



Projet de Loi de modernisation de notre système de santé après le vote à l'Assemblée nationale – « Petite loi »

Avis de la Conférence nationale de santé adopté lors de la réunion de l'Assemblée plénière le 6 juillet 2015

Rapporteuse : Bernadette Devictor

1. Préambule

6 ans. C'est le temps qui s'est écoulé depuis la dernière grande loi de santé publique. Et si le projet de loi de modernisation de notre système de santé (PLMSS) ne donne pas l'impression d'être le « big-bang » attendu, il n'en reste pas moins étudié, débattu et jugé par tous comme essentiel pour l'avenir de la santé en France.

Soumis à la représentation nationale en procédure accélérée (une seule lecture à l'Assemblée et une seule lecture au Sénat), le PLMSS a été adopté par les députés le 14 avril dernier. Du projet de loi initial, il demeure l'essentiel. Toutefois, des secousses telluriques initiées par le gouvernement ou les députés sont venus l'ébranler, lui faire changer de visage, allant même jusqu'à remettre en cause des pans entiers de son esprit.

La CNS s'inscrit dans la poursuite du travail engagé l'année dernière, lors du précédent mandat. Depuis l'émergence de la Stratégie nationale de santé (SNS) en 2013 jusqu'à aujourd'hui, la CNS, le « Parlement de la santé », s'est impliquée dans cette nouvelle loi de santé. L'avis s'inscrit dans la continuité des précédents: en effet, en 2014, une contribution et un avis sont venus apporter un éclairage différent sur le projet de loi, alors qu'il n'était pas encore passé devant l'Assemblée nationale.

La contribution, tout d'abord. Adoptée par l'assemblée plénière de la CNS le 2 juillet 2014, elle faisait office d'avis intermédiaire. Le projet de loi n'avait pas encore été rendu public, la CNS n'avait pas encore été saisie ; toutefois, l'instance avait d'ores et déjà défini cinq grandes orientations ayant vocation à être reprises dans le texte gouvernemental.

- Orientation 1 : Définir dans la loi comme une priorité le développement de la promotion de la santé au sens de la Charte d'Ottawa en favorisant notamment l'éducation et la prévention à tous les âges de la vie
- Orientation 2 : Garantir pour tous l'accès à la santé, aux soins et à l'accompagnement et organiser l'offre autour des parcours des usagers
- Orientation 3 : S'appuyer sur la démocratie en santé comme acteur d'accompagnement du changement et la renforcer
- Orientation 4 : Renforcer l'information de l'utilisateur et l'observation en santé.
- Orientation 5 : Aller vers plus d'efficacité dans la gouvernance en santé et renforcer la coordination des politiques publiques aux niveaux national, régional et territorial

Ces orientations contenaient des propositions concrètes qui influenceront le projet de loi alors en cours de gestation. On peut ici citer en exemple l'action de groupe qui, proposée dans la contribution de la CNS (mesure 3.2.5.), sera reprise à l'article 45 du PLMSS ou bien encore le service public d'information (mesure 4.1) qui trouvera son expression à l'article 21.

La saisine de la CNS ayant été effectuée par lettre du Directeur général de la santé le 29 juillet 2014, l'avis définitif sur le projet de loi pouvait être rédigé puis adopté le 9 septembre. S'il s'inspirait en grande partie de la contribution de juillet, il s'appuyait sur une base beaucoup plus large, composée d'autres avis de la CNS comme celui de 2011 portant sur les « éléments de réflexion pour une politique nationale de santé 2011-2025 ». Le projet de loi ayant été diffusé à l'instance, des propositions d'amendements concrètes pouvaient être effectuées, et elles ne manquaient pas.

Cet avis se structurait autour de quatre axes :

- Le premier prenait le parti d'une description critique de la loi de santé. La CNS soulignait son contenu « assez hétérogène », englobant à la fois « des modifications conceptuelles ou structurelles » et des « dispositions purement techniques ». Elle recommandait son articulation avec les autres lois touchant au secteur de la santé et du médico-social, comme le projet de loi d'adaptation de la société au vieillissement ;
- Le second axe permettait à la CNS de se féliciter de mesures contenues dans le projet de loi, et ce dans de nombreux domaines. Ainsi, le rôle accru de la prévention dans les politiques publiques de santé, le service territorial de santé au public ou bien le développement de la représentation des usagers ont été salués par l'instance ;
- Le troisième axe venait quelque peu nuancer le second. En effet, la CNS soulignait l'absence de certaines réformes structurelles nécessaires à la bonne évolution de notre système de santé. Elle regrettait, entre autres, la non-introduction du parcours éducatif en santé ou l'absence d'évaluation des politiques ;
- Le quatrième axe regrettait que d'autres dispositions, pourtant attendues, fassent défaut dans le texte de loi. Parmi elles, on peut retrouver l'évolution des centres de santé ou encore le développement de la médiation en santé.

Nonobstant, le passage du PLMSS à l'Assemblée nationale a sensiblement changé la donne. Si certaines recommandations importantes de la CNS ont été prises en compte, ce n'est pas le cas de toutes et le travail des députés a modifié de multiples dispositions du texte. Ainsi, le service territorial de santé au public a cédé la place aux communautés professionnelles territoriales de santé (article 12bis de la « petite loi ») et une organisation représentative des associations agréées d'usagers, dont la composition et le fonctionnement seront définis en Conseil d'Etat, a vu le jour (article 1^{er}).

La CNS a examiné à plusieurs reprises la « petite loi » adoptée à l'Assemblée, lors des commissions permanentes des 28 avril, 27 mai et 25 juin ainsi que lors de la commission spécialisée « droit des usagers » du 26 mai.

Le projet d'avis a bénéficié de la contribution active de nombreux membres. Ce document a été présenté, discuté et adopté lors de l'assemblée plénière du 6 juillet 2015.

Par le biais de cet avis, notre instance poursuit un triple objectif :

- d'une part, formuler des propositions d'amendements déjà présentes dans ses précédents travaux ou nécessitées par l'état actuel du texte ;
- d'autre part, en vue du passage du PLMSS devant les sénateurs, d'émettre des recommandations sur les modifications à apporter ;
- enfin, d'identifier les décrets d'application pris à partir du PLMSS sur lesquels la CNS souhaite se pencher. Les décrets étant déjà en cours de rédaction, les recommandations d'orientation les concernant peuvent déjà, en partie, se retrouver dans cet avis.

Au nom des cinq orientations rappelées ci-dessus, ce troisième avis vient enrichir la démarche d'accompagnement parfois favorable, parfois critique mais surtout enrichissant du PLMSS par la CNS. Forte de ses multiples expériences et représentations, le « Parlement de la santé » ambitionne d'influencer encore ce texte, et les décrets qui s'en suivront, car nul doute qu'ils redessineront durablement le paysage de la santé.

2- Petite loi : des avancées certaines mais un manque de lisibilité et des demi-mesures

La CNS se félicite de nombre d'avancées contenues dans le texte du projet de loi, avec la volonté affirmée de donner sa place à la prévention, d'assurer l'organisation territoriale de l'offre en santé, de donner plus d'unité dans la gouvernance des politiques et de progresser encore en matière de démocratie en santé. Des caps significatifs sont franchis, avec notamment l'affirmation de l'organisation de l'offre en santé autour de la notion de parcours et de la territorialisation.

