

PROJET DE LOI RELATIF A LA SANTE

Proposition de portage d'amendements communs

SOMMAIRE

Amendements soutenus par Médecins du Monde, FNH VIH et autres pathologies, la Fédération addiction et la FNARS

<u>PROMOUVOIR LA SANTE DES LA PETITE ENFANCE</u>	3
<u>INTEGRER LES PASS ET LES PMI DANS LES SOINS DE PREMIER RECOURS</u>	8
<u>LUTTER CONTRE LES REFUS DE SOINS</u>	9
<u>LUTTER CONTRE LES REFUS DE SOINS-OBSERVATOIRE.....</u>	11
<u>METTRE FIN A LA SPECIFICITE DU DISPOSITIF DE L'AIDE MEDICALE D'ETAT</u>	12
<u>SIMPLIFICATION DU DROIT - ALLONGER LA DUREE DES DROITS A LA CMU-C ET RENOUELER AUTOMATIQUEMENT LES DROITS.....</u>	13
<u>FORMER LE CORPS MEDICAL A LA PRISE EN CHARGE DES PATIENTS EN SITUATION DE PRECARITE ...</u>	15

Amendements soutenus par la FNH VIH et autres pathologies, la Fédération addiction et la FNARS

<u>LES COMMUNAUTES PROFESSIONNELLES TERRITORIALES DE SANTE</u>	4
<u>LES COMMUNAUTES PROFESSIONNELLES TERRITORIALES DE SANTE CONSTITUEES PAR L'ARS 5</u>	
<u>COORDONNER LES NOUVELLES PLATEFORMES D'APPUI AUX PROFESSIONNELS ET LES DISPOSITIFS EXISTANTS.....</u>	7
<u>MIEUX DEFINIR LES PASS.....</u>	14
<u>ARTICULER LE SCHEMA REGIONAL DE SANTE AVEC LES SCHEMAS DEPARTEMENTAUX DE L'ORGANISATION SOCIALE ET MEDICO-SOCIALE</u>	16

Amendement soutenu par la FNH VIH et autres pathologies et la FNARS

<u>INTEGRER DANS LE PROJET TERRITORIAL DE SANTE MENTALE UN PROGRAMME RELATIF AU MAINTIEN DANS LE LOGEMENT ET A L'ACCES AU LOGEMENT ET A L'HEBERGEMENT ACCOMPAGNE DES PERSONNES EN SOUFFRANCE PSYCHIQUE</u>	6
--	---



Projet de loi de modernisation de notre système de santé

AMENDEMENT N° 1

PROMOUVOIR LA SANTE DES LA PETITE ENFANCE

ARTICLE ADDITIONNEL

Après l'article 1 bis, insérer l'article suivant :

«Article....:

Le soutien des jeunes enfants, avant l'entrée dans les dispositifs scolaires, pour l'égalité des chances en santé nécessite l'accompagnement des parents pendant les premières années de vie de l'enfant. Les politiques familiales de la Caisse nationale des allocations familiales et le service départemental de la protection maternelle et infantile mettent en place des actions de promotion de la santé qui concourent à l'amélioration de la santé des enfants et des parents. »

Objet

La santé des jeunes est un objectif prioritaire visé par le projet de loi, conformément aux orientations de la stratégie nationale de santé. Celui-ci occulte cependant la santé des jeunes enfants avant l'âge de trois ans qui ne sont pas scolarisés. Les actions destinées au développement de la petite enfance sont pourtant indispensables pour non seulement améliorer l'état de santé des enfants mais également soutenir les parents et agir ainsi sur les déterminants de santé. Selon l'UNICEF, le taux de pauvreté à l'égard des enfants est passé en France de 15,6% à 18,6% entre 2008 et 2012, ce qui correspond à une augmentation d'environ 440 000 enfants pauvres. L'enquête du Samu social de Paris de 2014 auprès des familles hébergées à l'hôtel est également alarmante : « *Plus de 80% de familles sous le seuil de pauvreté, près de 8 familles sur 10 et 2 enfants sur 3 en insécurité alimentaire, 29% de mères souffrant de dépression, une prévalence de l'obésité bien supérieure à la population générale* ». Ces différents constats rendent nécessaire le développement d'actions à l'égard des parents et des enfants, avant leur scolarisation. Elles doivent donc être reconnues et soutenues en tant que telles. Cet amendement vise à leur reconnaissance.

