



FNATH, Association des accidentés de la vie
Antenne nationale
38, boulevard Saint-Jacques
75 014 Paris
Tel : 01 45 35 00 77 / Fax : 01 45 35 24 54
E-mail : antenne.nationale@fnath.com
www.fnath.org

Propositions de la « FNATH, association des accidentés de la vie »

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

Novembre 2008

Le projet de loi HPST ne constitue pas la grande loi de santé publique annoncée et donc attendue par la FNATH. Il comporte de nombreuses insuffisances et imprécisions : peu de dispositions au bénéfice direct des patients en terme d'accès aux soins, d'éducation thérapeutique et de prévention, place très modeste pour la démocratie sanitaire, articulation compliquée avec l'assurance maladie. Pour autant, la FNATH s'est prononcée favorablement à ce texte lors du conseil de la CNAMTS, dont elle fait partie, tout en annonçant qu'elle proposerait une série d'amendements aux parlementaires.

Le projet de loi HPST procède à une réforme importante de l'hôpital qui s'appuie globalement sur les conclusions du rapport Larcher, accueilli favorablement par la majorité des acteurs. Toutefois, dans l'objectif de réorganiser l'outil hospitalier et de rechercher l'efficacité d'un service public, il aurait été nécessaire de faire le lien avec la T2A, de répondre à la question des dépassements d'honoraires et d'installer une réelle promotion de tarifs opposables, ou encore d'apporter une solution définitive à la question du ticket modérateur à l'hôpital.

La création d'Agences régionales de santé (ARS) devrait aboutir à une nouvelle organisation de la santé en région moins cloisonnée et éclatée qu'aujourd'hui pour répondre aux besoins des populations. Cela est important dans la mesure où l'organisation territoriale du système de santé est au cœur de la mise en œuvre de politiques de santé en ce qu'elle constitue un des leviers essentiels du décloisonnement et d'une gestion plus efficace de notre système sanitaire en proximité. Pour la FNATH, il doit être mis fin à la multiplication des acteurs et dispositifs qui ne parviennent pas, comme c'est le cas aujourd'hui, à satisfaire les usagers du système de santé.

Cette réforme ne pourra pleinement réaliser ses objectifs sans que de véritables adaptations soient apportées à la logique conventionnelle ou, encore, à la liberté d'installation.

Nous avons regroupé nos propositions d'amendements en **deux parties distinctes**.

Dans une première partie, la FNATH propose donc une série de modifications attachées au texte du projet de loi qui sont toutes fondées sur la nécessité d'assurer effectivement un meilleur accès aux soins, de promouvoir la démocratie sanitaire et la place des usagers au sein des nouvelles instances.

La seconde partie se propose d'ajouter plusieurs dispositions qui visent à mettre en place dès à présent les passerelles nécessaires à l'interconnexion inévitable de la santé publique et de la santé au travail au plan régional. En effet, si la FNATH est favorable à la création des ARS, c'est aussi parce qu'elles doivent traduire un changement profond de vision sur la nature des déterminants de la santé. Or, la rédaction actuelle ne va pas assez loin : il convient de ne pas faire l'impasse sur la santé au travail. L'importance de l'impact de facteurs professionnels sur la santé de la population n'est plus aujourd'hui à démontrer.

PREMIERE PARTIE

Proposition n° 1 - Définition des missions du service public hospitalier

Exposé de motifs

La FNATH prend acte des changements imposés dans la définition des missions du service public hospitalier et des obligations qui en découlent.

Toutefois, le projet de loi ne s'interroge pas suffisamment sur les résultats attendus pour les populations, pourtant au centre des réformes : la FNATH regrette que la dimension sociale et médico-sociale de l'hospitalisation n'apparaisse pas (continuité du parcours de soins).

Par ailleurs, l'abrogation de l'article L6111-2 du CSP (actuel) fait disparaître toute référence aux soins de suite ou de réadaptation et aux soins de longue durée.

Enfin, le projet antérieur contenait une disposition très importante qui permettait expressément que les établissements de santé privé soient tenus par leur contrat pluriannuel d'objectifs et de moyens, pour des motifs d'égalité d'accès aux soins ou de santé publique, de garantir aux patients des tarifs définis dans le cadre conventionnel. Or, cette disposition a disparu du projet adopté en conseil des Ministres. Elle paraissait cependant, y compris sur le plan symbolique, offrir une utilité sociale réelle.

Modification proposée

Article 1^{er}

I. - L'article L. 6111-1 du code de la santé publique est remplacé par les dispositions suivantes :

« Art. L. 6111-1. - Les établissements de santé, publics et privés, assurent, dans les conditions prévues par le présent code, les examens de diagnostic, la surveillance et le traitement des malades, des blessés et des femmes enceintes en tenant compte des aspects psychologiques du patient.

« Ils délivrent les soins avec hébergement, sous forme ambulatoire ou à domicile **et garantissent aux patients et à leurs familles, avec les acteurs de santé exerçant en pratique de ville et dans les secteurs médico-social et social, la continuité du parcours de soins en veillant à leur prise en charge sociale et médico-sociale à l'issue des soins.**

[...]

~~II. L'article L.6111-2 du même code est abrogé~~

[...]

VII bis. Un article L.6161-4-1 du même code est inséré :

« Art. L. 6161-4-1. - Pour des motifs d'égalité d'accès aux soins ou de santé publique, les établissements de santé privés peuvent être tenus par leur contrat pluriannuel d'objectifs et de moyens mentionné à l'article L. 6114-1 de réviser les contrats conclus en application de l'article L. 4113-9, afin de garantir aux patients la possibilité d'être pris en charge aux tarifs des honoraires définis par les conventions prévues aux articles L. 162-5, L. 162-9, L. 162-12-2, L. 162-12-9, L. 162-14, L. 322-5-2 et L. 162-14-1 du code de la sécurité sociale dans des conditions définies par voie réglementaire. »

[...]