Néanmoins, la CNS s'interroge sur la lisibilité de l'ensemble du texte. Il y a bien sûr la question de l'harmonisation sémantique pointée à plusieurs reprises par la Conférence. Mais il y a surtout un manque de fil directeur pour donner sens à l'ensemble qui fait craindre que ce

texte ne vienne encore complexifier notre système de santé. Or complexité et inégalités de santé vont de pair.

En ce qui concerne le titre I relatif à la prévention, pour donner de la lisibilité à l'ensemble et plus de visibilité à l'objectif recherché, la CNS souhaite que ce titre traite plus clairement des parcours de prévention. Ceux-ci nécessitent l'implication des acteurs tout au long de la vie et sur tous les lieux de vie et leurs coordinations en termes de messages et d'actions. L'introduction de la notion de parcours éducatif de santé est saluée par la CNS. Il importera que celui-ci fasse l'objet d'une définition assez générale, tout en gardant la possibilité d'une adaptation aux besoins de chacun. Le parcours de santé dans le système éducatif à l'école devra veiller à associer, à égale importance, les actions collectives élaborées en faveur de la promotion de la santé et les actions concernant la santé individuelle des enfants (entretiens, dépistages infirmiers et visites médicales systématiques ou à la demande). Ainsi l'accès aux soins sera facilité.

La CNS reste perplexe devant la structuration du titre II ; les notions d'équipes de soins primaires, de communautés professionnelles territoriales de santé, de diagnostic, de projet territorial, de contrat territorial, de conseil territorial, ... (et leur déclinaison dans le secteur de la psychiatrie) s'enchaînent sans que soit clairement énoncé le fil directeur. A cet égard, le service territorial de santé au public jouait vraiment ce rôle. La CNS propose une structuration pour donner plus de clarté à l'ensemble.

La CNS attire également l'attention sur le fait que l'organisation des parcours de santé nécessite la coopération des acteurs de tous les secteurs (prévention, sanitaire, médicosocial, professionnels ou établissements) ; la rédaction du projet de loi est peu claire à cet égard au risque d'une perte réelle d'efficacité pour les usagers. Par ailleurs, les associations d'usagers sont des acteurs à part entière, pour autant leur participation aux communautés professionnelles n'est pas évoquée.

L'ARS a une mission d'animation de la politique régionale de santé. La CNS attire l'attention sur le fait que l'article 38 réduit le PRS et le PSRS aux objectifs de l'agence, alors qu'il y aurait lieu au contraire de renforcer la légitimité des agences dans leur rôle d'animation intersectorielle.

Les conseils territoriaux de santé (CTS), successeurs des conférences de territoires (CT), doivent disposer de beaucoup plus de prérogatives. Il est proposé de leur faire rendre un avis sur les projets territoriaux de santé et sur la création des plateformes territoriales d'appui à la coordination des parcours de santé complexes. Le texte est potentiellement porteur de ce qui serait une nouvelle étape de la démocratie en santé, en donnant la possibilité aux acteurs d'un territoire de définir ensemble, en lien avec l'ARS, l'organisation de l'offre et la façon de mieux répondre aux besoins des usagers. Le texte ne devrait pas s'arrêter en chemin.

Les instances de démocratie en santé, CRSA et CNS, doivent voir leur rôle d'évaluation du respect des droits des usagers renforcé ; elles doivent être destinataires des bilans annuels annoncés (pacte territoire santé, observatoire des refus de soins, etc...). L'articulation des

travaux des instances CRSA, CTS et CDCA prévus à la loi d'adaptation de la société au vieillissement (loi ASV) devra être affirmée.

Par ailleurs, la CNS exprime sa réserve sur l'organisation représentative des associations d'usagers agréées présente au texte de loi. Cette organisation nécessite une large concertation des associations d'usagers, au-delà des seules associations actuellement agréées. La CNS, souhaite être saisie de la question de l'agrément. Dans le cas où l'organisation représentative serait définitivement adoptée par les sénateurs, notre instance souhaite qu'un rapport sur les contours de l'organisation et les rôles que les associations entendent lui voir jouer lui soit soumis pour avis¹.

La CNS, parlement de la santé, devrait être beaucoup impliquée dans l'élaboration, le suivi et l'évaluation des politiques publiques. La « petite loi » n'y fait pas référence. Renforcer la démocratie en santé passe aussi par la reconnaissance législative du rôle des instances.

3. Proposition d'amendements au texte de loi et premières réflexions d'orientation des décrets

Notes de lecture :

- Les propositions d'amendements sont précédées de cette puce
- ☞ Les propositions d'orientations de décret de ce symbole

TITRE LIMINAIRE

Article 1^{er}

- Alinéa 10 3° « *La prévention collective et individuelle des maladies et de la douleur, des traumatismes et des pertes d'autonomie, notamment par la définition **de parcours de prévention incluant notamment** le parcours éducatif de santé de l'enfant, l'éducation pour la santé tout au long de la vie et sur tous les lieux de vie, et le développement de la pratique régulière d'activités physiques et sportives à tous les âges* »

¹¹ La stratégie nationale de santé évoque une mission exploratoire sur la création d'un mouvement des usagers. Dans son avis de juillet 2014, la CNS a souhaité que « cette mission exploratoire commence par la définition des missions et objectifs qui seront attribués au mouvement des usagers et que seulement ensuite soient analysées les modalités qui pourraient être les plus adaptées. Il y aura lieu de retenir comme cadre de réflexion le fait de maintenir et préserver la diversité de la représentation des usagers ainsi que la complémentarité des rôles national et régional.

En tout état de cause, la CNS souligne son attachement à une approche « usagers de la santé », tout en reconnaissant les spécificités de chacune des parties prenantes (patients / personnes en situation de handicap / personnes âgées / consommateurs / familles / usagers / ...) sans pour autant avoir une approche cloisonnée »
référence de l'avis

Exposé des motifs : il s'agit ici de mettre en évidence la nécessité d'une continuité des actions de prévention tout au long de la vie, incluant tous les lieux de vie dont les lieux de travail. Le parcours de prévention devra bénéficier de la coordination des acteurs pour arriver à une véritable cohérence des messages et des initiatives.

- Alinea 12 4° « *L'organisation des parcours de santé. Ces parcours visent, par la coordination des acteurs sanitaires, sociaux et médico-sociaux, en lien avec les usagers et les **collectivités territoriales**, à garantir la continuité, l'accessibilité, la qualité, la sécurité et l'efficacité de la prise en charge de la population* »

Exposé des motifs : du fait de l'organisation du système de santé pour les réponses aux personnes en situation de maladie chronique, de perte d'autonomie ou de handicap (bien souvent à domicile), les collectivités territoriales sont des acteurs de fait de la réponse aux besoins de santé des populations. Elles contribuent à la mise en place des solutions adaptées.

