
Santé

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

Notre plate forme de propositions

Le projet de loi portant réforme de l'hôpital et relatif aux patients, à la santé et aux territoires a pour objectif de « garantir un meilleur accès aux soins pour tous les Français sur tout le territoire par une modernisation globale du système de santé ».

La FNARS partage cet objectif et la nécessité d'une réforme du système de santé, dans un contexte où les inégalités sociales conduisent à des inégalités croissantes de santé. Ainsi, selon le baromètre IPSOS-Secours populaire Français de 2007, les personnes ayant des revenus inférieurs à 1 200 € sont 22 % à penser que leur état de santé n'est pas satisfaisant contre 3 % de ceux qui gagnent plus de 3 000 € et 8 % de ceux qui gagnent entre 2 000 et 3 000 €.

Les personnes et les familles en situation de précarité et d'exclusion sont tout particulièrement touchées par ces inégalités. Ainsi, Médecins du monde relève que 44 % des personnes SDF nécessitent une prise en charge médicale d'au moins 6 mois¹. Les associations appartenant au réseau de la FNARS les accueillent, de plus en plus nombreuses, et les accompagnent pour leur permettre d'accéder à leurs droits et à l'autonomie. Pour ces personnes, la santé et l'accès aux soins constituent une problématique majeure et conditionnent fortement leurs perspectives d'insertion.

Or, la santé et l'accès aux soins pour ces personnes présentent des spécificités que le projet de loi n'appréhende pas, tant dans sa volonté de remettre les personnes au centre du système de santé que dans l'organisation de la réponse à apporter.

Aussi, la FNARS est-elle particulièrement préoccupée par le cloisonnement institutionnel entre l'action sociale et le sanitaire qu'instaure le projet de loi et sur les conséquences à moyen terme pour les populations précarisées en termes de prévention et d'accès aux soins.

Telles sont les raisons pour lesquelles la FNARS présente cette plateforme de propositions. Alors que les situations de précarité et d'exclusion semblent à la fois progresser et se diversifier (de plus en plus de jeunes, de familles sont touchées) et dans le contexte actuel de crise économique, il y a là un véritable enjeu de santé publique. Il s'agit que soit effectif le droit à la santé pour tous, à l'accès aux soins pour tous (avec des soins de qualité) et de construire une politique globale de la santé qui s'adresse à l'ensemble de la population.

¹ Rapport d'activité 2007 de Médecins du monde.

Les politiques publiques de santé et celles portant sur l'action sociale sont indissociables

Le projet de loi crée des Agences régionales de santé (ARS). Leur mise en œuvre peut être une réelle avancée dans la mesure où elles permettront de construire des réponses en termes de santé mieux coordonnées et mieux adaptées aux besoins, face notamment à la multiplicité des acteurs. L'intégration du secteur médico-social dans le périmètre des ARS répond également à cette logique dans la mesure où la dimension santé des personnes prises en charge par ce secteur (personnes âgées, handicapées) est une réalité centrale.

Néanmoins, cette réforme isole l'action sociale de l'Etat. Elle sera désormais pilotée par des pôles de cohésion sociale, sans que ces derniers n'aient de lien avec les ARS, alors qu'auparavant elle était assurée par les DDASS qui étaient aussi responsables de la mise en œuvre, dans le département, des politiques sanitaires, médico-sociales et sociales.

Une telle évolution conduit à un cloisonnement institutionnel entre le sanitaire et le social, et interroge sur les conséquences qui peuvent en résulter pour les personnes en situation de grande précarité et d'exclusion. En effet, pour ces personnes, l'accès aux soins, comme aux autres droits, "ne va pas de soi". Ainsi, Médecins du monde constate que, si 78 % de leurs patients peuvent prétendre à une couverture maladie, seuls un peu moins de 20 % ont ouverts des droits au jour de la première consultation. Près de 80 % des SDF consultants à Médecins du monde ne disposent pas de couverture médicale².

Certaines personnes n'en voient d'ailleurs pas la nécessité, considérant la santé comme secondaire au regard des difficultés auxquelles elles sont confrontées. Il est nécessaire d'aller vers elles, de les accompagner et de les soutenir dans ces démarches.

C'est aussi tout le sens de l'accompagnement social. Cela dépasse la simple organisation du système de soins et la notion d'assistance. Il est aussi nécessaire d'aller au devant des personnes qui vivent dans la rue, dont l'état de santé est fortement dégradé mais qui ne formulent aucune demande.

