instance de concertation obligatoire qui serait amenée à donner un avis sur les projets de schémas des conseils généraux ou des préfets. Ces exemples loin d'être exhaustifs traduisent à eux seuls la perte de qualité qu'il y aurait dans la concertation entre la puissance publique et les organisations représentatives des usagers et des gestionnaires. L'Uniopss demande donc le maintien des CROSMS et de leurs missions.

Proposition d'amendement

Le 2° de l'article 28 du projet de loi est supprimé.

Article 28-3°: Les schémas d'organisation sociale et médico-sociale

Présentation de l'article

Cet article prévoit les différents schémas d'organisation sociale et médico-sociale (départementaux, régionaux, nationaux).

Observations de l'Uniopss

Comme aujourd'hui, des schémas nationaux pourraient être arrêtés par les Ministres lorsque les besoins ne peuvent être appréciés qu'à ce niveau (exemple : handicaps rares). Ce schéma serait soumis pour avis au CNOSS. A noter toutefois que l'actuel article L. 312-5 du CASF prévoit que lorsqu'ils concernent des équipements entrant dans le champ de compétences de la CNSA, le schéma est élaboré sur proposition de cette dernière. Le projet de loi est plus restrictif en évoquant le directeur de la CNSA et non cette dernière. L'Uniopss n'est pas favorable à cette disposition qui ne peut-être considérée comme une simple précision. En effet, dans l'absolu, elle pourrait priver le conseil de la CNSA d'un rôle en la matière.

Le préfet de région continuerait d'arrêter des schémas régionaux pour les centres d'accueil pour demandeurs d'asile et pour les services mettant en œuvre des mesures judiciaires de protection des majeurs ou d'aide à la gestion du budget familial. Il n'est cependant plus fait référence à l'avis obligatoire du CROSMS. Aucun mécanisme de concertation obligatoire n'est prévu.

Le Directeur de l'ARS arrêterait un schéma régional de l'organisation sociale et médico-sociale personnes âgées- personnes handicapées - personnes confrontées à des difficultés spécifiques.

Le conseil général arrêterait des schémas départementaux pour les établissements et services intervenant en direction des personnes âgées, des personnes handicapées ou dans le cadre de l'aide sociale à l'enfance ou pour les établissements et services mettant en œuvre des mesures éducatives ordonnées par l'autorité judiciaire. Là encore, aucun mécanisme de concertation obligatoire n'est prévu.

Comme indiqué précédemment, l'inquiétude est vive s'agissant de l'articulation des schémas entre eux. et il nous semblerait préférable que l'ARS soit partie prenante des schémas départementaux (schéma conjoint conseil général – ARS) et que le schéma régional en ce qu'il porte sur les établissements et services pour personnes âgées-personnes handicapées agrège les éléments des schémas départementaux.

Proposition d'amendement

Au 3° de l'article 28 du projet de loi, troisième alinéa, deuxième ligne, supprimer les mots « du directeur ».

Au 4^{ème} alinéa du 3° du même article, après les mots « Le représentant de l'Etat dans la région établit » sont ajoutés les mots « , après avis du comité régional de l'organisation sociale et médico-sociale ».

Le 7^{ème} alinéa du 3° du même article est remplacé par l'alinéa suivant : « Le Directeur de l'agence régionale de santé établit, après avis du comité régional de l'organisation sociale et médico-sociale, le schéma régional prévu à l'article L. 1434-10 du code de la santé publique. En ce qu'il porte sur les établissements et services pour personnes âgées et pour personnes handicapées, ce schéma agrège au niveau régional les éléments des schémas départementaux ayant le même objet arrêté conjointement par le Directeur de l'agence régionale et les conseils généraux ».

Le 9^{ème} alinéa du 3° du même article est remplacé par l'alinéa suivant : Les schémas départementaux relatifs aux personnes handicapées ou en perte d'autonomie sont arrêtés conjointement par le conseil général et par le directeur de l'agence régionale de santé, après concertation avec le représentant de l'Etat dans le département et après avis du comité régional de l'organisation sociale et médico-sociale. L'objectif de ces schémas est d'assurer l'organisation territoriale et l'accessibilité à l'offre de service de proximité ».

