

Propositions d'amendements France Assos Santé Projet de loi de santé – Sénat

Inscrire l'amélioration de la permanence des soins dans le Projet Territorial de santé

ARTICLE 7

EXPOSE DES MOTIFS

La permanence des soins est une des préoccupations majeures de la population sur les territoires. Si son organisation est prévue par divers dispositifs (cahiers des charges etc.), il est indispensable que le PTS fixe les modalités d'amélioration de cette permanence, qui fait partie intégrante de l'organisation des parcours de santé.

Dispositif

À la troisième phrase de l'alinéa 10, après les mots « modalités d'amélioration » ajouter les mots « de la permanence et »

Donner la possibilité aux différents acteurs de contractualiser avec l'ARS pour la réalisation des actions envisagées dans le PTS

ARTICLE 7

EXPOSE DES MOTIFS

Si l'article 7 pose le cadre général du projet territorial de santé à ce jour, il est muet sur la concrétisation opérationnelle de ce nouvel outil sur les territoires. Il nous semble essentiel de mettre à disposition des acteurs de santé, une contractualisation simple et souple, pour définir les engagements respectifs des acteurs, les moyens envisagés et les conditions d'évaluation des PTS.

A l'instar du PTSM (Projet Territorial de Santé Mentale), le présent amendement propose que les actions envisagées dans un projet territorial de santé puissent faire l'objet d'une contractualisation avec les agences régionales de santé dans un contrat territorial de santé.

Dispositif

Sont ajoutées au III de l'article 7, après l'alinéa 11, les phases suivantes :

« Les actions tendant à mettre en œuvre le projet territorial de santé font l'objet d'un contrat territorial de santé conclu entre l'agence régionale de santé et les acteurs du territoire participant à la mise en œuvre de ces actions. »

« Le contrat territorial de santé définit l'action assurée par ses signataires, leurs missions et engagements, les moyens qu'ils y consacrent et les modalités de financement, de suivi et d'évaluation. »

Supprimer la majoration financière des usagers n'ayant pas pu trouver de médecin traitant & remise d'un rapport de la CNAM au parlement concernant les saisines de conciliation

ARTICLE 7 septies (nouveau)

EXPOSE DES MOTIFS

8,6% des assurés de plus de 16 ans n'ont pas de médecins traitants et 75 Caisses Primaires d'Assurance Maladie identifient des difficultés dans ce domaine sur leur territoire. Des assurés se voient aujourd'hui pénalisés financièrement par un moindre remboursement de leurs dépenses de santé du fait du non-respect, subi, du parcours de soins coordonné. Par ailleurs, il est nécessaire de donner aux parlementaires un outil de suivi des saisines de conciliation pour identifier les territoires les plus en tension et les réponses apportées aux situations des assurés en difficulté.

Cet amendement a donc pour objet de supprimer la majoration financière des usagers n'ayant pas pu trouver de médecin traitant et de demander la remise d'un rapport au parlement concernant les saisines de conciliation, et le résultat de ces saisines.

Dispositif

Est ajouté un deuxième alinéa à l'article 7 septies ainsi rédigé :

A la fin de l'article L162-5-3, est ajouté un 4° « Lorsque la saisine du conciliateur n'a pu aboutir à la désignation d'un médecin traitant »

Est ajouté un troisième alinéa à l'article 7 septies ainsi rédigé :

« La CNAM transmet au parlement un rapport annuel des saisines du conciliateur relatives aux difficultés à trouver un médecin traitant. Ce rapport décrit, par organisme gestionnaire, les saisines ainsi que les suites données à celles-ci.

Refonte de l'article sur les refus de soins

ARTICLE ADDITIONNEL - APRÈS L'ARTICLE 7 septies

Les refus de soins, violations du droit et de la déontologie attachée aux professions de santé, sont un phénomène constaté par nombre d'enquêtes et rapports associatifs ou institutionnels comme le montrent notamment l'enquête de 2016 du Défenseur des droits sur les difficultés d'accès aux soins pour les bénéficiaires de la couverture maladie universelle complémentaire (CMU-C), de l'aide à l'acquisition d'une complémentaire santé (ACS) et de l'aide médicale de l'État (AME) et la dernière synthèse de l'observatoire des refus de soins de la Fédération des acteurs de la solidarité. Ils touchent en premier lieu les personnes en situation de précarité et génèrent des conséquences sérieuses pour la santé individuelle (renoncements ou retards de soins, aggravation des pathologies, prise en charge en urgence avec complications, ...) et la santé publique.