Ces réalités appellent la co-construction de réponses en partenariat entre le secteur de la santé et celui du social qui doivent dépasser le cadre des simples bonnes volontés et s'inscrire dans un cadre institutionnel volontariste.

Propositions pour améliorer l'organisation et le fonctionnement des ARS

Telles sont les raisons pour lesquelles la FNARS demande expressément que :

◆ Le directeur de la cohésion sociale (qui aura en charge la direction régionale de la jeunesse, des sports et de la cohésion sociale) fasse partie du conseil de surveillance de l'ARS et que le projet de loi le mentionne explicitement.

◆ Une **troisième commission régionale de coordination des politiques socio-sanitaires** soit créée, dans laquelle doivent siéger les associations du secteur social concernées ; celle-ci aurait pour mission d'assurer la cohérence et la complémentarité des actions relevant des domaines du social, de la santé et du médico-social (psychiatrie, bénéficiaires de la [CMU], de l'Aide médicale Etat [AME], addictologie, lits halte soins santé, appartements de coordination thérapeutique, maisons départementales des personnes handicapées...).

◆ Les **usagers du secteur social** soient associés aux travaux de la conférence régionale de santé.

² Rapport d'activité 2007 de Médecins du monde.

Le secteur social ne peut assumer à lui seul la prise en charge des personnes atteintes de troubles psychiques et psychiatriques

Parmi les problèmes de santé auxquelles sont confrontées les personnes en situation de précarité et d'exclusion, la souffrance psychique est un élément majeur. De ce fait, les travailleurs sociaux et les usagers des centres d'hébergement se retrouvent dans une situation de grand dénuement, face à des risques de plus en plus fréquents de violence réelle.

La réforme du secteur psychiatrique au cours des trente dernières années, visant à permettre le retour à une certaine vie sociale de beaucoup de patients, s'est traduite par une diminution de 50 % du nombre de lits en hôpital psychiatrique. « Cependant, les contraintes de cette vie sociale n'étaient pas toujours adaptées à ces personnes. Beaucoup d'entre elles sont confrontées à des conditions de vie précaires, à des rechutes plus ou moins brutales, à des ruptures de prise en charge³. Un tiers des malades psychiatriques ne sont pas pris en charge par leur famille. Ajoutons que les personnes sans abri qui se retrouvent à errer dans la rue voient leur état de santé se dégrader fortement, au niveau psychologique notamment, car la rue est violente.

Les établissements d'hébergement du type CHRS et les centres d'hébergement d'urgence (CHU) ont dû pallier cette carence et accueillir de plus en plus de personnes présentant des troubles psychiatriques sans avoir les compétences pour répondre aux troubles comportementaux et à la souffrance psychique (temps de présence insuffisant d'infirmiers, de psychiatres, de médecins...). Ainsi, sur l'agglomération toulousaine, 36 % des personnes suivies par l'équipe mobile sanitaire et sociale souffrent d'affection psychiatrique chronique⁴.

« Le clivage est donc souvent trop important entre la prise en charge du secteur psychia-

trique et les accompagnements sociaux ou médico-sociaux »⁵.

La FNARS redoute par ailleurs que la prééminence de l'hôpital dans l'organisation du système de santé, à laquelle conduit le projet de loi, n'aboutisse à affaiblir la place de la médecine ambulatoire et du médico-social.

Propositions pour développer les coopérations entre le secteur sanitaire et le secteur social

La FNARS demande expressément :

- ◆ Le développement et la généralisation des Centres médico-psychologiques (CMP) de proximité et des appartements thérapeutiques afin que la sortie en aval des hôpitaux psychiatriques puissent s'effectuer vers des lieux adaptés de prise en charge.
- ◆ Le développement de conventions de partenariat entre le secteur public de la psychiatrie et les centres d'hébergement, sur chaque secteur de la psychiatrie. Elles doivent permettre d'organiser des prises en charge adaptées des personnes souffrant de troubles psychiatriques avec les moyens adaptés pour les mettre en œuvre. Cela concerne notamment la sortie de l'hôpital, dans une logique de prévention, afin qu'elle ne débouche pas sur la rue ou la prison.
- ◆ De ne pas confondre la mission sociale des centres d'hébergement (les CHRS notamment) et la mission de suivi thérapeutique des malades sortant d'hôpitaux psychiatriques. En effet, les CHRS ne sont en aucun cas des substituts institutionnels des CMP et des hôpitaux psychiatriques.
- ◆ Une implication plus importante de la psychiatrie privée dans la prise en charge des personnes défavorisées souffrant de troubles psychiques et psychiatriques.