Article 28-4 : Réécriture de l'article L. 312-5-1 du Code de l'action sociale et des familles concernant les Priac

Présentation de l'article

Cet article propose de réécrire l'article L. 312-5-1 du CASF qui définit l'objet, le contenu et le mode d'élaboration des programmes interdépartementaux d'accompagnement des handicapés et de la perte d'autonomie.

Observations de l'Uniopss

L'article, réécrit par le projet de loi, ne ferait plus référence à la consultation des CROSMS, ni à la nécessaire articulation avec les différents schémas puisque le Priac ne serait plus conçu que comme une déclinaison des objectifs de programmation du schéma régional d'organisation médico-sociale.

Le Priac serait arrêté par le seul directeur de l'ARS, ce qui ne réglerait pas les divergences actuelles de priorités entre les Préfets de région et les Présidents de conseils généraux dont pâtissent au final les acteurs de terrain. Depuis plusieurs années, l'Uniopss milite pour des Priac conjoints Etat-départements afin de donner une visibilité financière complète au secteur.

Proposition d'amendement

Le 4° de l'article 28 du projet de loi est remplacé par le 4° suivant : « *Pour les établissements et services mentionnés aux 2°,3°,5°,6° et 7° du I de l'article L. 312-1, ainsi que pour ceux mentionnés aux 11° et 12 dudit I qui accueillent des personnes âgées ou des personnes handicapées, le Directeur de l'agence régionale de santé et les Présidents de Conseils généraux de la région*

établissent, en liaison avec les préfets de département, et actualisent annuellement un programme interdépartemental d'accompagnement des handicapés et de la perte d'autonomie. Ce programme dresse les priorités de financement des créations, extensions ou transformations d'établissements ou de services.

Ces priorités sont établies et actualisées sur la base des schémas nationaux, régionaux et départementaux d'organisation sociale et médico-sociale mentionnés à l'article L. 312-5. Elles veillent en outre à garantir :

1° Un niveau d'accompagnement géographiquement équitable des différentes formes de handicap et de dépendance ;

2° L'accompagnement des handicaps de faible prévalence, au regard notamment des dispositions des schémas nationaux d'organisation sociale et médico-sociale ;

3° L'articulation de l'offre sanitaire et de l'offre médico-sociale au niveau régional, pour tenir compte notamment des établissements mentionnés au 2° de l'article L. 6111-2 du code de la santé publique et également de la densité en infirmiers dans les zones mentionnées à l'article L. 162-47 du code de la sécurité sociale.

Le programme interdépartemental est actualisé en tenant compte des évolutions des schémas d'organisation sociale et médico-sociale.

Le programme interdépartemental est établi et actualisé par le Directeur de l'agence régionale de santé et par les Présidents des Conseils généraux concernés après avis de la section compétente du comité régional de l'organisation sociale et médico-sociale. En cas de désaccords entre les deux autorités, chacune d'entre-elle arrête un programme pour la partie qui la concerne et ce après avis du comité régional de l'organisation sociale et médico-sociale».

Article 28, 6° et 8° : Création des établissements et services sociaux et médico-sociaux et des lieux de vie et d'accueil

Présentation de l'article

Cet article instaure une procédure d'appel à projet pour toute création d'établissement ou service social ou médico-social ou lieu de vie et d'accueil nécessitant des financements publics pour fonctionner. Les projets devront respecter un cahier des charges et seront examinés par une commission d'appel à projet avant que l'autorité administrative se prononce sur la demande du promoteur.

Observations de l'Uniopss

L'Uniopss n'est pas favorable à l'utilisation systématique de la technique de l'appel à projet pour la création de nouveaux établissements ou services sociaux ou médico-sociaux ou lieux de vie et d'accueil comme pour le renouvellement des autorisations (article 32-II du projet de loi). Cette utilisation systématique lui semble comporter plusieurs dangers.