Proposition n° 2 – Compétences du conseil de surveillance

Exposé de motifs

Si la fonction du conseil de surveillance se voit limiter à un « contrôle de l'établissement », la FNATH regrette qu'il ne joue pas un rôle plus prégnant dans la définition des orientations fondamentales (égalité dans l'accès aux soins, qualité et sécurité des soins).

Modification proposée

Article 2

[...]

II. - L'article L. 6144-1 du même code est remplacé par les dispositions suivantes :

« Art. L. 6144-1. - Dans chaque établissement public de santé, il est créé une commission médicale d'établissement.

« La commission médicale d'établissement contribue à l'élaboration de la politique d'amélioration continue de la qualité et de la sécurité des soins **sur la base des orientations adoptées par le conseil de surveillance dans les conditions visées à l'article L. 6143-1 du présent code**; elle propose au président du directoire un programme d'actions assorti d'indicateurs de suivi.

Article 5

[...]

II. - L'article L. 6143-1 du même code est remplacé par les dispositions suivantes :

« Art. L. 6143-1. - Le conseil de surveillance exerce le contrôle de l'établissement. Il délibère sur :

« 1° Le projet d'établissement mentionné à l'article L. 6143-2 **et les orientations qu'il doit contenir en matière d'accès aux soins, de qualité et de sécurité des soins** ;

[...]

Article 6

I. - L'article L. 6143-7 du code de la santé publique est remplacé par les dispositions suivantes :

(...)

« Après consultation des autres membres du directoire, le président du directoire :

(...)

« 2° Arrête le projet médical de l'établissement et décide de la politique d'amélioration continue de la qualité et de la sécurité des soins, ainsi que des conditions d'accueil et de prise en charge des usagers, notamment pour les urgences, **sur la base des orientations adoptées par le conseil de surveillance dans les conditions visées à l'article L. 6143-1 du présent code** ;

[...]

Proposition n° 3 – Coopérations entre établissements de santé et places des usagers

Exposé de motifs

Pour ce qui concerne la coopération entre les établissements de santé, s'agissant des motifs qui doivent fonder l'intervention de l'Agence Régionale de Santé, on peut regretter l'absence de toute référence à l'égalité d'accès aux soins.

Par ailleurs, la FNATH défend le maintien de la présence en proximité des commissions de relation des usagers et de qualité de la prise en charge (CRUQPC).

Article 12

[...]

~~« Art. L. 6132-8. — La communauté hospitalière de territoire peut constituer une seule commission des relations avec les usagers et de la qualité de la prise en charge pour l'ensemble des établissements membres.~~

Article 13

I. - Le chapitre III du titre III du livre Ier de la sixième partie du code de la santé publique relatif aux groupements de coopération sanitaires est remplacé par les dispositions suivantes :

« CHAPITRE III - GROUPEMENT DE COOPERATION SANITAIRE

« Art. L. 6133-1. - Le groupement de coopération sanitaire a pour objet, d'améliorer ou de développer l'activité de ses membres.

« A cet effet, il peut :

« 1° Organiser, réaliser ou gérer, en son nom ou pour le compte de ses membres, des moyens ou des activités administratives, logistiques, techniques, de recherche ou d'enseignement ;

« 2° Exercer une ou plusieurs activités de soins ou exploiter des équipements matériels lourds au sens de l'article L. 6122-1.

« A cet effet, l'autorisation lui est accordée dans les mêmes conditions que les établissements de santé autorisés en application des articles L. 6122-1 à L. 6122-21.

« Lorsqu'il est autorisé à exercer une ou plusieurs activités de soins, le groupement de coopération sanitaire est qualifié d'établissement de santé ;

« 3° Constituer un réseau de santé. Dans ce cas, il est composé des membres mentionnés à l'article L. 6321-1.

Dans les cas visés au 2°) et au 3°), le groupement de coopération sanitaire doit garantir aux usagers une représentation effective au sein du système de gouvernance qu'il a adopté ; dans les cas visés au 2°), le groupement de coopération sanitaire doit garantir aux usagers la mise en place et le fonctionnement effectif d'une commission de relation avec les usagers et de qualité de la prise en charge.

« Art. L. 6133-4. - (...)

« Par dérogation au premier alinéa, lorsque le groupement de coopération sanitaire est qualifié d'établissement public de santé, les instances de gouvernance du groupement de coopération sanitaire sont modifiées et les règles de fonctionnement des établissements publics de santé s'appliquent sous les réserves suivantes :

(...)

« 2° Le conseil de surveillance est composé comme suit :

(...)

« d) des représentants des usagers du système de santé.

Article 13

V. - Le chapitre Ier du titre III du livre Ier de la sixième partie du code de la santé publique est remplacé par les dispositions suivantes :

« CHAPITRE IER - COORDINATION DE L'EVOLUTION DU SYSTEME DE SANTE «
PAR L'AGENCE REGIONALE DE SANTE

« Art. L. 6131-1. - Le directeur général de l'agence régionale de santé coordonne l'évolution du système hospitalier, notamment en vue de :

« 1° L'adapter aux besoins de la population **et assurer un accès égal aux soins pour tous, y compris pour les populations les plus éloignées du système de santé et de soins ;**

Proposition n° 4 - Refus de soins et discrimination, sanction des professionnels de santé

Exposé de motifs

Il faut se féliciter du principe posé s'agissant de la lutte contre les discriminations en matière de santé car il semble traduire, enfin, une évolution sur ce sujet au plus haut niveau de l'Etat.

La FNATH, pour autant, propose des modifications de nature à rendre le dispositif envisagé plus concret et efficace pour les victimes et les sanctions plus importantes. La liste des critères de discrimination est en outre incomplète et ne reprend pas de nombreux critères qui doivent pourtant être mentionnés. La FNATH propose ainsi de se référer à l'ensemble des critères des prévus à l'article L 225-1 du code pénal : il est en effet essentiel de mettre en cohérence l'ensemble des dispositions relatives à la lutte contre les discriminations prévues dans les différents codes.