Projet de loi de modernisation de notre système de santé

LES COMMUNAUTES PROFESSIONNELLES TERRITORIALES DE SANTE

AMENDEMENT N°2

ARTICLE 12

A l'alinéa 8 après le mot :

« regroupés »

supprimer les mots :

« , le cas échéant, ».

Objet

L'amendement du gouvernement sur la substitution du service territorial de santé au public aux communautés professionnelles territoriales de santé conduit à rendre facultatives la coopération et l'articulation des professionnels de santé avec les acteurs sociaux et médico-sociaux. Pourtant, cette coopération avait pour objectif ambitieux de lutter contre les inégalités sociales et territoriales de santé et plus largement l'amélioration et la protection de l'état de santé de la population.

C'est un impératif alors que la progression de la précarité et de la pauvreté dans notre pays engendre non-recours, difficulté d'accès aux soins et plus largement dégradation de l'état de santé de nombre de nos concitoyens. Cette coopération est indispensable sur les territoires pour à la fois construire des diagnostics partagés, des accompagnements pluridisciplinaires adaptés et cohérents pour les personnes confrontées à la précarité, en raison parfois d'un accident de la vie dont la maladie. La nécessité d'accompagner les personnes en situation de vulnérabilité (précarité, addictions, pathologies chroniques etc.) dans leur globalité, y compris pour le suivi et le maintien dans leurs soins, chers aux professionnels de santé, requière une collaboration entre les différents secteurs du sanitaire, du social et du médico-social. Cette dernière permet de répondre à un enjeu de santé publique. Tel est l'objet de cet amendement.

Projet de loi de modernisation de notre système de santé

LES COMMUNAUTES PROFESSIONNELLES TERRITORIALES DE SANTE CONSTITUEES PAR L'ARS

AMENDEMENT N°3

ARTICLE 12

Rédiger ainsi l'alinéa 11:

« À défaut d'initiative des professionnels, l'agence régionale de santé prend, en concertation avec les unions régionales des professionnels de santé et les représentants des centres de santé, et après consultation des conseils territoriaux de santé, les initiatives nécessaires à la constitution de communautés professionnelles territoriales de santé. Ces communautés sont composées des professionnels de santé regroupés sous la forme d'une ou de plusieurs équipes de soins primaires, des acteurs assurant les soins de premier ou second recours ainsi que des acteurs sociaux et médico-sociaux »

Objet

Cet amendement vise à faire participer l'ensemble des acteurs en charge de l'amélioration de l'état de santé des populations et de la réduction des inégalités sociales et territoriales de santé aux communautés professionnelles territoriales de santé lorsque leur création se réalisera sous la seule initiative de l'agence régionale de santé.

En premier lieu, les conseils territoriaux de santé devraient également être consultés par l'ARS lors de la création des communautés professionnelles territoriales de santé afin d'associer l'ensemble des acteurs du système de santé et notamment ceux du secteur social et médico-social.

En second lieu, il est indispensable que les acteurs sociaux et médico-sociaux soient pleinement associés aux communautés professionnelles territoriales de santé.

C'est un impératif alors que la progression de la précarité et de la pauvreté dans notre pays engendre non-recours, difficulté d'accès aux soins et plus largement dégradation de l'état de santé de nombre de nos concitoyens. Cette coopération est indispensable sur les territoires pour à la fois construire des diagnostics partagés, des accompagnements pluridisciplinaires adaptés et cohérents pour les personnes confrontées à la précarité, en raison parfois d'un accident de la vie dont la maladie. La nécessité d'accompagner les personnes en situation de vulnérabilité (précarité, addictions, pathologies chroniques etc.) dans leur globalité, y compris pour le suivi et le maintien dans leurs soins, chers aux professionnels de santé, requière une collaboration entre les différents secteurs du sanitaire, du social et du médico-social. Cette dernière permet de répondre à un enjeu de santé publique. Tel est l'objet de cet amendement.