³ Note et propositions portant contribution aux travaux de la commission Couty - novembre 2008 - groupe de travail animé par M.L. Jouvin, Directeur du centre hospitalier spécialisé de Jury-les-Metz, propositions pour la réforme de la psychiatrie.

⁴ Source : Contribution au diagnostic local du dispositif d'hébergement et d'accès au logement - DDASS Haute Garonne - septembre 2008.

⁵ Note et propositions portant contribution aux travaux de la commission Couty - novembre 2008 - groupe de travail animé par M.L. Jouvin, Directeur du centre hospitalier spécialisé de Jury-les-Metz, propositions pour la réforme de la psychiatrie.

L'accès aux soins et à la prévention des plus démunis doit être effectif

L'accès aux soins et la prévention constituent deux piliers essentiels d'une politique de santé publique. Leur effectivité pour les personnes les plus démunies nécessite, comme nous venons de l'écrire, une complémentarité entre l'intervention sociale et l'action sanitaire.

Cette effectivité ne pourra être renforcée qu'en maintenant et en développant une diversité de réponses dans une logique de

proximité, de pluridisciplinarité, de continuité des soins et de transversalité.

La FNARS s'interroge par ailleurs sur le contenu du titre 3 du projet de loi intitulé « Prévention et santé publique ». En effet, il ne porte que sur la santé des jeunes et sur l'éducation thérapeutique du patient. Qu'en est-il alors des différents programmes nationaux de prévention en matière de cancer, de diabète, de maladie d'Alzheimer et autres pathologies ?

Propositions pour un accès de tous à des soins de qualité

C'est pourquoi la FNARS demande expressément le **développement** ou la **généralisation** :

- ◆ Des **réseaux ville-hôpital et notamment des réseaux santé-précarité**, permettant de renforcer les liens, la complémentarité et la coordination entre l'hôpital public, les médecins libéraux et les acteurs sociaux, dans une logique d'optimisation de la trajectoire des personnes dépassant l'aspect uniquement curatif (suivi, retour à domicile, insertion sociale...).
- ◆ Des **centres ou maisons de santé**, centres médicaux polyvalents et pluridisciplinaires dont la médecine générale est le pivot ; ils permettent aux patients d'avoir accès sur un seul lieu à des services de premier recours et à des professionnels de diverses spécialités⁶.
- ◆ D'**ateliers santé-ville** dans les quartiers en difficulté, dont l'objectif est de permettre une articulation dynamique entre la politique de la ville et les politiques de santé et de contribuer ainsi à réduire les inégalités territoriales dans ce domaine⁷.
- ◆ Des **Permanences d'accès aux soins de santé (PASS)** dans les établissements publics et privés de santé.
- ◆ De modules particuliers de **formation des médecins** (dans le cadre de la formation continue notamment) pour la prise en charge des personnes les plus démunies parallèlement au renforcement des sanctions en cas de refus de soins.
- ◆ De **plans régionaux de prévention** incluant, au delà de la santé des jeunes et de l'éducation thérapeutique du patient, l'ensemble des autres plans de prévention existant (cancer, diabète, maladie d'Alzheimer...).

⁶ Les centres de santé font souvent partie de réseaux de soins locaux, travaillant en collaboration avec les médecins de ville et les hôpitaux. Ils travaillent également avec les services sociaux municipaux ou départementaux. Ils pratiquent le tiers payant et accueillent gratuitement les bénéficiaires de la Couverture maladie universelle (CMU) ou de l'Aide médicale d'Etat (AME).

⁷ Les ateliers santé-ville visent à rapprocher les acteurs de santé et ceux de la politique de la ville au niveau régional, départemental et local. Il s'agit aussi et surtout d'identifier les problèmes et, en concertation avec les habitants, de définir des priorités et d'envisager des programmes d'intervention.

La programmation sur les territoires doit prendre en compte la santé des plus démunis

Une politique publique territorialisée de la santé doit reposer sur une programmation de l'organisation des soins en réponse à l'ensemble des besoins évalués. C'est tout l'enjeu du projet régional de santé et des schémas régionaux de mise en œuvre qu'il contient en matière de prévention, d'organisation de soins et d'organisation médico-sociale.