Par ailleurs, une précédente version du projet de loi laissait la possibilité à la victime d'un refus de soins de saisir, à son choix, « l'autorité ou à la juridiction compétente », et précisait « notamment au directeur de l'organisme local d'assurance maladie ». Or, la version qui est soumise au Parlement est très en retrait puisqu'il est fait référence uniquement à la juridiction ordinale et au directeur de l'organisme local d'assurance maladie. Bref, ce « statut quo ante » est un retour en arrière et une véritable provocation pour les victimes de refus de soins car sans l'action des associations d'usager du système de santé, il faut bien convenir que ni les juridictions ordinales, ni les directeurs d'organisme d'assurance maladie n'ont été particulièrement actifs, ces dernières années, pour lutter réellement contre ces pratiques. La FNATH propose donc de reprendre la rédaction antérieure bien plus protectrice des intérêts des victimes.

La FNATH propose de supprimer le dernier alinéa de cet article, dont la rédaction véritablement trop large, vide de son sens le principe même de l'interdiction.

Modification proposée

Article 18

I - L'article L. 1110-3 du code de la santé publique est complété par trois alinéas ainsi rédigés
« Un professionnel de santé ne peut refuser de soigner une personne en raison **d'un des critères mentionnés à l'article 225-1 du code pénal de ses mœurs, de sa situation de famille, de son handicap ou de son état de santé, de son origine ou de son appartenance ou non appartenance, vraie ou supposée à une ethnie, une nation, une race ou une religion déterminée** ou au motif qu'elle est bénéficiaire de la protection complémentaire ou du droit à l'aide prévus aux articles L. 861-1 et L. 863-1 du code de la sécurité sociale, ou du droit à l'aide prévue à l'article L. 251-1 du code de l'action sociale et des familles.

« Toute personne qui s'estime victime d'un refus de soins illégitime peut soumettre ~~au~~ **à l'autorité ou à la juridiction compétente directeur de l'organisme local d'assurance maladie ou à la juridiction ordinale compétente**, les faits qui permettent d'en présumer l'existence. Au vu de ces éléments, il appartient à la partie défenderesse de prouver que le refus en cause est justifié par des éléments objectifs étrangers à toute discrimination. Cette

disposition est applicable également quand le refus est commis à l'encontre d'une personne ayant sollicité les soins dans le but de démontrer l'existence du refus discriminatoire.

Les associations régulièrement constituées depuis cinq ans au moins pour la lutte contre les discriminations peuvent exercer en justice toutes actions résultant de l'application des dispositions du présent article.

~~« Le principe énoncé au premier alinéa ne fait pas obstacle à 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. »~~

Article 18

(...)

2° Il est inséré après l'article L. 162-1-14 un article L. 162-1-14-1 ainsi rédigé :

« Art. L. 162-1-14-1. - Peuvent faire l'objet d'une sanction, prononcée par le directeur de l'organisme local d'assurance maladie, les professionnels de santé qui :

« 1° Pratiquent une discrimination dans l'accès à la prévention ou aux soins, définie à l'article L. 1110-3 du code de la santé publique ;

« 2° Exposent les assurés à des dépassements d'honoraires excédant le tact et la mesure ;

« 3° Exposent les assurés à des dépassements non conformes à la convention dont relève le professionnel de santé ou au I de l'article L. 162-5-13, au dernier alinéa de l'article L. 162-9 ou aux deuxième et troisième alinéas de l'article L. 165-6 ;

« 4° Ont omis l'information écrite préalable prévue par l'article L. 1111-3 du code de la santé publique.

« La sanction, prononcée après avis de la commission et selon la procédure prévue à l'article L. 162-1-14, peut consister en :

« - une pénalité financière forfaitaire, dans la limite de **deux quatre** fois le plafond mensuel de la sécurité sociale pour les cas mentionnés au 1° ;

« - une pénalité financière proportionnelle aux dépassements facturés pour les cas mentionnés aux 2°, 3° et 4°, dans la limite de deux fois le montant des dépassements en cause ;

« - en cas de récidive, un retrait temporaire du droit à dépassement ou une suspension de la participation des caisses aux cotisations sociales telle que prévue au 5° de l'article L. 162 14 1.

En tout état de cause, la pénalité financière est doublée.

« Les sanctions prononcées en vertu du présent article font l'objet d'un affichage au sein des locaux de l'organisme local d'assurance maladie et peuvent être rendues publiques dans les publications, journaux ou supports désignés par le directeur de l'organisme local à moins que cette publication ne cause un préjudice **avéré et manifestement** disproportionné aux parties en cause. Les frais en sont supportés par les personnes sanctionnées.

Tout assuré social peut demander à l'organisme local d'assurance maladie la communication des professionnels de santé qui ont fait l'objet d'une des pénalités ou sanctions prévues au présent article.

« L'organisme local d'assurance maladie ne peut concurremment recourir au dispositif de pénalités prévu par le présent article et aux procédures conventionnelles visant à sanctionner le même comportement du professionnel de santé.

Les associations régulièrement constituées depuis cinq ans au moins pour la lutte contre les discriminations peuvent exercer en justice toutes actions résultant de l'application des dispositions du présent article. Dans tous les autres cas, la personne qui s'estime victime d'une des violations visées aux 2°, 3° et 4° pourra demander et obtenir qu'une des associations visées à l'article L 1114-1 du code de la santé publique de l'assister ou de la représenter dans la procédure visée au présent article.