Tout d'abord, cela risque d'empêcher la création de réponses innovantes et de standardiser les réponses mises en œuvre. Dans ce secteur social et médico-social, ce sont historiquement les acteurs de terrain qui détectant des besoins non satisfaits ou de nouveaux besoins ont cherché à construire de nouvelles formes de réponses. Ainsi, encore récemment, la création de l'accueil temporaire, de l'accueil de jour, des boutiques de solidarité...sont le fait d'associations qui sont allées ensuite rechercher le soutien de la puissance publique. Cette dernière a rarement été

précurseur dans la détection des besoins et dans l'imagination de nouvelles formes de réponses. Dès lors, il est à craindre que les cahiers des charges ne portent que sur des types de réponses déjà existants et empêchent des projets novateurs ou à la marge d'émerger faute d'entrer dans le moule du cahier des charges. Cette démarche très descendante, très dirigiste nous semble être à l'opposé de ce qui a fait la force du secteur social et médico-social.

Ensuite, le recours systématique à la technique de l'appel à projet risque, à notre sens, de s'accompagner de conditions tenant par exemple au respect de coûts standards ou des coûts les plus bas possibles ne favorisant pas la professionnalisation, la qualification des intervenants dans ce secteur. Depuis des années, on assiste en effet à une tension forte entre, d'un côté, la volonté de professionnaliser, d'améliorer les qualifications des personnes intervenant dans ce secteur, d'améliorer la qualité des réponses mises en œuvre, et, de l'autre, une pression très forte sur les coûts des structures. Cette opposition n'est pas tenable à terme.

Enfin, lors des débats parlementaires sur le projet de loi de financement de la sécurité sociale pour 2009, il a été indiqué qu'il était attendu du développement de la technique de l'appel à projet une réduction du délai moyen de création de nouvelles structures afin de le ramener de 4 ans à 2 ans. Pour l'Uniopss, pour développer plus fortement le secteur social et médico-social, il convient de dégager des financements publics plus conséquents. De nombreux projets ne peuvent aujourd'hui aboutir pour la simple raison que la puissance publique leur oppose l'absence de financements disponibles. De même, en utilisant plus fortement les enveloppes d'anticipation et les autorisations à effet différé, on peut donner plus de visibilité aux promoteurs et gagner du temps. De même, l'ouverture plus fréquente des « fenêtres d'autorisation », une réponse plus rapide de l'administration au promoteur (le délai de 6 mois prévu par la loi étant un délai maximal) sont également de nature à réduire les délais.

L'Uniopss propose donc d'écarter le caractère systématique de la technique de l'appel à projet. Nous proposons de limiter le recours à l'appel à projet à l'hypothèse où des besoins de la population ne sont pas satisfaits sur un territoire donné et qu'aucun gestionnaire ne s'est positionné pour y répondre.

Proposition d'amendement

Les trois derniers alinéas du 6° de l'article 28 du projet de loi sont supprimés ainsi que le 8° du même article.

Après le 6° de l'article 28 du projet de loi, il est inséré un 6° bis ainsi rédigé, « 6°bis : Lorsque sur un territoire, des besoins de la population ne sont pas satisfaits et qu'aucun gestionnaire ne propose d'y répondre, la ou les autorités visées à l'article L. 313-3 peuvent lancer un appel à projet dans des conditions fixées par décret en Conseil d'Etat ».

Article 28, 10° et 11°: Contrats d'objectifs et de moyens rendus obligatoires

Présentation de l'article

Cet article vise à rendre obligatoire la conclusion d'un contrat d'objectifs et de moyens dès lors que la personne morale gestionnaire gère un ensemble d'établissements ou services dépassant

certains seuils. Il prévoit également de substituer les CPOM aux conventions tripartites et aux conventions d'aide sociale (CHRS et Cada).

Observations de l'Uniopss

L'Uniopss est favorable au développement de « véritables » conventions entre les pouvoirs publics et les organisations représentatives des gestionnaires dans certaines conditions. Elle ne peut approuver les dispositions contenues dans le projet de loi HPST qui imposent aux gestionnaires ayant des établissements et services dépassant certains seuils de budget et de taille de conclure un CPOM. L'Uniopss défend le principe de volontariat, base d'un dialogue sain et d'un vrai partenariat. Une telle négociation suppose un accord entre les parties sur des objectifs à atteindre et les moyens à mobiliser à cet effet. Le CPOM –d'ailleurs souvent lié au CGSMS- est loin d'être le « remède miracle » annoncé.