Le projet régional de santé doit intégrer les besoins spécifiques des personnes les plus démunies et les réponses adaptées que leur situation peuvent nécessiter, en lien avec le secteur social notamment. A cet égard, il est nécessaire que le projet régional de santé comporte un outil de programmation consacré à la santé des personnes en situation de précarité. C'est un impératif pour organiser une politique régionale de santé cohérente et répondant aux besoins de tous les concitoyens.

Proposition pour améliorer la politique régionale de santé

La FNARS demande expressément que :

- ◆ Les **Programmes régionaux d'accès à la prévention et aux soins en direction des personnes en situation de précarité (PRAPS⁸)**, institués par la loi du 29 juillet 1998, soient maintenus et inclus dans le projet régional de santé au côté du schéma régional de prévention, du schéma régional d'organisation des soins et du schéma régional de l'organisation médico-sociale.
- ◆ Soient élaborés dans chaque territoire de santé un **schéma territorial santé/social** dans lequel les liaisons et articulations entre les acteurs sanitaires et sociaux seraient précisées de façon opérationnelle.

La logique d'appel à projet ne doit pas porter atteinte à la capacité d'innovation et de proposition des acteurs sociaux et médico-sociaux

Le projet de loi introduit la logique d'appel à projets dans la procédure d'autorisation de création, de transformation ou d'extension des établissements sociaux et médico-sociaux, avec son corollaire : la nécessité pour les établissements, que les projets qu'ils présentent soient conformes à un cahier des charges établi par les autorités qui délivrent l'autorisation.

Il convient de s'interroger sur les conséquences d'une telle procédure. En effet, l'élaboration d'un tel cahier des charges ne doit pas conduire à une normalisation des réponses apportées par les associations.

Cela irait à l'encontre de la nécessaire souplesse qui doit être laissée aux associations pour qu'elles puissent construire des réponses les plus adaptées possibles à la diversité des personnes qu'elles accueillent. Cette singularité des réponses est aussi gage d'efficacité.

⁸ Les PRAPS constituent un outil de concertation et de coordination permettant d'associer de multiples partenaires : associations, mutuelles, organismes d'assurance maladie, hôpitaux, organismes professionnels, collectivités locales et services de l'Etat. Leur objectif est d'améliorer l'accès à la prévention et aux soins des personnes en situation de précarité. Ils reposent sur une analyse des besoins, une définition des priorités et objectifs et une programmation d'actions.

Une telle procédure risque également de restreindre très fortement les marges d'initiative et d'innovation des associations. Les associations ont aussi une capacité de réactivité et d'adaptation pour construire et apporter de nouvelles réponses, parfois à court terme, face à l'évolution et à la diversification des situations de précarité et

dans la mesure où seuls les projets répondant au cahier des charges déterminé par l'autorité publique seront recevables. Or, les d'exclusion. Cela est aussi rendu possible compte tenu du rôle essentiel d'observation et d'identification des besoins que jouent les associations. Il ne faudrait pas dès lors que les associations soient réduites à de simples prestataires de services.

Proposition pour un partenariat entre pouvoirs publics et acteurs sociaux et médico-sociaux

La FNARS propose que soit créée une commission régionale sociale et médico-sociale de concertation et d'évaluation des besoins pour chacun des thèmes relevant de l'autorité départementale compétente, au lieu de commissions départementales de sélection d'appel à projet. Ces commissions régionales, au sein desquelles siègeraient des représentants des fédérations regroupant les acteurs sociaux et médico-sociaux, auraient pour mission :

- ◆ De donner un avis sur les schémas d'organisation sociale et médico-sociale et les plans départementaux Accueil, hébergement, insertion, créés par la loi de mobilisation pour le logement et la lutte contre les exclusions et d'en évaluer la mise en œuvre.
- ◆ De participer au recensement et à l'évaluation des besoins sociaux et médico-sociaux.
- ◆ De participer à l'élaboration des cahiers des charges portant sur les actions à mettre en œuvre pour répondre à ces besoins.
- ◆ De donner un avis sur les projets présentés, en réponse au cahier des charges.

Cette instance régionale, associant les représentants des acteurs sociaux et médico-sociaux, doit constituer un lieu permettant aux associations de faire reconnaître et prendre en compte l'émergence de nouveaux besoins et des réponses à y apporter, de façon cohérente et transparente.