« Les modalités d'application du présent article, notamment les modalités d'affichage et le barème des sanctions applicables, sont fixées par voie réglementaire. »

Proposition n° 5 - Formation médicale continue

Exposé de motifs

Personne, aujourd'hui, ne pourra contester sérieusement que le dispositif législatif régissant la formation médicale continue, puis plus tard l'évaluation des pratiques professionnelles, n'a jamais pu être mis en œuvre et surtout qu'il n'a apporté aucune amélioration notable à la vie des patients au quotidien.

Une version précédente prévoyait la mise en place de conseils nationaux de la formation médicale continue qui avaient pour mission de proposer au ministre chargé de la santé les orientations nationales de la formation médicale continue, les critères et modalités permettant d'assurer la qualité des programmes et actions de formations mais aussi de veiller au respect par les médecins de leur obligation de formation continue et de dresser, dans un rapport annuel rendu public, le bilan de la formation médicale continue. Ces conseils devaient par ailleurs proposer au ministre chargé de la santé les modalités de mise en œuvre d'un système d'information permettant notamment aux médecins de connaître l'offre de formation disponible répondant aux critères de qualités.

Tel est le dispositif qui avait été soumis à la concertation.

Or, on découvre que c'est l'ensemble de ce dispositif qui a été supprimé dans le projet de texte qui est soumis à votre examen mais aussi qu'il a été remplacé par une disposition qui confie aux seules instances ordinales le soin de s'assurer du respect par les médecins de leur obligation de formation médicale continue, y compris l'évaluation des pratiques professionnelles (EPP).

La FNATH propose soit la reprise du dispositif tel qu'il avait été soumis à la concertation avec quelques modifications, soit un modèle alternatif pour en finir avec un système qui n'a jamais rendu obligatoire et effective la FMC et l'EPP malgré l'impact que ces carences ont sur la santé de nos concitoyens.

Par ailleurs, la FNATH souhaite que la mise en application de ces nouvelles dispositions soit enfermée dans des délais très stricts afin d'éviter que ce dossier reste encore indéfiniment retardé.

Enfin, il faut bien avoir à l'esprit que les actuels conseils de FMC arrivent au terme de leur mandat en janvier 2009 et qu'il semble bien qu'ils ne seront pas prolongés. En conséquence, le risque est grand qu'il n'y ait plus aucun pilotage jusqu'à l'entrée en vigueur de la nouvelle loi et de ses décrets d'application. Dans ces conditions, on peut imaginer les conséquences désastreuses d'un tel message vis-à-vis des professionnels...

Modification proposée

Article 19

I. - Les articles L. 4133-1 à L. 4133-7 du code de la santé publique sont remplacés par les dispositions suivantes :

[...]

« Art. L. 4133-3. - Les instances ordinales s'assurent du respect par les médecins de leur obligation de formation médicale continue **sous le contrôle des agences régionales de la santé dans l'exercice des compétences qu'elle tient de l'article L1431-2, c) du présent code.**

Les instances ordinales sont tenues d'informer les ARS des orientations qu'elles ont adopté en matière de formation médicale continue et des critères et modalités permettant d'assurer l'indépendance et la qualité des programmes et actions de formations proposés dans leurs circonscriptions.

Elles communiquent tous les ans aux agences régionales de santé, la liste des professionnels de santé qui ont satisfait dans leurs circonscriptions à leur obligation de formation continue obligatoire. Cette liste est tenue à la disposition du public et des associations visées à l'article L 1114-1 du code de la santé publique.

Amendement subsidiaire

Article 19 (reprise de la proposition du projet soumis à concertation)

I. - Les articles L. 4133-1 à L. 4133-7 du code de la santé publique sont remplacés par les dispositions suivantes :

« Art. L. 4133-1. - La formation médicale continue, qui comporte un volet relatif à l'évaluation des pratiques, constitue une obligation pour les médecins. Elle a pour objectifs, outre l'évaluation des pratiques professionnelles, le perfectionnement des connaissances, l'amélioration de la qualité et de la sécurité des soins ainsi que la prise en compte des priorités de santé publique et de maîtrise médicalisée des dépenses de santé.

« Art. L. 4133-2. - Le Conseil national de la formation médicale continue a pour mission dans un délai de 12 mois à compter de la parution au Journal Officiel du décret mentionné à l'article L 4133-5 du même code:

« 1° De proposer au ministre chargé de la santé les orientations nationales de la formation médicale continue ;

« 2° De proposer au ministre chargé de la santé les critères et modalités permettant d'assurer la qualité l'indépendance et des programmes et actions de formations ;

« 3° De donner un avis au ministre chargé de la santé sur toutes les questions concernant la formation médicale continue ;

« 4° De veiller au respect par les médecins de leur obligation de formation continue en appliquant des sanctions individuelles ;

« 5° De dresser, dans un rapport annuel rendu public, le bilan de la formation médicale continue ;

« 6° De proposer au ministre chargé de la santé les modalités de mise en oeuvre d'un système d'information permettant notamment aux médecins de connaître l'offre de formation disponible répondant aux critères de qualités et d'indépendance prévus au 2°.

« Art. L. 4133-3. - Le Conseil national de la formation médicale continue comprend notamment des représentants de l'ordre national des médecins, de la Haute Autorité de santé, de l'Union nationale des caisses d'assurance maladie, des enseignants des unités de formation et de recherche médicale, du Service de santé des armées, des syndicats représentatifs des médecins, des organismes de formation, des personnalités qualifiées, des représentants des usagers du système de santé ainsi que des représentants du ministère chargé de la santé.

« Une convention passée entre l'Etat et le Conseil national de l'ordre des médecins fixe les modalités selon lesquelles le fonctionnement administratif et financier du conseil national est assuré.

« Art. L. 4133-4. - Les employeurs publics et privés sont tenus de prendre les dispositions permettant aux professionnels salariés d'assumer leur obligation de formation continue dans les conditions fixées par le présent code.