Projet de loi de modernisation de notre système de santé

AMENDEMENT N°4

INTEGRER DANS LE PROJET TERRITORIAL DE SANTE MENTALE UN PROGRAMME RELATIF AU MAINTIEN DANS LE LOGEMENT ET A L'ACCES AU LOGEMENT ET A L'HEBERGEMENT ACCOMPAGNE DES PERSONNES EN SOUFFRANCE PSYCHIQUE

ARTICLE 13

A la fin de l'alinéa 27, insérer la phrase suivante :

« Un programme relatif au maintien dans le logement et d'accès au logement et à l'hébergement accompagné est développé pour les personnes en souffrance psychique qui en ont besoin. »

Objet

De plus en plus de personnes souffrent de troubles psychiques dans une société qui se précarise. Une des conséquences majeures, qui contribue à aggraver leur situation, est de ne plus pouvoir conserver leur « chez soi » ou d'y accéder. Ainsi, les bailleurs sociaux, tout comme les travailleurs sociaux, se disent démunis face à la progression de ces situations et n'ont pas toujours les réponses adaptées aux troubles du comportement.

En ce qui concerne le domaine de la santé mentale, 30 % des personnes restent hospitalisées en psychiatrie car elles ne parviennent pas à accéder à un « chez soi ». Ces personnes sont pour la plupart considérées comme « incapables d'habiter ». La réalité peut pourtant être tout autre, comme le démontrent certaines expériences. Le « chez soi » constitue un facteur majeur de stabilisation de ces personnes. Le logement ou l'hébergement n'est bien sûr pas suffisant en soi, s'il ne leur est pas proposé un accompagnement par une diversité d'acteurs coordonnés. L'enjeu de santé publique que représentent le maintien et l'accès au logement des personnes en souffrance psychique, justifie l'adoption d'un projet régional spécifique au maintien dans le logement et à l'accès au logement et à l'hébergement des personnes en souffrance psychique.

Projet de loi de modernisation de notre système de santé

AMENDEMENT N°5

COORDONNER LES NOUVELLES PLATEFORMES D'APPUI AUX PROFESSIONNELS ET LES DISPOSITIFS EXISTANTS

ARTICLE 14

A la fin de l'alinéa 9, insérer la phrase suivante :

« L'agence régionale de santé veille à la coordination de ces plateformes avec les coopérations ou dispositifs territoriaux assurant une mission d'appui aux professionnels présents sur les territoires tels que définis à l'article L1434-8. »

Objet

La mise en place de plateformes d'appui aux professionnels vise à offrir aux acteurs territoriaux du système de santé un service lisible d'appui à la coordination des parcours de santé complexes.

Des coopérations et des dispositifs locaux ou régionaux assurent déjà, notamment sur des thématiques de santé particulières (VIH, addictions, précarité, Alzheimer, personnes âgées, etc), une mission de coordination et d'articulation des acteurs du système de santé. Ces dispositifs thématiques sont porteurs d'une expertise reconnue et sont généralement bien repérés par les acteurs locaux de santé.

Afin d'assurer la cohérence, l'efficacité et la lisibilité des services proposés aux acteurs du système de santé, les plateformes d'appui aux professionnels doivent s'appuyer et s'articuler avec les coopérations et dispositifs locaux existants sur le territoire de santé défini par l'ARS.

Projet de loi de modernisation de notre système de santé

AMENDEMENT N°6

INTEGRER LES PASS ET LES PMI DANS LES SOINS DE PREMIER RECOURS

ARTICLE 15

Avant l'alinéa 2, insérer l'alinéa suivant :

« L'article L1411-11 du code de la santé publique est ainsi modifié:

A l'alinéa 6, après les mots : « *sécurité sociale* », insérer les mots : « *les permanences d'accès aux soins de santé mentionnées à l'article L. 6111-1-1 du code de la santé publique, des services de protection maternelle et infantile* »

Objet

L'offre liée à la permanence des soins de premier recours est assurée en premier lieu par les professionnels de santé habilités. Les médecins généralistes et les centres de santé ont à ce titre un rôle particulier mais d'autres professionnels contribuent à la lutte contre les inégalités sociales et territoriales de santé. Ainsi, les permanences d'accès aux soins de santé ainsi que les services de protection maternelle et infantile concourent indéniablement à l'offre de soins de premier recours et doivent être reconnus en tant que tels pour assurer une meilleure coordination territoriale des professionnels.