Malgré ce phénomène répandu, le dernier rapport du conciliateur de l'Assurance maladie fait état de seulement 685 saisines pour toute l'année 2017 dont 394 déclarées comme refus de soins avérés. De même les saisines auprès des différents ordres restent très faibles également : 37 auprès de l'ordre des médecins en 2017, dont 28 n'ont donné lieu à aucune sanction. Ceci indiquant bien le flou qui règne à la fois sur l'identification des refus de soin, et également sur la méconnaissance des démarches possibles voire le découragement au regard du risque d'être débouté de sa demande.

Ainsi malgré la mise en place des commissions de conciliation au sein des ordres par la loi de modernisation de santé de 2016, force est de constater que ces dispositifs sont totalement insuffisants pour lutter efficacement contre les refus de soins.

Le dispositif né de la loi HPST instaurant une procédure de conciliation devant l'organisme d'assurance maladie puis une procédure contentieuse devant le Conseil de l'Ordre, même s'il est mis en œuvre, ne sera pas suffisant à lui seul pour répondre à cette problématique si des mesures permettant l'identification des refus de soins indirects et facilitant l'accompagnement des usagers dans leurs recours ne sont pas mises en place.

Enfin, les usagers ne souhaitent pas toujours, lorsqu'ils en ont connaissance, saisir ces instances pour plusieurs raisons : il leur est nécessaire avant tout de trouver une solution à leur problématique de santé, les démarches leur semblent compliquées et peu efficaces.

Alors que le présent projet de loi réforme la pratique de l'activité médicale, sous l'angle de la responsabilité populationnelle, le présent article propose donc de renforcer les dispositifs de lutte contre les refus de soins :

- en élargissant la définition du refus de soins discriminatoire car le refus direct n'est pas la seule technique discriminatoire employée par les professionnels de santé pour limiter l'accès aux soins de ces populations,
- en aménageant la charge de la preuve en faveur des victimes de discrimination
- et enfin, en permettant aux associations d'ester en justice pour défendre les droits des usagers concernés.

EXPOSE DES MOTIFS

Dispositif

L'article L 1110-3 du code de la santé publique est ainsi modifié :

1. Après l'alinéa 2, insérer les alinéas suivants :

« Sont notamment assimilées à des refus de soins, lorsqu'elles sont fondées sur un des motifs discriminatoires visés à l'alinéa 2, les pratiques suivantes :

1° Le fait de proposer un rendez-vous dans un délai manifestement excessif au regard des délais habituellement pratiqués par ce professionnel ;

2° Le fait pour un professionnel de santé de ne pas 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 bénéficiaires de protection complémentaire en matière de santé visée à l'article L861-1 du Code de la Sécurité sociale ainsi que de l'Aide médicale d'Etat ;

4° Le refus d'appliquer le tiers payant, dans les situations où il est imposé par la loi ;

5° L'orientation répétée et abusive vers un autre confrère, un centre de santé ou la consultation externe d'un hôpital, sans justification médicale ;

6° Le refus d'élaborer un devis ;

7° L'attitude et le comportement discriminatoire du professionnel de santé.

2. Après l'alinéa 3, insérer les alinéas suivants :

« Les dispositions du quatrième alinéa sont 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. Les modalités et conditions de cette sollicitation sont précisées par un cahier des charges défini par décret en Conseil d'État après consultation notamment de représentants des professionnels de santé et des associations agréées mentionnées à l'article L. 1114-1 du code de la santé publique.