« Art. L. 4133-5. - Un décret en Conseil d'Etat détermine les modalités d'application du présent chapitre, notamment la composition du conseil national, ses modalités de fonctionnement ainsi que les modalités d'organisation de la validation de l'obligation de formation continue et de définition des critères de qualité des programmes et actions de formation pris dans un délai de 6 mois à compter de l'entrée en vigueur de la présente loi. »

Proposition n° 6 - Education thérapeutique

Exposé de motifs

Même si la reconnaissance de l'éducation thérapeutique peut être considérée en soi comme une avancée, les dispositions relatives à ce titre constituent pour le moins le « parent pauvre » de cette loi.

Il serait souhaitable que cette de loi organise le pilotage national de ce pan fondamental de notre système de santé, et précise les modalités d'élaboration du cahier des charges des actions d'accompagnement.

Modification proposée

Article 22

I. - Au livre Ier de la première partie du code de la santé publique, il est ajouté un titre VI ainsi rédigé :

« TITRE VI
« EDUCATION THERAPEUTIQUE DU PATIENT

« CHAPITRE UNIQUE

(...)

« Art. L. 1161-4. - Les actions d'accompagnement des patients ont pour objet d'apporter une assistance et un soutien aux malades dans la prise en charge de leur maladie. Elles sont conformes à un cahier des charges national dont les modalités d'élaboration et le contenu sont définies par arrêté du ministre chargé de la santé. **La conférence nationale de santé est amené à donner un avis préalable sur le cahier des charges visé à l'alinéa précédent.**»

« **Art. L. 1161-4-1. - La gestion de l'ensemble des sommes affectées par l'assurance maladie et l'Etat aux programmes d'éducation thérapeutique visés à l'article L 1161-2 du présent code, qu'ils interviennent tant à l'hôpital qu'en ville, est assurée, par un fonds national doté de la personnalité morale. Il est composé notamment des représentants de l'Institut national de prévention et d'éducation pour la santé, de la Haute Autorité de santé, de l'Union nationale des caisses d'assurance maladie, des personnalités qualifiées, des représentants des usagers du système de santé ainsi que des représentants du ministère chargé de la santé et de la sécurité sociale.**

« **Il assure le financement des actions agréées au titre des articles L 1161-1 et suivants du présent code.**

« **Les modalités d'application du présent article, notamment la composition du fonds et les règles d'affectation des ressources, sont fixées par décret en Conseil d'Etat.** »

Proposition n° 7 – Améliorations de la démocratie sanitaire au sein de la nouvelle organisation territoriale

Exposé de motifs

La FNATH est favorable à la création des ARS sous réserve que des améliorations, motivées par un meilleur fonctionnement de la démocratie sanitaire, soient apportées notamment sur les pouvoirs du conseil de surveillance et sur sa composition, sur la participation des Conférences régionales de santé à l'action des ARS, sur la gestion du risque assurantiel, sur la mise en place des conférences de territoires et la présence des représentants des usagers en leur sein.

Par ailleurs, la question des transports sanitaires ne doit pas être ignorée par cette nouvelle organisation territoriale car elle reste une problématique à résoudre devant la recomposition de l'offre hospitalière de proximité et participe ainsi à l'égalité d'accès aux soins.

Modification proposée

Article 26

Le livre IV de la première partie du code de la santé publique est complété par un titre III ainsi rédigé : [...]

« Sous-Section 2 - Conseil de surveillance

« Art. L. 1432-3. - Le conseil de surveillance de l'agence régionale de santé est présidé par le représentant de l'Etat dans la région. Il est composé de représentants de l'Etat, de membres des conseils et conseils d'administration des organismes locaux d'assurance-maladie de son ressort dont la caisse nationale désigne les membres du conseil de l'Union nationale des caisses d'assurance maladie, de représentants des collectivités territoriales, de personnalités qualifiées ainsi que de représentants des usagers élus ou désignés, selon des modalités définies par décret.

« Des représentants des personnels de l'agence, ainsi que le directeur général de l'agence, siègent au conseil de surveillance avec voix consultative.

« Il approuve le compte financier. Il émet au moins une fois par an un avis **sur le plan stratégique régional de santé, le projet de contrat pluriannuel d'objectifs et de moyens**, les résultats de l'action menée par l'agence.

« Sous-Section 3 - Conférence régionale de santé

« Art. L. 1432-4. - La conférence régionale de santé est un organisme consultatif composé de plusieurs collèges qui concourt, par ses avis, à la politique régionale de santé.

La conférence régionale de santé peut faire toute proposition au directeur général de l'agence régionale de santé sur l'élaboration, la mise en oeuvre, l'évaluation et la révision du projet régional de santé. Toute proposition doit faire l'objet d'une réponse écrite et motivée du directeur général et du conseil de surveillance de l'agence régionale de santé. Elle émet un avis obligatoire et préalable sur le plan stratégique régional de

santé qui doit faire l'objet d'une réponse écrite et motivée du directeur général et du conseil de surveillance de l'agence régionale de santé. Ses avis sont rendus publics. »

Un décret détermine les modalités d'application du présent article. [...]

« Sous-Section 2 - « Schéma régional d'organisation des soins

« Art. L. 1434-6. - Le schéma régional de l'organisation des soins a pour objet de prévoir et susciter les évolutions nécessaires de l'offre de soins afin de répondre aux besoins de santé de la population et aux exigences d'efficience.

« Il précise les adaptations et les complémentarités de l'offre de soins, ainsi que les coopérations, notamment entre les établissements de santé, les établissements et services médico sociaux, les structures et professionnels de santé libéraux.

« Il tient compte de l'offre de soins des régions limitrophes.

« Il précise aussi les adaptations et les complémentarités de l'offre de transport sanitaire, ainsi que les coopérations nécessaires pour assurer aux populations un accès rapide, effectif et sécurisé aux établissements de santé et aux professionnels de santé. [...]

Section 2 - Gestion du risque au niveau régional [...]