Projet de loi de modernisation de notre système de santé

AMENDEMENT N°7

LUTTER CONTRE LES REFUS DE SOINS

ARTICLE ADDITIONNEL

Avant l'article 19, il est inséré l'article suivant :

- I. Les dispositions de l'article 19 du projet de loi sont supprimées et remplacées par les dispositions suivantes :
- II. Après le troisième alinéa de l'article L. 1110-3 du code de la santé publique sont insérés les alinéas suivants :

« Sont assimilés à un refus de soins illégitime :

1° Le fait de proposer un rendez-vous dans un délai manifestement excessif au regard des délais habituellement pratiqué 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 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 justification médicale ;

6° L'attitude et le comportement discriminatoire du professionnel de santé.

Les dispositions du troisième 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 patients.

Il appartient au professionnel de santé 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 de soins est commis à l'encontre d'une personne ayant sollicité les soins dans le but de démontrer l'existence du refus discriminatoire.»

- III. Après le sixième alinéa du même article, il est inséré deux alinéas ainsi rédigé :

« 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 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. »

Objet

Le projet de loi relatif à la santé fixe l'objectif de lutter contre le refus de soins. A ce titre, et afin d'appuyer concrètement cette orientation, est créé une liste de critères permettant de mieux caractériser les refus. Aussi, pour mieux prendre en compte l'accompagnement de personnes face à un refus de soins objectivé, il est demandé au professionnel d'apporter tout élément de nature à justifier ce refus. Un accompagnement personnalisé par une association intervenant dans le champ du droit à la santé et de la lutte contre les discriminations est également inscrit.

En outre, et parce que les publics en situation de précarité sont les plus touchés par les refus de soins, le présent amendement renforce également l'accessibilité à la contestation des refus de soins en permettant aux associations d'exercer les droits reconnus aux personnes victimes d'un refus de soins, et en donnant un cadre légal au testing.

Projet de loi de modernisation de notre système de santé

AMENDEMENT N°8

LUTTER CONTRE LES REFUS DE SOINS-OBSERVATOIRE

ARTICLE 19

L'article 19 est ainsi modifié :

I « Un observatoire national des refus de soins évalue selon les modalités définies par décret le respect du principe de non-discrimination dans l'accès à la prévention ou aux soins. Il est composé de trois collèges représentant des organismes d'assurance maladie, des ordres professionnels et des usagers, dont des associations de santé et de représentants d'usagers.

II « Les pratiques discriminantes pouvant faire l'objet d'une sanction dans les conditions prévues à l'article L 162-1-14-1 du code de la sécurité sociale sont transmises au Directeur général de l'Agence régionale de santé et au Directeur de l'organisme local d'assurance maladie concerné. Un bilan annuel des refus de soins enregistré par l'observatoire est transmis au ministre en charge de la santé et à l'Institution mentionné à l'article 71-1 de la constitution»

Objet

Les refus de soins, violations du droit et de la déontologie attachée aux professions médicales, sont un phénomène constaté par nombre de rapports et d'enquêtes associatifs ou institutionnels. 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, partant, la santé collective.

Le projet de loi prévoit, dans un objectif affiché de « *mieux lutter contre les refus de soins* », de confier à l'Ordre des médecins l'évaluation du respect du principe de non-discrimination dans l'accès à la prévention et aux soins, notamment en réalisant ou en faisant réaliser des testings. Cette mission ne peut pourtant être raisonnablement remplie par un organisme dont l'objectivité peut être mise en cause. Il est proposé de la confier à un observatoire indépendant, rassemblant représentants de l'assurance maladie, des ordres concernés et de représentants d'usagers ou associations de santé.

Projet de loi de modernisation de notre système de santé

AMENDEMENT N°9

METTRE FIN A LA SPECIFICITE DU DISPOSITIF DE L'AIDE MEDICALE D'ETAT

ARTICLE ADDITIONNEL

Insérer un article ainsi rédigé :

- I. Le titre V du Livre II du code de l'action sociale et des familles est supprimé.
- II. A l'article L.111-2 du code l'action sociale et des familles, le 3° est remplacé par la « 3° de la Couverture Maladie Universelle et de la couverture complémentaire ».
- III. A l'article L.380-1 du code de la sécurité sociale sont supprimés les mots « et régulière ».