- Alinea 19 « *La politique de santé est adaptée aux besoins des personnes en situation de handicap et de leurs aidants familiaux. (insertion d'un retour à la ligne)*

*Elle tend à assurer l'accès effectif de la population à la prévention et aux soins et concourt à l'objectif d'équité territoriale en lien avec les **collectivités territoriales**. A cet effet, elle tient compte des spécificités géographiques, démographiques et saisonnières.* »

Exposé des motifs : idem que ci-dessus

- Alinéa 21 9° « *Tout projet de réforme portant sur la politique de santé (...) envisagé par le Gouvernement fait l'objet d'une concertation préalable avec l'union nationale des caisses d'assurance maladie, l'union nationale des organismes d'assurance maladie complémentaire, l'Union nationale des professionnels de santé, la **Conférence nationale de santé** et de l'organisation représentative des associations des usagers agréées conformément à l'article L. 1114-1 du présent code. La composition et le fonctionnement de l'organisation représentative des associations des usagers agréées sont déterminés par décret en Conseil d'État.* »

Exposé des motifs : la formulation présente du projet de loi fait référence exclusivement à l'organisation des professionnels de santé et celle des usagers. De nombreuses autres organisations ou instances ont déposé des amendements pour figurer dans la liste. La CNS propose de mettre en avant son positionnement généraliste tout en faisant figurer dans l'avis les positions spécifiques des organisations qui la composent.²

² L'article L1411-3 modifié par [Ordonnance n°2010-177 du 23 février 2010 - art. 12](#) prévoit que la Conférence nationale de santé... est consultée par le Gouvernement lors de la préparation du projet de loi définissant les objectifs de la politique de santé publique ». Dans son alinea 28, le PLMSS modifie en « lors de l'élaboration de la stratégie nationale de santé »

☞ Orientation du décret sur l'organisation représentative des associations des usagers agréées : dans l'état actuel de la formulation, la C.N.S reste tout à fait réservée (voir note de bas de page précédente). En effet, elle souligne que le terme « *associations agréées* » ferme le périmètre tant que les contours de l'agrément ne sont pas modifiés et s'interroge par ailleurs sur les modes de fonctionnement de cette organisation.

Aussi, la C.N.S. propose d'être consultée sur les modalités d'agrément des associations en santé, afin d'élaborer les principes permettant une représentation des usagers tout le long de leur parcours³. Ce travail pourrait se faire, si possible, en lien avec la C.N.A.arusp. La CNS souligne que l'agrément ne résout pas tous les problèmes éventuels de conflit d'intérêt, et que des chartes de déontologie pourraient être élaborées l'une pour les associations, l'autre pour les représentants des usagers. Par ailleurs, dans le cas où elle serait définitivement votée l'organisation représentative ne pourrait être acceptée par les associations que si toutes les garanties de fonctionnement démocratique sont réunies, que ce soit entre associations ou entre les niveaux national et régional. Cela suppose un travail d'analyse auprès des associations concernées. Celui-ci devra déterminer les missions que les associations souhaitent voir prendre en charge par l'organisation représentative.

TITRE I – RENFORCER LA PREVENTION ET LA PROMOTION DE LA SANTE

- Modification du TITRE I : formulation proposée

« *Inscrire chacun dans un parcours de promotion de la santé et de prévention* »

Par ailleurs, dans son avis « contribution au projet de loi de santé », la CNS recommandait dans sa mesure 3.1.1 « systématiser la saisine des instances de démocratie en santé (notamment CNS et CRSA) dans les décisions de politique de santé

³ Extrait de la contribution à la loi de santé (avis CNS juillet 2014)

Mesure 3.2.2 - Reconnaître des modalités homogènes de représentation des usagers quel que soit le secteur concerné (sanitaire, médico-social).

Cette homogénéité est en cohérence avec le cadre du parcours de santé où l'utilisateur est amené à « passer » du sanitaire au médico social et vice versa.

De ce fait, l'agrément des associations habilitées à représenter les usagers de la santé est à revoir dans cette perspective pour qu'il s'adapte mieux aux différentes catégories d'associations. La révision de l'agrément doit s'accompagner d'une charte d'engagement des associations (notamment à proposer comme RU des personnes qui portent réellement la parole des usagers et non de leur institution) et d'une charte d'engagement des personnes s'engageant dans la représentation des usagers (engagement de formation, de participation effective aux instances, de travail inter-associatif, ...).

La révision des critères de l'agrément devra tenir compte des modalités qui seront retenues pour engager les actions de groupes.

Exposé des motifs : L'objet de la modification du titre est de souligner l'importance de la démarche de promotion de la santé et de prévention, tout au long de la vie sur tous les lieux de vie, qui doit concerner chacun. De fait, la prévention est positionnée comme un axe majeur de la stratégie nationale de santé, stratégie qui a fait l'objet d'un large consensus.

La notion de parcours renvoie aussi à la nécessaire coordination des acteurs et des actions de prévention / promotion de la santé, pour viser la continuité et la cohérence des discours. Cet objectif est présent dans les articles sans être pour autant explicite. Par ailleurs, la CNS reviendra plus tard dans l'avis sur la nécessaire inscription des acteurs de la prévention dans les communautés professionnelles territoriales de santé.

Par ailleurs, l'exposé des motifs de la loi indique que « Les inégalités en matière de santé sont parmi les plus inacceptables, placées par les Français loin devant les inégalités de revenus ou d'accès à l'emploi. Les outils qui permettent de les combattre, sont la promotion de la santé et la prévention. » Dans cette nouvelle formulation, le titre I rappelle que cette démarche de prévention / promotion de la santé doit concerner chacun quelle que soit sa condition.

Article 2

- d) alinéa 4 « *Les élèves et étudiants bénéficient également d'actions de promotion de la santé et d'actions concernant la santé individuelle constituant un parcours éducatif de santé, contribuant à leur parcours de santé, conduit dans les conditions prévues au dernier alinéa du II de l'article L. 121-4-1 du code de l'éducation.* »

Exposé des motifs : la CNS souhaite rappeler que le parcours éducatif en santé s'inscrit dans le parcours de santé, en soulignant que la santé scolaire est parfois le seul accès aux soins pour les enfants. La formulation « leur parcours de santé » renvoie à la notion de personnalisation des parcours en fonction des besoins des élèves et étudiants.

Orientation des décrets : La CNS valide la notion de parcours éducatif de santé de l'enfant, qui reste à préciser dans le décret par le biais d'une concertation avec les acteurs de la prévention, voire les associations de parents. Ces associations peuvent faire partie des « ressources locales » de mise en œuvre du parcours éducatif en santé ; mais cela exige une grande vigilance sur l'égalité et la qualité de l'information donnée. En effet, l'intervention de ces associations doit se faire à la suite d'un diagnostic précis des besoins en promotion de la santé. L'avis d'un professionnel formé à la santé publique, indépendant de l'établissement scolaire et des associations, peut être utile pour construire un projet adapté aux besoins. En l'absence d'association et en présence d'un besoin avéré d'intervention, les collectivités locales pourraient être sollicitées pour

favoriser l'intervention des ressources associatives nécessaires. Ainsi, l'égalité des ressources et de formation des élèves dans chaque établissement.

Par ailleurs, le parcours éducatif de santé devrait inclure une information sur la santé mais aussi sur le système de santé et le système de solidarité. La CNS demande à être associée à cette définition.

Enfin, la C.N.S souhaite que soit clairement précisé le **lien entre l'éducation alimentaire et la prévention en santé.**

Article 4 Publicité sur l'alcool

- ajout d'un article « *l'article 62ter de loi dite Macron est abrogé* »

Exposé des motifs : L'article 62 ter du projet de loi pour la croissance, l'activité et l'égalité des chances économiques dite « loi Macron » (article 62ter) porte amendement de la loi Evin.

En voici le texte (les modifications par rapport au texte de la loi Evin sont en gras) :

« Est considérée comme propagande ou publicité, au sens du présent livre, une opération de communication effectuée en faveur d'un produit ou service, relevant de l'activité d'une personne ayant un intérêt à la promotion dudit produit ou dudit service et susceptible d'être perçue comme un acte de promotion par un consommateur d'attention moyenne.