Article L 1434-11 bis. – Les programmes pluriannuels de gestion du risque assurantiel en santé ainsi que les contrats pluriannuels de gestion des organismes d'assurance maladie sont transmis pour avis à la conférence régionale de santé visées à l'article L. 1432-4 du présent code et, le cas échéant, à la conférence de territoire visée à l'article L. 1434-13 du présent code.

« *Section 3 - « Territoires de santé et conférences de territoire (...)*

« Art. L. 1434-15. - Dans chacun des territoires mentionnés à l'article L. 1434-7, le directeur général de l'agence régionale de santé ~~peut constituer~~ une conférence de territoire, composée de représentants des différentes catégories d'acteurs du système de santé du territoire concerné **dont les usagers du système de santé.**

« La conférence de territoire peut faire toute proposition au directeur général de l'agence régionale de santé sur l'élaboration, la mise en œuvre, l'évaluation et la révision du projet régional de santé. **Toute proposition doit faire l'objet d'une réponse écrite et motivée du directeur général de l'agence régionale de santé et du conseil de surveillance de l'agence régionale de santé. Ses avis sont rendus publics ainsi que les suites qui leur sont données.**

« La mise en œuvre du projet régional de santé peut faire l'objet de contrats locaux de santé conclus par l'agence, notamment avec les collectivités territoriales, portant sur la promotion de la santé, la prévention, les politiques de soins et l'accompagnement médico-social.

« Un décret détermine la composition et le mode de fonctionnement des conférences de territoire.

Proposition n° 8 - Encadrement juridique de la télémédecine

Exposé de motifs

La FNATH ne comprend pas que l'article relatif à l'encadrement juridique de l'activité de télémédecine ait finalement été supprimé du projet de loi alors que tous les acteurs s'accordent sur son apport possible notamment à la qualité des soins et à l'amélioration de l'accès aux soins sur l'ensemble du territoire.

Elle propose donc de réintroduire une définition juridique de télémédecine.

Modification proposée

Article XX

I. – Au chapitre 3 du titre 1^{er} du livre 1^{er} de la 4^{ème} partie du code de la santé publique, il est ajouté un article L. 4113-15 ainsi rédigé :

« Art L. 4113-15 La télémédecine est une forme de pratique médicale à distance réalisée dans le strict respect du code de déontologie médicale et du secret professionnel, en utilisant les technologies de l'information et de la communication. Elle met en rapport, soit un patient et un ou plusieurs professionnels de santé, soit plusieurs professionnels de santé entre eux. Parmi les professionnels de santé figurent au moins un médecin, responsable de leur coordination.

Elle permet, à distance, d'établir un diagnostic, d'obtenir un avis spécialisé, de prendre une décision thérapeutique et de la mettre en œuvre, de mettre en place une surveillance de l'état des patients, et de réaliser, ou de prescrire, des produits, des prestations ou des actes. Les conditions de sa mise en œuvre et celles de la valorisation des activités des professionnels de santé qui y concourent sont fixées par voie réglementaire. »

II. – L'article 32 de la loi du 13 août 2004 relative à l'assurance maladie est abrogé.

III. - L'article 33 de la dite loi est ainsi modifié :

« Les SROS intègrent la télémédecine. Les modes opérationnels pour répondre aux exigences de la santé publique et de l'accès aux soins sont définis dans des protocoles territoriaux qui déclinent le cadre national fixé par voie réglementaire. »

Proposition n° 9 - Place des usagers dans la négociation conventionnelle

Exposé de motifs

Si la FNATH a considéré normale l'association systématique de l'UNOCAM à la négociation des conventions avec les professionnels de santé prévu par l'article 44 du PLFSS pour 2009, elle a aussi regretté que les représentants des usagers du système de santé continuent à en être tenus à l'écart. Il s'agit, ici, d'une question élémentaire de démocratie sanitaire en ce que les usagers du système sont directement concernés par les dispositions des conventions nationales.

Modification proposée

Article 27

IV - L'article L. 162-33 du code de la sécurité sociale est remplacé par les dispositions suivantes :

« Art. L. 162-33. - Sont habilités à participer aux négociations des conventions mentionnées aux articles L. 162-14-1, L. 162-16-1 et L. 162-32-1, les organisations syndicales reconnues représentatives par les ministres chargés de la santé et de la sécurité sociale **ainsi que des représentants d'institutions désignées par l'Etat intervenant dans le domaine de l'assurance maladie mentionnés au 3° de l'article L 221-3 du code de la sécurité sociale.** Les conditions sont fixées par décret en Conseil d'Etat et tiennent compte de leur indépendance, d'une ancienneté minimale de deux ans à compter de la date de dépôt légal des statuts, de leurs effectifs et de leur audience.

DEUXIEME PARTIE

La place de la santé au travail au sein du projet de loi portant réforme de l'hôpital et des dispositions relatives aux patients, à la santé et aux territoires

Pour la « FNATH, association des accidentés de la vie », **l'organisation territoriale du système de santé** est au cœur de la mise en œuvre de politiques de santé en ce qu'elle constitue un des leviers essentiels du décloisonnement et d'une gestion plus efficiente de notre système sanitaire en proximité.

La mise en place des agences régionales de santé avec les compétences qui lui sont attribuées doit traduire un changement profond de vision sur la nature des déterminants de la santé. Or, la rédaction actuelle ne va pas assez loin car il convient de ne pas faire l'impasse sur la santé au travail. L'importance de l'impact de facteurs professionnels sur la santé de la population n'est plus aujourd'hui à démontrer.

Les rapports les plus récents¹ s'accordent aussi sur la nécessité de décloisonner, y compris au plan régional, les logiques de santé publique et de santé au travail. Enfin l'insuffisance des relations entre les médecins traitants, les médecins hospitaliers -et l'hôpital, les médecins du travail et les médecins-conseils des caisses de sécurité sociale est tout autant parfaitement établie.