« Il appartient au professionnel de santé, au vu des éléments rapportés par la personne l'ayant sollicité, de prouver que le refus en cause est justifié par des éléments objectifs étrangers à toute discrimination. »

III. Remplacer l'alinéa 4 par l'alinéa suivant :

« Hors cas de récidive, une conciliation est menée dans les trois mois de la réception de la plainte par une commission composée de représentants du conseil territorialement compétent de l'ordre professionnel concerné, de l'organisme local d'assurance maladie, d'un délégué du Défenseur des Droits, de deux membres d'une association agréées en application de l'article L. 1114-1 du code de la santé publique. »

3. Après l'alinéa 7, insérer l'alinéa suivant :

« Toute association régulièrement déclarée depuis au moins cinq ans à la date des faits, dont l'objet statutaire comporte le droit à la santé ou la lutte contre les exclusions, peut exercer les droits reconnus à une personne victime d'un refus de soins.

Toutefois, lorsque le refus de soins aura été commis envers une personne considérée individuellement, l'association ne sera recevable dans son action que si elle justifie avoir reçu l'accord de la personne intéressée ou, si celle-ci est mineure, du titulaire de l'autorité parentale ou du représentant légal, lorsque cet accord peut être recueilli. »

4. L'article 2-8 du Code de procédure pénale est ainsi modifié :

Au 1er alinéa, après les mots « en raison de l'état de santé, du handicap, » sont ajoutés « de sa protection sociale ».

Ajouter au cadre législatif des hôpitaux de proximité la continuité et permanence des soins & permettre l'accès à des plateaux de télésanté

ARTICLE 8

EXPOSE DES MOTIFS

Les hôpitaux de proximité sont envisagés comme plateforme de rencontre entre les professionnels de santé ville et de l'hôpital au service d'une population du territoire (responsabilité populationnelle). Si le présent article 8 précise bien le cadre d'intervention global de ces établissements, il ne fait pas mention explicitement du rôle majeur que pourront avoir les hôpitaux de proximité en matière de continuité et de permanence des soins, en complémentarité de l'offre libérale, sur les territoires. Le présent amendement propose donc de préciser ces deux missions, considérées comme fondamentales par les usagers des services hospitaliers sur les territoires.

Par ailleurs, alors que le présent projet de loi consacre la notion de télésoins en complémentarité des actes de télémedecine, il n'est fait pas fait mention du rôle majeur que pourront avoir les hôpitaux de proximité en matière de télésanté. Ceux-ci doivent pouvoir être véritables plateaux techniques pour la réalisation d'actes de télésanté (télémedecine & télésoins), utilisables par tous les professionnels de santé du territoire. Le présent amendement propose donc d'intégrer la télésanté comme mission pleine et entière des hôpitaux de proximité.

Dispositif

Après l'alinéa 6 de l'article 8 est inséré un nouvel alinéa 7 ainsi rédigé :

« 4° Assurent la continuité et la permanence des soins, en complémentarité des professionnels de santé de ville du territoire ».

Après l'alinéa 7, devenu 8, sont remplacés les mots « des plateaux techniques d'imagerie et de biologie médicale », par les mots : « des plateaux techniques d'imagerie, de télésanté, et de biologie médicale ».

Participation des usagers aux instances disciplinaires des ordres des médecins, des chirurgiens-dentistes et des sages-femmes

ARTICLE 23

EXPOSE DES MOTIFS

A ce jour, seules les chambres disciplinaires des ordres des masseurs-kinésithérapeutes et des pédicures-podologues comptent parmi leurs membres deux représentants des usagers lorsque le litige qui leur est soumis porte sur les relations avec un usager. Afin de garantir la démocratie dans les autres chambres disciplinaires, cet amendement propose qu'au moins un représentant d'associations agréées de patients siège à chacune des instances de la procédure disciplinaire des ordres des médecins, des chirurgiens-dentistes et des sages-femmes : la commission de conciliation, la chambre disciplinaire de première instance et la chambre disciplinaire nationale.