« Toute propagande ou publicité en faveur d'une boisson alcoolique ne doit pas inciter à un excès de consommation, en particulier chez les jeunes.

« La publicité ou la propagande est directe lorsqu'elle est effectuée en faveur d'une boisson alcoolique. » ;

Est considérée comme propagande ou publicité indirecte la propagande ou publicité « effectuée » en faveur d'un organisme, d'un service, d'une activité, d'un produit ou d'un article autre qu'une boisson alcoolique qui, par son graphisme, sa présentation, l'utilisation d'une dénomination, d'une marque, d'un emblème publicitaire ou d'un autre signe distinctif, rappelle « effectivement ou a pour but de rappeler » une boisson alcoolique.

Toutefois, ces dispositions ne sont pas applicables à la propagande ou à la publicité en faveur d'un produit autre qu'une boisson alcoolique qui a été mis sur le marché avant le 1er janvier 1990 par une entreprise juridiquement ou financièrement distincte de toute entreprise qui fabrique, importe ou commercialise une boisson alcoolique.

« Seuls les éléments de la publicité consacrée à un organisme, un service, une activité, un article autre qu'une boisson alcoolique qui rappellent effectivement ou

ont pour but de rappeler une boisson alcoolique doivent être conformes à l'article L. 3323-4 du code de la santé publique. »

Avec cet amendement, il sera bien plus difficile de prouver qu'il y a eu publicité indirecte d'alcool. En effet, il faudra démontrer qu'une personne (notamment un VIP) a eu l'intention « d'effectuer » une publicité pour une marque d'alcool. La publicité indirecte ne sera plus automatiquement interdite, il appartiendra aux parties civiles de prouver le lien entre l'annonceur et la marque. Cet amendement pose un véritable risque de santé publique, car il permettra un large développement de la publicité sur l'alcool.

La CNS souhaite rappeler les conséquences sanitaires majeures (mortalité, morbidité, violences sociales) liées à la consommation de l'alcool en France et leurs contributions très importantes aux inégalités sociales de santé.

La CNS, dans la continuité de ses avis et interventions (notamment au travers de ses rapports sur les droits des usagers), agit pour conférer aux personnes les moyens d'assurer un plus grand contrôle et d'améliorer leur propre santé, dans le respect de leur libre arbitre. Or, il y a une très forte inégalité dans le rapport à l'alcool, de très nombreuses personnes développant un processus de dépendance à l'alcool.

La CNS rappelle que la publicité ou la propagande, contrairement à l'information ou à l'éducation, ne peuvent être des outils au service de la responsabilisation ou de l'autonomisation des individus ou des populations et que ce sont toujours les populations les plus fragiles qui en sont le plus victimes. Par ailleurs, il est permis de douter que l'introduction du concept de « consommateur d'attention moyenne » puisse faciliter la définition de la publicité si ce n'est pour faire écho au processus de propagande qui nécessite des « minutes de cerveaux disponibles ».

Considérant que des enjeux essentiellement économiques au bénéfice d'un petit nombre soutiennent la démarche de dérégulation entreprise aux dépens de la santé globale des citoyens, la CNS demande le retrait de l'article 62ter du projet de loi Macron, ou, si cette loi était définitivement approuvée par les députés, son abrogation dans la LMSS. Elle rappelle par ailleurs aux législateurs la nécessité de réaliser des études d'impact, en particulier sur la santé, des nouvelles dispositions législatives.

Article 5 Score nutritionnel

☞ Orientation du décret : La C.N.S. tient à faire partie des instances consultées sur ce décret, à côté notamment du conseil national de l'alimentation.

La CNS attend du gouvernement qu'il porte au niveau européen cette préoccupation d'une meilleure information nutritionnelle accessible à tous.

TITRE II – FACILITER AU QUOTIDIEN LES PARCOURS DE SANTE

Remarque préalable

La C.N.S. regrette la disparition du service territorial de santé au public qui donnait un fil directeur à l'ensemble de ce titre. Elle souligne le peu de lisibilité du chapitre 1^{er} qui liste sans lien apparent les équipes de soins primaires, les communautés professionnelles territoriales de santé, le pacte territoire santé, le projet territorial de santé mentale, les fonctions d'appui aux professionnels, l'accompagnement des personnes souffrant de maladie chronique ou en situation de handicap. Il aurait été plus compréhensible de trouver :

- Article 12 : « structurer les soins primaires »
- Article 12 bis (ex ter) : « favoriser l'accès aux soins primaires : le pacte territoire santé »
- Article 12 ter (ex bis) : « favoriser les coopérations : communautés professionnelles territoriales de santé »
- Article 13 : « favoriser l'accès à la santé mentale et à la psychiatrie »
- Article 14 : « venir en appui des professionnels »
- Article 21 et 22 : « venir en appui des usagers »
- Article 21 : « le service public d'information en santé »
- Article 22 : « l'accompagnement des personnes souffrant de maladies »

Article 12 Equipe de soins primaires

- Alinea 3 « *Art L.1411-11-1 L'équipe de soins primaires contribue à la structuration des parcours de santé, mentionnés à l'article L.1411-1, des usagers. Son projet de santé a pour objet par une meilleure coordination des acteurs, la prévention, l'amélioration et la protection de l'état de santé de la population, la réduction des inégalités sociales et territoriales de santé. Elle contribue à la gradation de la prise en charge des soins non-programmés.* »

Exposé des motifs : L'accès de tous aux soins primaires est un objectif essentiel dans la réduction des inégalités de santé. Au-delà des problématiques de démographie médicale, des dysfonctionnements sont constatés. L'hôpital, qui n'est officiellement que le 3^{ème} recours pour les soins primaires, connaît une inflation des consultations liée aux soins non programmés pendant les heures d'ouverture des cabinets médicaux. Dans la perspective d'améliorer l'accès aux soins, et en complément de l'article 15 traitant de la permanence de soins, il apparaît nécessaire de mentionner explicitement la contribution de ces équipes de soins primaires à la prise en charge des soins non programmés sur des horaires en complémentarité avec la permanence de soins ambulatoire.

Il serait logique également de lire qu'à défaut d'initiative des professionnels, l'ARS puisse prendre toutes les mesures nécessaires (voir rédaction dans article 12 bis)

Article 12 bis Communautés professionnelles territoriales de santé

- Alinéa 7 « Afin d'assurer une meilleure coordination de leur action et ainsi concourir à la structuration des parcours de santé mentionnés à l'article L. 1411-1 et à la réalisation des objectifs du projet régional de santé mentionné à l'article L. 1434-1, des professionnels de santé peuvent décider de se constituer en communauté professionnelle territoriale de santé. »

☞ orientation du décret : La C.N.S. souhaite, qu'à défaut de citer toutes les parties prenantes à la constitution des communautés professionnelles, il soit trouvé une formulation qui rende évidente le fait que les établissements de santé sont concernés. Elle formule des recommandations sur **le décret d'application qui devra citer très largement l'ensemble des acteurs potentiellement concernés**, dont les établissements de santé, et les acteurs de prévention, tout en laissant la marge de manœuvre nécessaire selon les territoires et les projets poursuivis.