Par ailleurs, d'autres rapports et études ont attiré l'attention des pouvoirs publics sur le déficit d'un dispositif de veille sanitaire, dans les années prochaines, qui n'intégrerait pas pleinement la santé aux travail et notamment la surveillance épidémiologique des risques professionnels.

Pour la FNATH, le drame de l'amiante, l'explosion des TMS, des cancers professionnels et des risques psychosociaux mais aussi l'émergence de nouveaux risques professionnels militent pour que l'Etat recouvre son rôle régalien dans la protection des populations au travail.

Même si elle est bien consciente des contraintes imposées par le pragmatisme et la prochaine réforme de la médecine du travail mais aussi du risque de dilution de l'efficacité de l'action d'une agence, nouvellement créée, la FNATH conçoit difficilement pourquoi le périmètre des ARS ne comprend pas la santé au travail. Cette logique globale, du reste, avait pourtant été abordée dans les travaux qui ont présidé à la rédaction de ce projet de loi².

A minima, il convient de mettre en place dès à présent les passerelles nécessaires à l'interconnexion inévitable de la santé publique et de la santé au travail au plan régional. C'est tout le sens des propositions qui sans remettre en cause les compétences propres à chacun des acteurs concernés, pourront, bien au contraire, être enrichies par les prochaines réformes des services de santé au travail.

¹ Avis Conseil économique et social, 27 février 2008, « Avenir de la médecine du travail » ; IGAS/IGAENR, Bilan sur la réforme de la médecine du travail, octobre 2007 ; avis de la conférence nationale de santé du 29 novembre 2007 ;

² Rapport Assemblée Nationale n°697, de M. le Député Yves Bur, enregistré le 6 février 2008, mission sur les agences régionales de santé.

En tout état de cause, l'organisation de la veille sanitaire en région doit impérativement intégrer les risques professionnels dans la mesure où il s'agit, ici, d'une fonction régaliennne de l'Etat dont le spectre est forcément le plus étendu possible.

Dans la même idée, on peut également s'interroger sur l'absence de la médecine scolaire et universitaire, dont on connaît l'importance en matière de santé publique : obésité, prévention, sport,...

La FNATH propose donc une série de modifications qui concerne le titre IV du projet de loi relatif à l'organisation territoriale du système de santé mais aussi le titre II relatif à l'accès aux soins de qualité où il est question du médecin généraliste de premiers recours.

Santé au travail et accès aux soins de qualité

Santé au travail et accès à des soins de premier recours

Article 14

II. - Au titre Ier du livre IV de la première partie du code de la santé publique, il est inséré après le chapitre Ier un chapitre Ier-bis ainsi rédigé :

« CHAPITRE IER-BIS

« ORGANISATION DES SOINS

« Art. L. 1411-11. - L'accès à des soins de premier recours, ainsi que la prise en charge continue des malades sont définis dans le respect des exigences de proximité, de qualité et de sécurité. Ils sont organisés par l'agence régionale de santé au niveau territorial défini à l'article L. 1434-14 et conformément au schéma régional d'organisation des soins prévu à l'article L. 1434-6.

« Ces soins comprennent :

« 1° La prévention, le dépistage, le diagnostic, le traitement et le suivi des patients **y compris lorsqu'elles ont une origine professionnelle ;**

[...]

« Les professionnels de santé, dont les médecins traitants cités à l'article L. 162-5-3 du code de la sécurité sociale, concourent à l'offre de soins de premier recours, en collaboration et, le cas échéant, dans le cadre de coopérations organisées, avec les établissements et services de santé, sociaux et médico-sociaux **ainsi qu'avec les services de santé au travail.**

Santé au travail et missions du médecin généraliste de premier recours

Article 14

IV. - Il est inséré au début du titre III du livre Ier de la quatrième partie du code de la santé publique un chapitre préliminaire ainsi rédigé :

« CHAPITRE PRELIMINAIRE - « MEDECIN GENERALISTE DE PREMIER RECOURS

« Art. L. 4130-1. - Les missions du médecin généraliste de premier recours sont notamment les suivantes :

(...)

« 5° Assurer la synthèse des informations transmises par les différents professionnels de santé **y compris les services de santé au travail ;**

« 6° Contribuer aux actions de prévention et de dépistage en lien notamment **avec les services de santé au travail ;**

Santé au travail et coopération entre professionnels de santé

Article 17

I. - Au début de la quatrième partie du code de la santé publique, il est inséré un livre préliminaire ainsi rédigé :

« LIVRE PRELIMINAIRE - DISPOSITIONS COMMUNES

« TITRE Ier - COOPERATION ENTRE PROFESSIONNELS DE SANTE

« CHAPITRE UNIQUE

(...)

« Art. L. 4011-2. - Les professionnels de santé, à leur initiative, soumettent à la Haute autorité de santé, des protocoles de coopération **y compris avec les services de santé au travail** répondant à un besoin de santé constaté au niveau régional et attesté par l'agence régionale de santé.

« Ces protocoles précisent l'objet et la nature de la coopération, notamment les disciplines ou les pathologies **y compris professionnelles**, le lieu et le champ d'intervention des professionnels de santé concernés.

Santé au travail et formation des professionnels de santé

Après l'article L1110-1 du code de la santé publique, il est inséré un article L1110-1-1 ainsi rédigé :

Les professionnels de santé et du secteur médico-social reçoivent, au cours de leur formation initiale et continue, une formation spécifique concernant l'évolution des connaissances relatives aux pathologies professionnelles.