Objet

Alors que les français et étrangers en situation régulière peuvent bénéficier de la CMU –en l'absence d'autre affiliation à l'assurance maladie obligatoire- et à la CMU-c, sous condition de ressource, pour bénéficier d'une assurance maladie complémentaire, les étrangers en situation irrégulière résidant sur le territoire depuis plus de trois mois sont relégués au bénéfice d'une prestation d'aide sociale, l'Aide médicale d'Etat (AME) sous conditions de ressources. La coexistence de deux dispositifs distincts a des conséquences négatives tant humaines qu'administratives. Inclure l'AME dans la CMU comme le recommande l'IGAS¹ ou encore le Défenseur des Droits², serait une réforme pragmatique sur le plan économique permettant de réduire les coûts de gestion engendrés par la cohabitation de deux systèmes. Ce serait en outre une mesure de santé publique majeure améliorant la prévention et la promotion de la santé ainsi que l'accès aux soins des étrangers en situation irrégulière, avec un bénéfice induit sur la santé de l'ensemble de la population. Le présent amendement propose en conséquence de mettre fin à la spécificité du dispositif de l'Aide médicale d'Etat.

¹ Rapport de l'IGAS réalisé par CORDIER Alain et SALAS Frédéric, *Analyse de l'évolution de l'aide médicale d'Etat*, Novembre 2010

² Défenseur des Droits, Les refus de soins opposés aux bénéficiaires de la CMU-C, de l'ACS et de l'AME, Mars 2014

Projet de loi de modernisation de notre système de santé

AMENDEMENT N°10

SIMPLIFICATION DU DROIT - ALLONGER LA DUREE DES DROITS A LA CMU-C ET RENOUVELER AUTOMATIQUEMENT LES DROITS

ARTICLE ADDITIONNEL

Insérer un article ainsi rédigé :

Au 5^{ème} alinéa de l'article L.861-5 du Code de sécurité sociale, les mots « *pour une période d'un an renouvelable* » sont remplacés par les mots « *pour une période de 3 ans renouvelables* ».

Un sixième alinéa est créé : « *Le renouvellement du bénéfice de la protection complémentaire en matière de santé est automatique. Les modalités de l'éventuel contrôle a posteriori du bien-fondé de ce renouvellement sont prévues par décret.* ».

Objet

Le projet de loi présenté ne prévoit aucune mesure de simplification de l'accès aux droits, alors même que de nombreux rapports et acteurs institutionnels attestent que la complexité et la longueur du parcours d'ouverture des droits génère des retards de soins ou non recours aux droits³.

La courte durée des droits à la CMU-C cumulée à la complexité des démarches ainsi qu'aux délais d'instruction pour en bénéficier peut en outre placer ses potentiels bénéficiaires en situation de démarche administrative permanente.

Le véritable parcours du combattant que constituent les démarches d'ouverture des droits à la couverture maladie complémentaire pour des personnes cumulant les difficultés impose que soient pensées des solutions de simplification. Le projet de loi relatif à la santé faisant l'impasse sur cet objectif de simplification, le présent amendement propose d'espacer les renouvellements de droits à la CMU-C et ainsi d'allonger la durée de droits à la CMU-C de un à trois ans.

³ Mme La Sénatrice Aline Archimbaud, *L'accès aux soins des plus démunis 40 propositions pour un choc de solidarité*, Septembre 2013 ; Défenseur des Droits, *Les refus de soins opposés aux bénéficiaires de la CMU-C, de l'ACS et de l'AME*, Mars 2014 ; CNLE, *Accès aux soins des plus démunis : CMU, ACS, AME, dix ans après, revaloriser et simplifier les dispositifs pour réduire le non-recours à la couverture maladie et améliorer l'accès aux soins des plus démunis*, Avis, Juin 2011

Projet de loi de modernisation de notre système de santé

AMENDEMENT N°11

MIEUX DEFINIR LES PASS

ARTICLE 26

Rédiger ainsi l'alinéa 11:

« Art. L. 6111-1-1.— Dans le cadre de la mise en œuvre du projet régional de santé, les établissements de santé mettent en place des permanences d'accès aux soins de santé, qui comprennent notamment des permanences d'orthogénie, adaptées aux personnes en situation de précarité visant à faciliter, par un accompagnement soignant et social, leur accès au système de santé, aux réseaux institutionnels ou associatifs d'accueil et d'accompagnement social, et à les accompagner dans les démarches nécessaires à la mise en œuvre de leurs droits. À cet effet, ils concluent avec l'État des conventions prévoyant, en cas de nécessité, la prise en charge des consultations externes, des actes diagnostiques et thérapeutiques ainsi que des traitements qui sont délivrés gratuitement à ces personnes et notamment à celles qui ne bénéficient pas d'une couverture médiale ».