- Alinéa 8 « La communauté professionnelle territoriale de santé est composée de professionnels de santé regroupés, le cas échéant, sous la forme d'une ou de plusieurs équipes de soins primaires, d'acteurs assurant des soins de premier ou de second recours, définis, respectivement, aux articles L. 1411-11 et L. 1411-12 et d'acteurs médico-sociaux et sociaux, **d'acteurs de la prévention (dont la santé scolaire, la santé universitaire, la PMI, ...)** concourant à la réalisation des objectifs du projet régional de santé, **tout en participant à la continuité, à l'accessibilité et à la lisibilité des parcours de santé.** »

Exposé des motifs : le parcours de prévention est partie intégrante du parcours de santé. Les acteurs de prévention doivent participer aux coopérations territoriales qui se mettront en place. Par ailleurs, il y a lieu de rappeler que les communautés doivent contribuer à améliorer les parcours de santé, les rendre plus accessibles et ne pas complexifier le système mais le rendre plus lisible pour les usagers.

Les établissements et services médico-sociaux et sociaux, dans leur diversité de statuts (offrant accueil, hébergement, accompagnement et/ou soins aux personnes aux différents moments de leurs parcours de vie et de santé, en situation de handicap, de perte d'autonomie en raison de l'âge, et/ou en situation de vulnérabilité ou de précarité sociale) doivent être partie prenante de toutes les coopérations territoriales et donc des communautés professionnelles territoriales de santé.

- Alinea 11 « A défaut d'initiative des professionnels, l'agence régionale de santé prend en concertation avec les acteurs de santé (notamment les unions régionales de professionnels de santé, des représentants des centres de santé et des établissements de santé,...) et les conseils territoriaux de santé les initiatives nécessaires à la constitution des communautés professionnelles territoriales de santé.

Exposé des motifs : les communautés professionnelles de santé concernent potentiellement l'ensemble des acteurs de santé d'un territoire, les acteurs dans leur diversité et le conseil territorial de santé devraient donc être mobilisés en cas de carence d'initiative.

Article 12 bis Contrats territoriaux de santé

- *« Art. L. 1434-12. – Pour répondre aux besoins identifiés dans le cadre des diagnostics territoriaux mentionnés au III de l'article L. 1434-9 et sur la base des projets de santé des équipes de soins primaires et des communautés professionnelles territoriales de santé, l'agence régionale de santé peut conclure des contrats territoriaux de santé après avis du conseil territorial de santé. »*

Exposé des motifs : le conseil territorial de santé doit jouer un rôle actif dans la politique territoriale de santé et ne pas être seulement une chambre d'enregistrement.

Article 12 ter Pacte Territoire-santé

- Alinéa 7 : *« Un comité national est chargé d'assurer le suivi de la mise en œuvre de ce pacte et d'établir un bilan annuel des actions engagées. Il est composé, notamment, de représentants de professionnels de santé et d'élus, selon des modalités définies par décret. Le bilan annuel est communiqué aux CRSA et à la CNS pour avis. »*

Exposé des motifs : Les dispositions du pacte territoire santé étant incitatives, il y a lieu d'en assurer un suivi régulier. Ce dernier doit contribuer au débat public au travers des instances de démocratie en santé qui ont notamment en charge le suivi l'accessibilité à tous du système de santé.

Article 13

La CNS s'est interrogée sur la formulation « enfants et adolescents » assez imprécise mais sans être pour autant en mesure de proposer mieux. Sa préoccupation est de ne laisser aucun jeune en souffrance psychique sans accompagnement. La majorité (ou dans certains cas, l'âge de 16 ans) marque souvent une rupture dans l'accompagnement du jeune, celui-ci passant d'un maillage relativement serré pour enfants à un autre plus lâche pour adultes, ce qui peut entraîner une aggravation de ses souffrances.

Article 13 quater contention et placement en isolement en psychiatrie

- Alinéa 1 : *« ~~Le placement~~ L'admission en chambre d'isolement et la contention sont des pratiques de dernier recours. Il ne peut y être procédé que pour prévenir un dommage immédiat ou imminent pour le patient ou autrui, sur ~~décision~~ prescription d'un psychiatre, prise pour une durée limitée. Leur mise en œuvre doit faire l'objet d'une surveillance stricte confiée par l'établissement à des professionnels de santé désignés à cette fin. »*

Exposé des motifs : Le projet de loi prévoit une évolution bienvenue des processus d'admission en chambre d'isolement et d'usage de la contention. Pour autant, il serait regrettable qu'une disposition législative rétablisse dans le code de la santé publique, avec le mot « placement », un vocabulaire asilaire que le projet de loi d'adaptation de la société au vieillissement s'attache, légitimement, à faire disparaître du code de l'action sociale et des familles. Il est donc proposé le mot « admission », bien identifié dans les repères juridiques et pratiques du secteur hospitalier.

Plus important encore, le présent amendement propose de remplacer le mot « décision », qui inscrirait la mise en isolement et la contention dans le cadre des actes juridiques unilatéraux susceptibles de recours et de décisions juridictionnelles spécifiques, en dehors du cadre prévu pour la législation des soins sans consentement. Le mot « décision » serait remplacé par le mot « prescription », lequel s'inscrit à la fois dans la responsabilité médicale classique, et la nécessité de faire face à des situations aiguës et urgentes. Naturellement, la prescription peut faire l'objet naturellement d'une discussion ou de désaccords, mais dans un cadre professionnel, sous l'autorité de la Haute Autorité de Santé et des sociétés savantes, ainsi que de plaintes si elle s'avère inappropriée.

Cette proposition d'amendement vise à refuser la judiciarisation des processus de soins qui ne porteraient que des améliorations théoriques, sur le papier, alors que la réalité est structurée par le grave manque de médecins psychiatres et de magistrats.

- Encadrement et traçabilité de l'usage de la contention dans les établissements de santé. Après l'article 13 quater, il est inséré l'article additionnel ainsi rédigé :
« Dans un délai de six mois à compter de la promulgation de la présente loi, le Gouvernement remet au Parlement un rapport d'évaluation de l'usage de la contention dans les établissements et service sociaux et médico-sociaux, ainsi que dans les établissements de santé autres que ceux autorisés en psychiatrie. Ce rapport établit des propositions sur les modalités d'élaboration des bonnes pratiques, concernant le processus de décision, la traçabilité et l'évaluation des pratiques professionnelles. Ce rapport recueille l'avis de la Haute Autorité de Santé, de l'Agence Nationale de l'Evaluation et de la qualité des établissements et Services sociaux et médico-sociaux, et de la Conférence nationale de santé. »

Exposé des motifs : Le projet de loi prévoit en son article 13 quater des dispositions concernant l'usage de chambres d'isolement et de contention dans les établissements de santé autorisés en psychiatrie. Ce sujet sensible a fait l'objet de travaux de la Haute Autorité de Santé, et existe dans tous les établissements et services sociaux et médico-sociaux. L'objet de la présente proposition d'amendement est d'approfondir le sujet. Le projet de loi ne doit pas se cantonner aux seuls établissements de santé autorisés en psychiatrie, cette question se posant parfois dans d'autres disciplines médicales

somatiques et également dans des structures sociales et médico-sociales (établissements ou services). En effet celles-ci sont bien moins équipées en temps médical et en personnel soignant qualifié, ce qui peut induire des usages inappropriés de contention.