Dispositif

Substituer à l'alinéa 2 les trente et un alinéas suivants :

« I bis. – Le deuxième alinéa de l'article L. 1114 -1 du code de la santé publique est ainsi rédigé :

« Seules les associations agréées représentent les usagers du système de santé dans les instances hospitalières, de santé publique ou ordinales. »

« II. – La quatrième partie du code de la santé publique est ainsi modifiée :

« 1° A l'article L. 4122 -3 est ainsi modifié :

« a) Un deuxième alinéa ainsi rédigé est ajouté au I :

« Lorsque les litiges concernent les relations entre professionnels et usagers, la chambre disciplinaire s'adjoit au moins un représentant d'associations agréées de malades ou d'usagers du système de santé au titre des dispositions de l'article L.1114-1 du code de la santé publique, et un nombre égal de suppléants. Un décret en Conseil d'Etat fixe les modalités de désignation des représentants d'associations agréées de malades ou d'usagers du système de santé. »

« 2° Le IV est complété par six alinéas ainsi rédigé :

« Les fonctions de représentants d'associations agréées de malades ou d'usagers du système de santé, au titre des dispositions de l'article L. 1114 -1, à la chambre disciplinaire nationale sont incompatibles avec les mêmes fonctions à la chambre disciplinaire de première instance.

« Les fonctions de président et de secrétaire général d'une association agréée de malades ou d'usagers du système de santé, au titre des dispositions de l'article L. 1114 -1, sont

incompatibles avec la fonction de représentant d'associations de malades ou d'usagers du système de santé à la chambre disciplinaire nationale.

« Aucun des membres d'une association agréée de patients et d'usagers du système de santé ne peut siéger à la chambre disciplinaire nationale en tant qu'assesseur dans la formation de jugement de cette plainte si l'association a :

« a) Déposé ou transmis une plainte ;

« b) Accompagné ou conseillé le dépositaire de la plainte auprès d'une des instances de l'ordre concerné

« Aucun assesseur de la chambre disciplinaire nationale ne peut siéger lorsqu'il a eu connaissance des faits de la cause à raison de l'exercice d'autres fonctions dans une association agréée de malades ou d'usagers du système de santé, au titre des dispositions de l'article L. 1114 -1. »

« 1° B L'article L.4123-2 est ainsi modifié :

A la fin du premier alinéa est ajoutée la phrase suivante :

« Lorsque les litiges concernent les relations entre professionnels et usagers, la commission de conciliation s'adjoit au moins un représentant d'associations agréées de malades ou d'usagers du système de santé au titre des dispositions de l'article L.1114-1 du code de la santé publique, et un nombre égal de suppléants. Un décret en Conseil d'Etat fixe les modalités de désignation des représentants d'associations agréées de malades ou d'usagers du système de santé. »

« b) Après le troisième alinéa, sont insérés trois alinéas ainsi rédigés :

« Aucun des membres d'une association agréée de patients et d'usagers du système de santé ne peut participer à la conciliation si l'association a :

« a) Déposé ou transmis une plainte ;

« b) Accompagné ou conseillé le dépositaire de la plainte auprès d'une des instances de l'ordre concerné » ;

« 1° C L'article L. 4124 -7 est ainsi modifié :

« a) A la fin du troisième alinéa est ajoutée la phrase suivante :

« Lorsque les litiges concernent les relations entre professionnels et usagers, la chambre disciplinaire s'adjoit au moins un représentant d'associations agréées de malades ou d'usagers du système de santé au titre des dispositions de l'article L.1114-1 du code de la santé publique, et un nombre égal de suppléants. Un décret en Conseil d'Etat fixe les modalités de

désignation des représentants d'associations agréées de malades ou d'usagers du système de santé. »

« b) Le III est complété par deux alinéas ainsi rédigés :

« Les fonctions des représentants d'associations agréées de malades ou d'usagers du système de santé, au titre des dispositions de l'article L. 1114 -1 du code de la santé publique, à la chambre disciplinaire de première instance sont incompatibles avec les mêmes fonctions à la chambre disciplinaire nationale.

« Les fonctions de président et de secrétaire général d'une association agréée de malades ou d'usagers du système de santé, au titre des dispositions de l'article L. 1114 -1, sont incompatibles avec la fonction de représentant d'associations agréées de malades ou d'usagers du système de santé à la chambre disciplinaire de première instance. »

« c) Le IV est complété par quatre alinéas ainsi rédigés :

« Aucun des membres d'une association agréée de patients et d'usagers du système de santé ne peut siéger à la chambre disciplinaire de première instance en tant qu'assesseur dans la formation de jugement de cette plainte si l'association a :

« a) Déposé ou transmis une plainte ;

« b) Accompagné ou conseillé le dépositaire de la plainte auprès d'une des instances de l'ordre concerné.

