

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

Observations et propositions d'amendements de l'Uniopss Note en vue de l'examen du texte par le Sénat

Le débat à l'Assemblée nationale a permis de concrétiser un certain nombre des propositions que l'Uniopss avait transmises aux députés tandis que d'autres restaient sans réponse. Des questions nouvelles sont par ailleurs apparues, consécutives aux dispositions adoptées par l'Assemblée nationale.

Ce document vise donc à préciser nos positions suite aux évolutions du texte et aux débats qui se sont tenus à l'Assemblée, en complément de notre document de positionnement envoyé à tous les parlementaires en janvier. Il met l'accent sur les dispositions qui nous semblent essentielles à retenir de façon à rendre plus pertinente la réforme d'ampleur que propose ce projet de loi. **Vous trouverez en annexe les propositions d'amendement complémentaires** que nous faisons par rapport à celles qui figurent dans le document principal dont certaines ont été adoptées.

Réforme du service public hospitalier et introduction dans le code de la santé publique de la notion d'établissements de santé privés d'intérêt collectif (ESPIC) (article 1^{er})

Nous nous félicitons de la reconnaissance de cette nouvelle notion qui permet de ne pas priver les usagers du système de santé d'un acteur essentiel de l'offre de soins représentant actuellement 15% des capacités du secteur sanitaire et qui allie la souplesse de gestion d'un statut privé à la capacité à réinvestir l'ensemble de ses bénéfices dans le projet au seul profit de l'usager. Toutefois, la consécration d'une nouvelle notion qui permet de reprendre les contours de ce que sont les actuels établissements participant au service public hospitalier ne suffit pas et doit être complétée par la définition au niveau législatif des grands principes applicables pour constituer le régime juridique de ces établissements. Actuellement, ne sont définies que les obligations en termes de continuité et d'égal accès dans le service rendu au patient que ces établissements doivent remplir pour l'ensemble de leurs missions ; leur régime financier, leur positionnement par rapport à l'emploi de praticiens hospitalier ne sont pas précisés comme ils le sont pour les établissements publics de santé. De manière à aller au bout de la logique et permettre à ces établissements de fonctionner, il convient donc de définir plus précisément le régime juridique de ces établissements et d'inscrire dans le code de la santé publique les contreparties à l'engagement des ESPIC dans la garantie de l'égal accès aux soins et de la continuité des prises en charge. Aussi, proposons-nous en annexe un amendement complémentaire sur ce point (proposition d'amendement n°1).

Par ailleurs, il nous semble indispensable, de définir au niveau de la loi un socle de missions qui doivent être présentes à un niveau de proximité sur le territoire national (permanence des soins, actions d'éducation et de prévention pour la santé et leur coordination, la lutte contre l'exclusion sociale et les actions de santé publique). Certes, le projet de loi prévoit que l'ARS aura la possibilité d'imposer l'exercice de missions de service public non assurées sur un territoire de santé. Ce n'est cependant pas suffisant, selon nous, et ce pour deux raisons. D'une part, ces missions sont nécessaires à un niveau plus resserré que celui du territoire de santé et, d'autre part, il ne saurait y avoir de dérogation dans le maillage du territoire national au niveau de ces missions consubstantielles à l'exercice du service public hospitalier. Nous avons donc proposé un amendement visant à instaurer une garantie de niveau législatif pour la présence de ces missions identifiées comme un socle de service public hospitalier de proximité.

Centres de santé (article 1er)

Nous rappelons notre attachement à un lieu de concertation tant au niveau national que régional pour ces structures. En effet le projet de loi prévoit la condamnation de l'instance nationale de concertation sur les centres de santé pour des motifs que nous ne pouvons accepter, il existe bien un lieu de consultation, le comité national de l'organisation sanitaire et sociale (Cnoss), pour les établissements et services de santé ou sociaux et médico-sociaux. Et à l'inverse, le projet de loi ne prévoit pas à ce stade de lieu de représentation au niveau régional comme il en existera un pour les professionnels de santé libéraux. C'est pourquoi, il convient de prévoir une représentation régionale de ces structures, chargée de contribuer à l'organisation et à l'évolution de l'offre de santé au niveau régional. Nous proposons un amendement complémentaire en ce sens (proposition d'amendement n°8).