Il est à noter que la publication de référence à ce sujet, établie dans la suite d'une conférence de consensus, « *Liberté d'aller et venir dans les établissements sanitaires et médico-sociaux et obligation de soins et de sécurité* », (FHF-ANAES, Editions de l'Ecole Nationale de la Santé Publique, Mai 2006), prenait soin d'impliquer également les structures pour enfants et adultes handicapés, pour personnes âgées, les établissements sanitaires de soins de suite et de réadaptation, etc...

Article 14 : Fonctions d'appui aux professionnels pour la coordination territoriale des parcours de santé complexe

Alinea 1 Art L.6327-1 « *Les fonctions d'appui sont l'ensemble des activités ou des prestations à envisager pour soutenir les professionnels de santé, sociaux et médico-sociaux dans la prise en charge des cas complexes. Leur déploiement doit s'inscrire dans une dynamique d'intégration territoriale et contribuer à éviter notamment les hospitalisations inutiles ou les réhospitalisations précoces, ainsi que les ruptures de parcours.* »

☞ orientation du décret : La C.N.S. regrette le caractère très flou des fonctions d'appui aux professionnels pour la coordination territoriale des parcours de santé complexes et demande à être consultée sur les décrets d'application.

Article 19 Refus de soins – évaluation de la mise en œuvre

- Alinéa 2 « *Il évalue, en lien avec des associations de patients agréées en application de l'article L. 1114-1 et selon des modalités précisées par décret, le respect du principe de non-discrimination dans l'accès à la prévention ou aux soins, mentionné à l'article L. 1110-3, par les membres de l'ordre. Il lui revient de mesurer l'importance et la nature des pratiques de refus de soins par les moyens qu'il juge appropriés. Un rapport annuel d'évaluation est adressé au Ministère, aux CRSA et à la CNS*»

Exposé des motifs : les CRSA et la C.N.S. ayant la responsabilité de produire chaque année un rapport d'évaluation sur le respect des droits des usagers, cette évaluation contribuera utilement à leurs travaux.

☞ orientation du décret : il conviendra de définir dans le décret d'application le refus de soin illégitime avec des critères précis et notamment⁴ :

⁴ Rapport de la CNS sur les refus de soins, juin 2010
http://www.sante.gouv.fr/IMG/pdf/CP_2010_06_11_rapport_refus_soins.pdf

- 1° Le fait de proposer un rendez-vous dans un délai manifestement excessif ;
- 2° Le fait pour un professionnel de la santé de négliger de communiquer les informations relatives à la santé du patient au professionnel de la santé qui est à l'origine de la demande de consultation ou d'hospitalisation ;
- 3° Le fait de ne pas respecter les tarifs opposables pour les titulaires de la CMU-C, de l'AME et de l'ACS ;
- 4° Le refus d'appliquer le tiers payant ;
- 5° L'orientation répétée et abusive vers un autre confrère, un centre de santé ou la consultation externe d'un hôpital, sans raison médicale énoncée ;
- 6° L'attitude et le comportement discriminatoire du professionnel de santé.

Les dispositions de refus de soin seraient également applicables quand le refus de soins est commis à l'encontre d'une personne ayant sollicité les soins dans le but de démontrer l'existence du refus discriminatoire.

Par ailleurs, des associations dont l'objet statutaire comporte l'aide aux plus démunis ou l'accès aux soins, pourrait exercer les droits reconnus à une personne victime d'un refus de soins illégitime si elle justifie avoir reçu l'accord de la personne intéressée.

Article 21 Service public d'information en santé

- Alinéa 1 : « *Un service public, placé sous la responsabilité du ministre chargé de la santé, a pour mission la diffusion gratuite et la plus large des informations relatives à la santé et aux produits de santé, notamment à l'offre sanitaire, médico-sociale et sociale auprès du public. Les informations diffusées sont adaptées et accessibles aux personnes en situation de **vulnérabilité culturelle, sociale, handicap ou de perte d'autonomie**.* »

Exposé des motifs : La notion de handicap doit être comprise au sens large, y compris social et culturel notamment pour intégrer la question des migrants.

☞ **orientation du décret** : il faudra veiller à inclure la prévention dans le champ des informations

- Alinéa 2 : « *Il est constitué avec le concours des caisses nationales d'assurance maladie, de la Caisse nationale de solidarité et de l'autonomie, des agences et des autorités compétentes dans le champ de la santé publique et des agences régionales de santé. **Un comité de pilotage incluant les usagers en définit les contours***»

Exposé des motifs : un service public d'information en santé destiné au public ne peut se concevoir sans les usagers !

Article 22 **Accompagnement des personnes malades chroniques ou en situation de handicap**

- Alinéa 1 : « À titre expérimental et pour une durée de cinq ans à compter de la promulgation de la présente loi, peuvent être mis en œuvre des projets d'accompagnement sanitaire, **médico-social**, social et administratif des personnes souffrant d'une maladie chronique ou étant particulièrement exposées au risque d'une telle maladie ainsi que des personnes **en situation de handicap**. »

Exposé des motifs : il s'agit de réparer un oubli, l'accompagnement peut être sanitaire, médicosocial, social ou administratif.

Par ailleurs, La CNS demande à ce que le PLMSS fasse l'objet d'une mise en cohérence sémantique. Ici remplacement de personnes handicapées par **personnes en situation de handicap**.

- Même ajout du médicosocial dans l'alinéa 3

TITRE IV – RENFORCER L'EFFICACITE DES POLITIQUES PUBLIQUES ET LA DEMOCRATIE SANITAIRE-EN SANTE (la modification sémantique devra également être effectuée pour le reste du texte)

La CNS demande à ce que le PLMSS fasse l'objet d'une mise en cohérence sémantique. Ici remplacement de démocratie sanitaire par démocratie en santé.

Article 38 **Projet régional de santé**

- Alinéa 7 : « Art. L. 1434-1. – *Le projet régional de santé définit, en cohérence avec la stratégie nationale de santé et dans le respect des lois de financement de la sécurité sociale, les objectifs pluriannuels de la politique de santé dans la région incluant les objectifs de l'agence régionale de santé dans ses domaines de compétences, ainsi que les mesures tendant à les atteindre.* »

Exposé des motifs : Les ARS, dès leur création ont porté l'ambition d'une animation intersectorielle de la politique de santé en région. Dans les faits, cela n'est pas si aisé à réaliser. Pour autant, au moment où la prise en compte des déterminants de santé est croissante (le comité interministériel pour la santé vient d'être créé en juillet 2014) et la prévention appelée à prendre davantage de place, il y a lieu de maintenir cette ambition intersectorielle. Conserver la formulation actuelle reviendrait à y mettre un frein définitif.

- « (...) un cadre d'orientation stratégique qui détermine des objectifs généraux et les résultats attendus à dix ans »

De même, il y a lieu de reprendre en grande partie la description du Plan stratégique régional de santé (P.S.R.S.) tel qu'elle figure dans la loi dite « H.P.S.T. » dans l'article L. 1434-2 : « *Le plan stratégique régional de santé est le cadre d'orientation stratégique qui détermine des objectifs généraux et les résultats attendus à dix ans ; il prévoit les coordinations avec les politiques d'accompagnement médicosocial et social portées en coopération avec d'autres acteurs et notamment, les articulations avec la santé au travail, la santé en milieu scolaire et universitaire, la santé des personnes en situation de précarité et d'exclusion* ».

Exposé des motifs : idem, l'intersectorialité et, le lien avec les collectivités territoriales sont ici centrales.