En l'espèce, en imposant au gestionnaire de conclure un contrat d'objectif et de moyens, la disposition envisagée déséquilibre encore davantage la relation entre le gestionnaire et la puissance publique en pénalisant le premier.

Proposition d'amendement

Les 9°, 10° et 11° du projet de loi sont supprimés.

Article 28-16 : Périodicité des évaluations internes et externes des établissements et services sociaux et médico-sociaux

Présentation de l'article

Cet article revoit le calendrier des évaluations internes et externes des établissements et services sociaux et médico-sociaux. Il s'agit d'adopter un calendrier réaliste compte tenu de l'état d'avancement de ce chantier.

Observations de l'Uniopss

L'Uniopss est favorable à cette disposition. Elle demande par ailleurs aux pouvoirs publics de provisionner les financements qui seront nécessaires pour mettre en œuvre les différentes démarches d'évaluation dont notamment le financement du travail des évaluateurs externes estimé à plusieurs centaines de millions d'euros.

Chapitre IV : Dispositions de coordination et dispositions transitoires

Article 32 : dispositions transitoires

Présentation de l'article

Cet article règle les conséquences des évolutions prévues par le projet de loi en particulier les nouvelles procédures de concertation.

Observations de l'Uniopss

Compte tenu des amendements proposés par l'Uniopss, en particulier en ce qui concerne le sort des CROSMS, il convient d'amender cet article.

Article 33 : autorisation du gouvernement à légiférer par ordonnance

Présentation de l'article

Cet article autorise le gouvernement à prendre par voie d'ordonnance un certain nombre de mesures de concordance, notamment pour préciser les missions de service public qui seront celles des centres de lutte contre le cancer.

Observations de l'Uniopss

Compte tenu des amendements proposés par l'Uniopss, en particulier en ce qui concerne le sort des CROSMS et les établissements de santé privés d'intérêt collectif, il convient d'amender cet article. Par ailleurs, il ne faudrait pas que sous couvert d'opérer des modifications de forme pour la cohérence des textes, la teneur et la portée de ce qui aura été débattu devant la représentation nationale soit dénaturé et les principes ainsi posés contournés.

Observations complémentaires sur la reconversion de capacités hospitalières en capacités médico-sociales

Le secteur social et médico-social ne se confond pas avec le secteur hospitalier. Si les deux doivent bien sûr mieux coordonner leurs actions, c'est en préservant leurs spécificités respectives. Les personnes accompagnées par les établissements et services sociaux et médico-sociaux le sont pour des périodes relativement longues, il en résulte que le projet de vie des personnes ne se résume pas à un projet de soins, que les personnels qui travaillent dans ces structures ont des profils variés. La loi du 30 juin 1975 sur les institutions sociales et médico-sociales puis la loi du 2 janvier 2002 rénovant l'action sociale et médico-sociale ont reconnu puis conforté ces spécificités. L'Uniopss attend donc de la future loi qu'elle ne revienne pas en arrière par rapport à l'évolution de ces trente trois dernières années. Le temps où il y avait une confusion entre l'activité hospitalière et l'activité sociale et médico-sociale doit être révolu, pour le bien être des personnes. Cela implique de s'entourer d'un certain nombre de garanties en cas de reconversion d'activités hospitalières en activités médico-sociales. Ces opérations sont amenées à se multiplier du fait de la réforme de l'hôpital qui a vocation à se recentrer sur son cœur de métier, la phase aigue de la maladie, et à se redéployer vers d'autres activités, comme celles médico-sociales en direction des personnes âgées et des personnes handicapées. L'Uniopss n'est pas hostile à ces opérations si et seulement si elles s'accompagnent d'une véritable adaptation aux besoins des personnes ce qui suppose de revoir les cadres bâtis pour en faire des véritables lieux de vie, que les personnels soient formés à leur nouveau métier et sensibilisés aux publics auprès desquels ils vont intervenir, que les équipes soient complétées par des personnes ayant d'autres profils...