Par ailleurs, nous prenons acte de la position de l'Assemblée nationale, confortant la proposition gouvernementale, d'élargir le champ des gestionnaires potentiels de centres de

santé aux établissements de santé, quel que soit leur statut, public ou privé. La situation nouvelle ainsi générée nous semble cependant présenter le risque que les centres de santé qui seront créés par des établissements de santé ne soient de simples externalisations de consultation ou d'activités de ces établissements. L'article premier introduit l'obligation, pour le centre de santé, d'élaborer un projet de santé. Cette disposition, à nos yeux positive, ne nous semble cependant pas suffisante pour éviter cet écueil. Nous avons donc proposé de compléter les dispositions de cet article. Par ailleurs, il nous semble indispensable de proposer des dispositions permettant aux patients qui entrent dans un circuit de soins par l'intermédiaire d'un centre de santé géré par un établissement de santé d'être assurés de continuer à bénéficier du tarif opposable et de la pratique du tiers payant à l'intérieur de cet établissement de santé tout au long de leur prise en charge, qu'il s'agisse d'actes à visée diagnostique ou thérapeutique. Vous trouverez une proposition d'amendement complémentaire en ce sens ci-après (proposition d'amendement n°3).

Nous présentons également trois propositions d'amendements visant à rectifier soit des oublis, soit une erreur de référence et une proposition d'amendement visant à préciser la transition entre l'actuel régime d'agrément des centres de santé et le régime d'autorisation avec condition technique de fonctionnement vers lequel ils devraient évoluer (propositions d'amendement n°2, 5, 7 et 9).

Hospitalisation à domicile (article 1er et nouvel article après l'article 1^{er} ter)

Concernant les modalités d'exercice de l'hospitalisation. Dès lors que celle-ci se fait à domicile, il conviendrait de préciser le fait que le domicile est entendu comme le lieu de vie de la personne quel qu'il soit. Autrement dit, ce domicile peut très bien être un établissement ou service social et médico-social. Même si c'est déjà le cas en établissements pour personnes âgées, l'intervention de l'hospitalisation à domicile devrait être possible dans l'ensemble des établissements médico-sociaux et l'inscription dans la loi de la définition du domicile ainsi entendu permettrait d'ancrer ensuite les dispositions de nature réglementaire qui organiseront l'intervention de l'HAD par exemple en établissement pour personnes handicapées, un enjeu important, selon nous, en termes de réponse apportée aux besoins des personnes présentes dans ce type d'établissements.

Nous proposons par ailleurs une version modifiée de la proposition d'amendement présentée par l'Uniopss aux députés pour reconnaître l'HAD comme une activité de soins à part entière et non comme une simple alternative à l'hospitalisation (proposition d'amendement n°4).

Accès aux soins (titre II)

Si des dispositions ont été introduites par les députés pour garantir dans une certaine mesure la pratique de tarifs opposables en établissement de santé, il n'en est rien pour ce qui est des soins de « ville ». Nous insistons sur la nécessité qu'il y a d'assurer la présence sur les territoires d'une offre réellement accessible pour tous et non à des tarifs prohibitifs non remboursés par l'assurance maladie et de la plupart des complémentaires de santé, quand les personnes en ont une. Cela passe principalement par deux mesures dont nous avons fait la proposition aux députés dans notre document principal :

- la définition d'un plafond objectif au delà duquel les dépassements sont jugés excessifs ;

- la prise en compte du secteur d'exercice du professionnel (s'il pratique ou non des dépassements) dans le zonage des territoires et dans l'attribution de toute aide à l'installation et au maintien.

En complément, le relèvement voté par les députés de l'aide à la complémentaire santé est une avancée mais n'est pas suffisante. Nous rappelons notre attachement au relèvement du plafond de la couverture maladie universelle complémentaire (CMUC) pour le porter au seuil de pauvreté et ainsi y inclure les bénéficiaires de minimas sociaux comme l'allocation aux adultes handicapés (AAH) et l'allocation de solidarité aux personnes âgées (ASPA, anciennement minimum vieillesse) qui actuellement en sont exclus.

Par rapport à l'article 18 qui porte sur les refus de soins, nous avons eu l'occasion avec d'autres associations et têtes de réseau de dénoncer le recul que constitue pour nous la suppression du dispositif d'aménagement de la charge de la preuve. Ce dispositif aurait permis de présumer le caractère discriminatoire du refus opposé à une personne à partir du moment où elle invoque des faits de nature à en présumer l'existence. La sanction éventuelle aurait été décidée par le directeur de la caisse. Les députés lui ont substitué une simple procédure de conciliation associant le directeur de la caisse et le président du conseil départemental de l'Ordre. Pour les associations, ce recul est d'autant moins compréhensible que le rapporteur à l'Assemblée du projet observait lui-même que « les Ordres professionnels n'ont pas suffisamment veillé à faire respecter les obligations des médecins en la matière » et que les refus de soins sont nombreux, récurrents et presque jamais sanctionnés alors même que ces pratiques sont contraires à la loi et au code de déontologie. Il faut absolument ouvrir une réelle possibilité de sanction pour les faire cesser, sachant qu'un aménagement identique de la charge de la preuve existe en droit du travail pour lutter contre les discriminations à l'embauche, et il s'agit en la matière d'un dispositif protecteur qui a pu être mis en œuvre sans inflation injustifiée du contentieux. Il convient donc sur ce point de revenir à la disposition antérieure. Nous formulons une proposition d'amendement en ce sens (proposition d'amendement n°6).