Article 38 Composition et prérogatives des Conseils Territoriaux de Santé

- ART L1434-9 « *Le conseil territorial de santé est notamment composé de représentants des élus des collectivités territoriales, des services départementaux de protection maternelle et infantile mentionnés à l'article L. 2112-1 et des différentes catégories d'acteurs du système de santé du territoire concerné **dont les représentants des usagers et les acteurs de la prévention (en particulier santé scolaire et universitaire).*** »

Exposé des motifs : Il y a lieu de préciser la présence des représentants des usagers dans le tour de table du conseil territorial de santé tout en saluant la volonté du législateur d'insister sur l'écoute de la parole des usagers du territoire. Par ailleurs, les acteurs de la prévention ne doivent pas être oubliés dans le tour de table en cohérence avec le titre 1 de la loi sur les parcours de prévention et dans la recherche d'une mise en œuvre intersectorielle de la politique de santé au niveau territorial.

Orientation des décrets : les décrets devront préciser les modalités d'attribution de la présidence des conseils. Par ailleurs, la C.N.S propose qu'en cas de carence de représentants d'usagers, les CRSA soient sollicités. Cette dérogation ne se limiterait pas aux CTS ultra-marines.

Afin de renforcer la participation de l'ensemble des usagers, dont les personnes en situation de vulnérabilité ou de précarité sociale, il est souhaitable que les représentants des CCRPA (Conseil Consultatif régionaux des personnes accueillies) soient associés aux travaux des instances consultatives (CRSA, Conseils territoriaux de santé...), contribuant ainsi à la lutte contre les inégalités sociales et territoriales d'accès à la santé.

- « ~~(le cts) Il est informé~~ **il donne un avis** sur les projets de créations de plates-formes territoriales d'appui à la coordination des parcours de santé complexes mentionnées à l'article L. 6327-2 ainsi que **sur** la signature des contrats territoriaux et locaux de

santé. Il contribue à leur suivi, en lien avec l'union régionale des professionnels de santé. »

Exposé des motifs : les CTS, pour jouer pleinement leur rôle et être impliqués dans la politique territoriale de santé, doivent formuler un avis sur les projets de création de plateformes territoriales d'appui à la coordination des parcours de santé complexes ainsi que sur les projets de contrat territorial ou local de santé. Les CTS ne doivent pas être des chambres d'enregistrement, sinon il serait légitime de s'interroger sur leur utilité.

- Amendement de forme : dans le même article, transformer « union régionale des professionnels de santé » ou URPS soit remplacé par « *unionS régionaleS des professionnels de santé* ».

☞ Orientation des décrets : l'articulation des travaux des différentes instances consultatives en région doit faire l'objet d'une définition. Si la CRSA reste l'instance régionale de consultation, ayant un rôle d'orientation stratégique et de suivi de la cohérence, elle doit être régulièrement informée de la mise en œuvre de la politique régionale au niveau des territoires ainsi que de l'analyse qu'en font les conseils territoriaux de santé. De même, une articulation doit être prévue entre les futurs comités départementaux de la citoyenneté et de l'autonomie (CDCA), prévus à la loi ASV.. Il doit y avoir une recherche d'articulation entre ces différents niveaux.

- Alinéa 123 : « *À titre expérimental et pour une durée de cinq ans, l'État peut autoriser tout ou partie des conseils territoriaux de santé à être saisis par les usagers du système de santé de demandes de médiation en santé, de plaintes et de réclamations, notamment dans les situations signalées de maltraitance, quels qu'en soient les lieux.* »

*Ces conseils territoriaux de santé facilitent les démarches de ces usagers, les informent de leurs droits et les orientent. Les conseils veillent à ce qu'ils puissent, le cas échéant, exprimer leurs griefs auprès des professionnels ou des établissements concernés - **qu'il s'agisse d'accompagnement par un établissement ou service social ou médicosocial, ou de prise en charge par un professionnel libéral dans le cadre de sa pratique en cabinet ou par un établissement** - notamment en les assistant dans la constitution d'un dossier, entendre les explications de ceux-ci et être informés des suites de leurs demandes. Lorsque la plainte ou la réclamation concerne une prise en charge par un établissement de santé, ces conseils territoriaux agissent en lien avec la commission des usagers mentionnée à l'article L. 1112-3 du code de la santé publique. Les membres des conseils territoriaux sont astreints au secret professionnel, dans les conditions définies aux articles 226-13 et 226-14 du code pénal.*

Exposé des motifs : Le projet de loi prévoit l'expérimentation d'une mission élargie des conseils territoriaux de santé, en direction de la médiation. Cette proposition s'inscrit dans la droite ligne des rapports de la CNS sur les droits des usagers, du rapport Devictor sur « le service territorial de santé au public », du rapport Compagnon sur «

L'an II de la démocratie sanitaire ». Ces rapports soulignent à juste titre que les deux lois de 2002, du 2 janvier et du 4 mars, ont installé un socle de concertation et de participation avec les usagers, avec certes des limites qui demeurent, mais aussi de nombreuses avancées. Toutefois, au moment de l'émergence des maladies chroniques et de parcours de soins et d'accompagnement complexes, il est important de pouvoir porter un regard territorial sur ces sujets, dans une approche « parcours », incluant toutes les étapes et leurs articulations porteuses de difficultés potentielles.

Il s'agit ici de compléter les travaux de l'Assemblée Nationale en proposant de porter un regard global sur le sujet des plaintes et des réclamations, tant en ville, à l'hôpital ou dans le secteur médico-social. Il est également souligné la nécessité de considérer les cas sévères signalés au titre d'une maltraitance.

Article 38 Définition des territoires

- Alinéa 58 : « *Un décret en Conseil d'État détermine : les conditions dans lesquelles les directeurs généraux des agences régionales de santé déterminent les territoires et les zones prévus à l'article L. 1434-8* »

☞ orientation des décrets : la consultation des CRSA sur la détermination des territoires est à inclure dans le processus

- **Après l'article 38, il est inséré un article additionnel ainsi rédigé :**

Au III de l'article L.1111-9-1 du code général des collectivités territoriales, il est inséré un cinquième alinéa ainsi rédigé :

« Au moins une fois par an, le Président de la conférence régionale de la santé et de l'autonomie mentionnée à l'article L.1432-4 du code de la santé publique, ainsi que le Président de la commission spécialisée mentionnée à l'article D. 1432-42 du même code sont auditionnés par la conférence territoriale de l'action publique sur les objectifs et les difficultés d'articulation des politiques territoriales et des besoins de la population en termes de prévention, d'organisation et d'accès aux soins et à des accompagnements sociaux et médico-sociaux adaptés, à domicile comme en établissement».

Exposé des motifs : La Loi 2014-58 du 27 janvier 2014 de même que le projet de loi NOTRe engagent des bouleversements importants de l'organisation territoriale, avec des compétences importantes de chaque niveau territorial pour l'organisation sanitaire, social et médico-sociale.

A titre d'exemple, la région dispose de compétences clés dans les domaines économique, du soutien aux politiques d'éducation, des transports non urbains et de la couverture numérique du territoire. Les départements conservent des responsabilités

sociales et médico-sociales, mais avec des possibilités de délégations aux métropoles nouvellement créées, sans que le schéma ne soit le même dans toutes les régions.

Il est important que des politiques publiques, essentielles notamment dans le domaine du handicap et de la perte d'autonomie, puissent se poursuivre de façon coordonnée dans le nouveau cadre territorial en construction. A ce titre, les instances de démocratie en santé doivent être appelées à faire part de leurs constats.