« Aucun assesseur de la chambre disciplinaire de première instance ne peut siéger lorsqu'il a eu connaissance des faits de la cause à raison de l'exercice d'autres fonctions dans une association agréée de malades ou d'usagers du système de santé, au titre des dispositions de l'article L. 1114 -1. »

Réaliser un état des lieux de la prévention et de la prise en charge de la douleur en France

ARTICLE ADDITIONNEL – ARTICLE 28

Exposé des motifs

Au moins 12 millions de Français souffrent de douleurs chroniques, pourtant 70% d'entre eux ne reçoivent pas de traitement approprié pour leur douleur. Celle-ci constitue le premier motif de consultation, dans les services d'urgences et chez le médecin généraliste. Elle touche en particulier les populations les plus vulnérables, notamment les personnes à des âges avancés.

Moins de 3 % des patients douloureux bénéficient d'une prise en charge dans un des centres spécialisés, lesquels manquent cruellement de moyens. Si rien n'est fait, au moins 30 % de ces structures disparaîtront au cours des 3 prochaines années.

Le baromètre santé de l'INPES en 2010 notait que 25, 9% de personnes ont déclaré avoir souffert d'une douleur difficile à supporter au cours des 12 derniers mois de 2010. Près de 20 % des patients opérés gardent des séquelles douloureuses après une opération chirurgicale.

La prise en charge de la douleur représente un enjeu économique et social car la douleur chronique, en particulier post-chirurgicale, induit une forte consommation de soins ainsi qu'un important absentéisme professionnel.

C'est aussi un enjeu moral car la douleur est aussi synonyme de souffrance, qu'elle soit psychique, sociale, et existentielle : près d'un patient douloureux sur trois estime que la douleur est parfois tellement forte qu'il ressent l'envie de mourir.

Il y a urgence à revoir les stratégies de prise en charge de la douleur, en ville comme à l'hôpital, et pour tous les âges de la vie. Depuis 2012, il n'existe ni plan, ni programmes dédiés au développement de la médecine de la douleur malgré tout le chemin qui reste encore à parcourir pour aider au soulagement des personnes douloureuses, que ce soit en ambulatoire, à l'hôpital, dans les institutions accueillant des personnes vulnérables, âgées, précaires.

Cet amendement a pour objectif la remise d'un rapport permettant de réaliser un état des lieux de la prévention et de la prise en charge de la douleur de la douleur en France.

Dispositif

Le Gouvernement remet au Parlement, dans un délai de six mois à compter de la promulgation de la présente loi, un rapport présentant l'état de la prévention et de la prise en charge de la douleur en France.

Réaliser un état des lieux du fonctionnement des conseils territoriaux de santé (CTS) en France

ARTICLE ADDITIONNEL – ARTICLE 29

EXPOSE DES MOTIFS

En 2018, une enquête réalisée par une délégation régionale de France Assos Santé auprès des représentants d'usagers ayant un mandat en CTS soulignait l'existence de dysfonctionnements majeurs dans le fonctionnement de cette instance :

- Absence d'annuaire des membres
- Insuffisance de moyens logistiques et administratifs de la part des délégations départementales d'ARS (notamment conditions matérielles de déroulement des réunions)

- Organisations irrégulières de réunions
- Délais d’instruction des projets incompatibles avec un travail de fond des dossiers
- Défaut de vision globale/feuille de route

Cette instance, véritable outil de démocratie sanitaire pourrait pourtant disposer d’un rôle renforcé, en étant garante de la fluidité des parcours de santé sur les territoires. C’est d’ailleurs dans ce sens que le projet de loi de santé renforce la place des CTS dans l’évaluation des projets territoriaux de santé.

Le présent amendement propose de réaliser un état des lieux national du fonctionnement des CTS dans les différents territoires de démocratie sanitaire et identifier des axes d’amélioration, afin que cette instance puisse pleinement déployer son rôle sur les territoires.

Dispositif

Le Gouvernement remet au Parlement, dans un délai de six mois à compter de la promulgation de la présente loi, un rapport présentant un état des lieux du fonctionnement des conseils territoriaux de santé ainsi que des préconisations de bonnes pratiques d’animation.