Objet

Créées au sein des établissements de santé, les permanences d'accès aux soins de santé (PASS) sont des dispositifs essentiels pour l'accès aux soins des personnes en situation de précarité. Elles sont un outil indispensable pour rendre effectif les objectifs prioritaires du projet de loi de réduction des inégalités sociales et territoriales de santé.

Elles offrent un accès aux soins et un accompagnement social aux patients les plus démunis, notamment ceux qui ne bénéficient pas d'une couverture sociale, dans la perspective d'un retour à l'offre de soins de droit commun. Pour les établissements de santé, elles contribuent également à organiser en interne le repérage de ces patients et à assurer un accompagnement santé construit dans le cadre d'un partenariat élargi (acteurs de la santé, du social et du médico-social).

Or, on constate aujourd'hui des disparités dans la mise œuvre de ces permanences de soins sur les territoires : certaines n'accueillent que des personnes ayant des droits ouverts et l'accès sans frais aux consultations de médecine générale, aux médicaments, aux actes techniques (analyses biologiques, examens radiologiques) et aux services d'interprétariat n'est pas toujours possible.⁴

Conformément aux objectifs défendus dans le plan pluriannuel de lutte contre la pauvreté et l'inclusion sociale, cet amendement vise donc à garantir un maillage territorial de qualité et de proximité au travers d'une définition plus complète de ces permanences qui reconnaît l'accès aux soins pour tous et l'inscription de la PASS dans un partenariat institutionnel et associatif élargi.

⁴ Rapport d'information de la commission des affaires sociales de l'Assemblée Nationale sur l'organisation de la permanence des soins, juin 2015.

Projet de loi de modernisation de notre système de santé

AMENDEMENT N°12

FORMER LE CORPS MEDICAL A LA PRISE EN CHARGE DES PATIENTS EN SITUATION DE PRECARITE

ARTICLE 28

A l'alinéa 9, après les mots « *portés par la stratégie nationale de santé* », les mots suivants :
« *notamment concernant les enjeux et problématiques spécifiques aux publics en situation de précarité* ».

Objet

L'accès aux soins des populations en situation de grande précarité soulève des problématiques spécifiques: droits et dispositifs d'aide particuliers, cumul de difficultés. La méconnaissance chez les professionnels de santé des spécificités de ce public, des difficultés qu'il rencontre, des inégalités et des déterminants de santé, ainsi que des dispositifs existants est l'un des obstacles dans l'accès aux soins des plus précaires.

Alors que le projet de loi dans son intégralité ib2(nd)-9rde e

Projet de loi de modernisation de notre système de santé

AMENDEMENT N°13

ARTICULER LE SCHEMA REGIONAL DE SANTE AVEC LES SCHEMAS DEPARTEMENTAUX DE L'ORGANISATION SOCIALE ET MEDICO-SOCIALE

ARTICLE 38

I - A l'alinéa 23, après les mots « 6°, 7° », insérer les mots « 8°, 9° »

II - A la fin de l'alinéa 23, substituer aux mots « à l'article L212-5 » les mots « *et au plan local pour les personnes défavorisées mentionnés à l'article L312-5-3* »

Objet

Cet amendement vise à décroiser les secteurs sanitaires, sociaux et médico-sociaux en articulant et en mettant en cohérence les outils de programmation de la politique de santé et ceux de la lutte contre l'exclusion.

Selon l'Observatoire de l'accès aux droits et aux soins de la mission France de Médecins du Monde de 2013, 2/3 des patients ne bénéficient d'aucun suivi de leurs problèmes de santé avant de s'adresser à la consultation médicale de Médecins du Monde. Dans 86 % de ses consultations, au moins un problème de santé a été diagnostiqué et 57 % des patients souffrent d'une pathologie chronique. Les besoins en matière de santé pour les personnes en situation de vulnérabilité (précarité, addictions, pathologies chroniques etc.) sont donc évidents. Une programmation coordonnée est aujourd'hui indispensable en termes d'accompagnement social, d'hébergement, de logement et de parcours de santé.