Prévention et santé publique (titre III)

L'Uniopss note certaines avancées introduites par les députés à commencer par l'introduction de la définition de la santé au sens de l'organisation mondiale de la Santé et de celle de l'éducation à la santé. L'ajout de mesures de lutte contre certains risques est sur le fond positif. L'Uniopss s'interroge cependant sur l'articulation de ces quelques mesures de fond, portées par un projet de loi au contenu somme toute très organisationnel, avec la future réforme de la loi de santé publique de 2004 à laquelle la Ministre a renvoyé pour les dispositions de santé publique, expliquant ainsi le caractère succinct du titre III dans le projet de loi initial. L'Uniopss souhaite vivement attirer l'attention des parlementaires sur le recul opéré lors du passage à l'Assemblée nationale dans le champ de la lutte contre l'alcoolisme, problème pourtant majeur en santé publique. Les associations de lutte contre les addictions font ainsi un certain nombre de propositions dont le retour à une interdiction totale de vente dans les dépôts de carburant, comme le prévoyait le projet de loi initial.

Agences régionales de santé (titre IV)

L'Uniopss regrette que les députés n'aient pas changé le nom de l'ARS et se soient limités à renommer la conférence régionale de santé en conférence régionale de la santé et de

l'autonomie. Le concept d'autonomie, retenu par référence à la CNSA, ne satisfait pas entièrement l'Uniopss car il ne couvre pas l'ensemble du secteur médico-social intégré à l'ARS. En effet, à côté du médico-social personnes âgées et personnes handicapées, figurent notamment le médico-social intervenant dans le champ de l'addictologie et celui agissant en matière de lutte contre l'exclusion (ex : Lits haltes soins santé, appartements de coordination thérapeutique...). C'est la raison pour laquelle l'Uniopss avait proposé, dès janvier dernier, de renommer l'ARS en agence régionale de la santé et du médico-social. Par ailleurs, si l'Uniopss approuve la présence au sein du conseil de surveillance des ARS des représentants des personnes âgées et des personnes handicapées, elle aurait préféré une formulation plus large englobant les différents usagers du système d'action sociale et médico-sociale, ce qui aurait permis que soient représentés aux côtés des usagers personnes âgées et personnes handicapées d'autres usagers du médico-social. De même, l'Uniopss demande que les organisations représentatives des gestionnaires d'établissements et services soient présentes au sein de ce conseil. L'argument que l'on ne peut être juge et partie ne peut être opposé à cette demande s'agissant d'une instance qui n'est pas décisionnaire en matière de planification ou de programmation des moyens financiers ni en matière de délivrance d'autorisation de création, de contractualisation ou de tarification. Enfin, il nous semble nécessaire de réduire le déséquilibre entre les prérogatives du directeur général de l'ARS et celles du conseil de surveillance. Sur tous ces points, nous renvoyons à nos propositions d'amendements adressées en janvier dernier.

Régulation du secteur social et médico-social (titre IV)

L'Uniopss réaffirme son opposition à l'introduction des appels à projets systématiques et souhaite que cette procédure soit réservée aux situations où aucun promoteur ne se positionne sur un territoire alors que des besoins de la population ne sont pas satisfaits. Elle attire l'attention des sénateurs sur le fait que l'article 32 du projet de loi prévoit d'appliquer la procédure d'appel à projet aux demandes de renouvellement d'autorisation ce qui couplé avec la modification de l'article L. 313-4 du CASF opérée par l'article 28 du texte risque de déstabiliser les gestionnaires d'établissements et services (*l'article L. 313-4 prévoit aujourd'hui les critères de délivrance des autorisations initiales, en supprimant ce dernier mot, ces critères pourraient s'appliquer aux renouvellements d'autorisation*). En 2002, le Sénat avait accepté le principe des autorisations à durée déterminée pour les établissements et services sociaux et médico-sociaux sous deux réserves : d'abord que les autorisations soient renouvelées automatiquement sauf si l'administration demandait à revoir la situation de tel ou tel établissement ou service, ensuite que le renouvellement soit exclusivement subordonné aux résultats de l'évaluation externe. Les articles 28 et 32 du projet de loi risquent d'aboutir à soumettre à appel à projet toutes les demandes de renouvellement (formulées suite à la demande de l'administration de revoir la situation de tel établissement ou service) et à leur appliquer les critères de sélection prévus par cette procédure. L'Uniopss n'est pas favorable à cette évolution et souhaite le retrait de ces dispositions (proposition d'amendement n°10). De même qu'elle n'est pas favorable au caractère obligatoire des contrats pluriannuels d'objectifs et de moyens pour certains gestionnaires.