Santé au travail et organisation territoriale du système de santé

Santé au travail et veille sanitaire

Article 26

« Art. L. 1431-2. - L'agence régionale de santé est chargée :

« 1° De définir et de mettre en œuvre au niveau régional la politique de santé publique mentionnée à l'article L. 1411-1 ; à ce titre, notamment :

« a) Elle organise la veille sanitaire, l'observation de la santé dans la région, ainsi que le recueil et le traitement de tous les signalements d'évènements sanitaires, **y compris dans le champ des risques professionnels.** (...);

Santé au travail et conférence régionale de santé

Article 26

« Sous-Section 3 - Conférence régionale de santé »

« Art. L. 1432-4. - La conférence régionale de santé est un organisme consultatif composé de plusieurs collègues qui concourt, par ses avis, à la politique régionale de santé. Un décret détermine les modalités d'application du présent article.

Elle invite, au moins une fois par an, le comité régional de prévention des risques professionnels pour qu'il lui expose l'état de la mise en œuvre et de l'évaluation du projet régional de santé. Il en est même lorsqu'il s'agit de procéder à l'élaboration et la révision du projet régional de santé.

La conférence régionale de santé et le comité régional de prévention des risques professionnels peuvent décider de la création d'une commission commune permanente.

Santé au travail et coordination des agences régionales de santé

Article 26

«CHAPITRE III - COORDINATION DES AGENCES REGIONALES DE SANTE

« Art. L. 1433-1. - Un comité de coordination des agences régionales de santé réunit des représentants de l'Etat et de ses établissements publics, dont la Caisse nationale de solidarité pour l'autonomie, ainsi que des représentants des organismes nationaux d'assurance maladie membres de l'Union nationale des caisses d'assurance maladie. Les ministres chargés de la santé, de l'assurance-maladie, des personnes âgées et des personnes handicapées, ou leur représentant, le président ; les ministres chargés du budget et de la sécurité sociale **et du travail** en sont membres.

Santé au travail et projet régional de santé

Article 26

« CHAPITRE IV - LA POLITIQUE REGIONALE DE SANTE

Section 1 - Projet régional de santé

« Art. L. 1434-1. - Le projet régional de santé définit les objectifs pluriannuels des politiques de santé que mène l'agence régionale de santé dans ses domaines de compétence, ainsi que les mesures pour les atteindre.

« Il prend en compte les orientations nationales de la politique de santé, **y compris de santé au travail**, et les dispositions financières fixées par les lois de financement de la sécurité sociale et les lois de finances.

Santé au travail et schéma régional de prévention

Article 26

« Sous-Section 1- Schéma régional de prévention

« Art. L. 1434-5. - Le schéma régional de prévention inclut notamment des dispositions relatives à la prévention, à la promotion de la santé et à la sécurité sanitaire. Il organise, dans le domaine de la santé des personnes, l'observation des risques émergents et les modalités de gestion des événements porteurs d'un risque sanitaire, conformément aux dispositions des articles L. 1435-1 et L. 1435-2 du présent code. **Il inclut également des dispositions relatives aux risques liés au travail ainsi qu'à la santé scolaire et universitaire.**

Santé au travail et schéma régional de l'organisation des soins

Article 26

Sous-Section 2 - Schéma régional d'organisation des soins

« Art. L. 1434-6. - Le schéma régional de l'organisation des soins a pour objet de prévoir et susciter les évolutions nécessaires de l'offre de soins afin de répondre aux besoins de santé de la population et aux exigences d'efficience.

« Il précise les adaptations et les complémentarités de l'offre de soins, ainsi que les coopérations, notamment entre les établissements de santé, les établissements et services médico sociaux, les structures et professionnels de santé libéraux. **Il identifie les complémentarités et les coopérations possibles, notamment entre les établissements de santé, les établissements et services médicosociaux, les structures et professionnels de santé libéraux et les services de santé au travail. (...)**

Santé au travail et gestion du risque au niveau régional

Article 26

« Section 2

« Gestion du risque au niveau régional

« Art. L. 1434-11. - L'agence régionale de santé prépare, avec les organismes et services d'assurance maladie de son ressort dont la caisse nationale désigne les membres du conseil de l'Union nationale des caisses d'assurance maladie, un programme pluriannuel régional de gestion du risque assurantiel en santé tel que défini à l'article L. 1431-2 du présent code **et en cohérence avec la gestion du risque professionnel. L'avis de la caisse visée à l'article L**

215-1 du code de la sécurité sociale est recherché préalablement. Il est actualisé chaque année.

Santé au travail et territoires de santé et conférences de territoire

Article 26

Section 3 - Territoires de santé et conférences de territoire

« Art. L. 1434-15. - Dans chacun des territoires mentionnés à l'article L. 1434-7, le directeur général de l'agence régionale de santé peut constituer une conférence de territoire, composée de représentants des différentes catégories d'acteurs du système de santé du territoire concerné.

« La conférence de territoire peut faire toute proposition au directeur général de l'agence régionale de santé sur l'élaboration, la mise en œuvre, l'évaluation et la révision du projet régional de santé.

« La mise en œuvre du projet régional de santé peut faire l'objet de contrats locaux de santé conclus par l'agence, notamment avec les collectivités territoriales **ou les services de santé au travail**, portant sur la promotion de la santé, la prévention, les politiques de soins et l'accompagnement médico-social.

Santé au travail et contractualisation avec les offreurs de services en santé

« CHAPITRE V

« MOYENS ET OUTILS DE MISE EN OEUVRE DE LA POLITIQUE REGIONALE DE SANTE

« Section 2- Contractualisation avec les offreurs de services en santé

« Art. L. 1435-4. - L'agence régionale de santé peut proposer aux professionnels de santé conventionnés, aux centres de santé, aux établissements de santé, aux établissements d'hébergement pour personnes âgées et dépendantes, aux maisons de santé, aux services médico-sociaux, ainsi qu'aux réseaux de santé de son ressort, d'adhérer à un contrat d'amélioration des pratiques en santé.

L'agence régionale de santé peut proposer aux services de santé au travail de son ressort d'adhérer à un contrat d'amélioration des pratiques en santé.