Article 41 Conventions nationales

- Après l'alinéa 13 : le dernier alinéa de l'article L 162-15 du code de la sécurité sociale est ainsi complété : *« L'Union nationale des caisses d'assurance maladie soumet pour avis à l'Union nationale des organismes d'assurance maladie complémentaire et, lorsqu'elles sont concernées, pour avis consultatif dans un délai défini par décret aux fédérations hospitalières et médico-sociales représentatives, publiques ou privées , avant transmission aux ministres chargés de la santé et de la sécurité sociale, toute mesure conventionnelle ayant pour effet une revalorisation des tarifs des honoraires, rémunérations et frais accessoires mentionnés au 1° du I de l'article L. 162-14-1 ou des rémunérations mentionnées par les conventions ou accords prévus aux articles L. 162-5, L. 162-9, L. 162-12-2, L. 162-12-9, L. 162-14, L. 162-32-1 et L. 322-5-2. Cet avis est réputé rendu au terme d'un délai de vingt et un jours à compter de la réception du texte. Il est transmis à l'Union nationale des caisses d'assurance maladie, qui en assure la transmission aux ministres chargés de la santé et de la sécurité sociale simultanément à celle de la convention, l'avenant, l'accord-cadre ou l'accord interprofessionnel. Le présent alinéa ne s'applique pas lorsque l'Union nationale des organismes d'assurance maladie complémentaire participe aux négociations dans les conditions prévues à l'article L. 162-14-3. »*

Exposé des motifs : Il est important que les mesures conventionnelles qui ont des répercussions importantes pour le pilotage et la gestion des établissements sanitaires ou médico-sociaux, puissent faire l'objet d'un avis préalable des fédérations hospitalières et médico-sociales représentatives, publiques et privées. Celui-ci sera rendu dans le cadre des concertations précédant le mécanisme d'approbation tacite ou d'opposition expresse du Ministre chargé de la Sécurité Sociale.

Au-delà des multiples exemples passés démontrant l'intérêt qu'aurait pu avoir cette disposition, l'année 2014 a donné un parfait exemple des difficultés issues de l'absence de vision d'ensemble et de coordination au plan national : une évolution de la NGAP (Nomenclature des actes professionnels) sur les perfusions est intervenue dans la suite de négociations de l'UNCAM avec les syndicats représentatifs d'infirmiers libéraux. Ce changement a eu des répercussions importantes pour les services d'hospitalisation à domicile (HAD) ou encore les services de soins infirmiers à domicile (SSIAD) qui coopèrent souvent avec des infirmiers libéraux. A contrario, la DGOS et la DGCS d'une

part, et les fédérations hospitalières et médico-sociales d'autre part, n'ont pu appréhender au préalable l'impact organisationnel et le surcoût financier de la mesure.

Cette situation se répète régulièrement : majoration des tarifs de coordination infirmière, avec un impact pour l'HAD, les SSIAD ; majoration médicale pour les personnes âgées, avec un impact pour les EHPAD en tarif partiel qui collaborent avec les médecins libéraux ; hausse des honoraires de dispensation des pharmaciens d'officine, avec un impact potentiel sur les EHPAD et l'HAD.

Il serait bon de prévoir une saisine pour avis des fédérations d'établissements et services concernées, préalablement à l'agrément du Ministre chargé de la Sécurité Sociale.. Au-delà de cet ajustement ponctuel des textes, cette situation pose la question de la cohérence et de l'unité du pilotage national en matière de soins et d'accompagnement médico-social, alors que l'unification a été réalisée au plan régional et que le projet de loi annonce une amélioration de la gouvernance nationale.

Article 43B **Formation des représentants des usagers**

☞ orientation des décrets : la CNS souligne la nécessité d'une formation transversale des représentants des usagers. Elle s'interroge sur l'impact que pourrait avoir la disposition relative à l'allocation de subvention aux associations réalisant des formations, tout en soulignant le bien fondé du financement des formations. Il y aurait une cohérence à rechercher entre la constitution d'une organisation représentative des usagers (bien qu'en l'état du PLMSS, des interrogations subsistent sur cette organisation) et cette disposition pour éviter la multiplication de formations spécifiques à chaque association.

Article 44 : **Commission des usagers**

- Alinéa 8 « *Elle est informée de l'ensemble des plaintes du contenu de toutes les plaintes et réclamations formées par les usagers de l'établissement ainsi que des suites qui leur sont données. Elle est également informée des incivilités qui peuvent concerner les professionnels de santé. En cas d'évènements indésirables ou de signalements de maltraitance, elle en est informée et contribue à la définition des actions à mener par l'établissement pour y remédier* »

Exposé des motifs : la commission des usagers (CDU) doit pouvoir jouer pleinement son rôle. Il doit être porté à sa connaissance non pas des valeurs statistiques sur les plaintes et réclamations mais bien la nature de chacune d'entre elles, si elle le souhaite. Par ailleurs, il doit lui être reconnu un rôle actif dans la politique qualité de l'établissement et dans le traitement des évènements indésirables. De plus, il est proposé de pouvoir impliquer la CDU sur des sujets de maltraitance, d'incivilités dont la prise en compte et la régulation, dans le nouveau positionnement des CDU, apparaît comme une condition de leur équilibre dans un dialogue de haut niveau entre la communauté des

usagers et des professionnels. Ce dialogue ne pourra être crédible s'il élude les sujets difficiles.

Article 45 Action de groupe

Alinéa 3 : « L'action ne peut porter que sur la réparation des préjudices résultant de dommages corporels subis par des usagers du système de santé. »

La C.N.S. salue l'avancée que représente l'introduction de l'action de groupe dans le projet de loi. Elle en constate néanmoins les limites : elle ne porte que sur les préjudices corporels, et n'inclut pas les préjudices moraux. Par ailleurs, la limitation temporelle exclut de fait les préjudices pouvant atteindre les générations suivantes (enfants et petits enfants peuvent être touchés parfois). Enfin, la non-prise en compte des dommages environnementaux est regrettable.

La CNS sera attentive aux suites données à cette ouverture législative et aux possibilités réelles qu'auront les associations de s'engager dans ces démarches, notamment du fait des engagements financiers nécessaires.

Article 46 ter Dons d'organes- Moyens de refus

« Ce prélèvement peut être pratiqué sur une personne majeure dès lors qu'elle n'a pas fait connaître, de son vivant, son refus d'un tel prélèvement, principalement par l'inscription sur un registre national automatisé prévu à cet effet. Ce refus est révocable à tout moment. »

La C.N.S. rappelle que cette disposition existe déjà dans les textes législatifs. Pour autant, elle n'est pas appliquée en pratique, puisque les équipes soignantes entrent en dialogue avec les familles et ne s'en tiennent pas strictement au registre de refus de don. La CNS souligne la nécessité de maintenir ce dialogue avec les familles, seul à même de surmonter éventuellement les réticences, qui sont souvent d'ordre culturel.

4. Conclusion :

Une loi de santé est une masse de granit qui engage les politiques publiques pour une durée souvent supérieure à un quinquennat. Cette réforme ne doit pas passer par des demi-mesures ou des atermoiements. Elle doit avoir le courage de ses ambitions en amenant le système de santé à une meilleure gouvernance (y compris démocratique) et à une prise en compte plus efficiente des problèmes de santé de nos concitoyens. Telle est l'ambition portée par la CNS.