En matière de concertation des organisations représentatives des usagers et des gestionnaires, l'Uniopss souhaite le maintien des CROSMS tout en n'étant pas hostile à des modifications par voie réglementaire de leur composition et modalités de fonctionnement. Les députés n'ont pas suivi l'Uniopss sur ce point. Ils ont juste prévu que les organisations représentatives des usagers

et des gestionnaires soient consultées lors de l'élaboration des schémas départementaux personnes âgées-personnes handicapées. Est-ce à dire que les organisations représentatives des usagers et des gestionnaires intervenant dans le champ de l'ASE et de la PJJ ne sont pas dignes d'être associées aux schémas les concernant ? Ni que cette concertation n'a pas lieu d'être pour les schémas régionaux des ARS ou des Préfets de région ou pour les Priac. Le maintien des CROSMS et leur saisine sur l'ensemble de ces documents de planification et de programmation des moyens financiers a notre préférence. Si le Sénat ne suivait pas l'Uniopss dans cette voie, il nous semblerait important qu'il garantisse à tous les étages le principe de concertation préalable. Par ailleurs, l'Uniopss réaffirme sa préférence pour des schémas et des Priac conjoints départements-ARS. Sur tous ces points, nous renvoyons à nos propositions d'amendements adressées en janvier dernier.

Enfin, l'Uniopss soutient la proposition de la Fagerh d'instaurer un schéma d'orientation national pour les centres de rééducation professionnelle (proposition d'amendement n°11).

Annexe

Propositions d'amendements complémentaires en vue de l'examen du projet de loi au Sénat

Proposition d'amendement n°1

Article 1er, VII bis Établissements de santé privés d'intérêt collectif

Le VII bis de l'article 1^{er} est complété par les alinéas suivants :

« Les cinquième et sixième alinéas de l'article L 6143-4 et l'article L. 6145-1 sont applicables aux établissements de santé privés d'intérêt collectif. Ces établissements doivent, pour la transparence de leur gestion, certifier et publier leurs comptes annuels.

Ils bénéficient pour leur équipement des avantages prévus pour les établissements publics de santé.

Ils peuvent faire appel à des praticiens hospitaliers dans les conditions prévues par les statuts de ces praticiens.

Ils peuvent faire appel à des médecins, sages-femmes et odontologistes exerçant à titre libéral. Un contrat est conclu entre ces professionnels de santé et les établissements de santé privés d'intérêt collectif, qui fixe les conditions et modalités de leur intervention et assure le respect des garanties mentionnées à l'article L. 6161-7.

Ils peuvent, par dérogation aux dispositions des articles L. 1242-1, L 1242-2, L. 1242-7, L. 1242-8 et L. 1243-13 du code du travail, recruter des praticiens par contrat à durée déterminée pour une période égale au plus à quatre ans.

Les dispositions des articles L.6143-2 et L.6143-2-1 sont applicables aux établissements de santé privés d'intérêt collectif. Le projet d'établissement est approuvé par le directeur général de l'agence régionale de santé dans un délai de six mois. ».

Exposé des motifs :

L'article 1^{er} adopté à l'Assemblée nationale a créé une nouvelle catégorie d'établissements, les établissements de santé privés d'intérêt collectif (« ESPIC »), la catégorie PSPH étant supprimée par le projet de loi.

Pour autant, les modalités de fonctionnement des ESPIC n'ont pas été précisées par les Députés. Il convient donc de reprendre un certain nombre de dispositions jusqu'alors applicables au secteur PSPH :

- élaboration d'un projet d'établissement et d'un projet social;
- établissement d'un état prévisionnel des recettes et des dépenses;
- possibilité de faire appel à des praticiens hospitaliers ;
- possibilité de recruter des praticiens par CDD pour une période égale au plus à 4 ans.

La proposition prévoit également l'obligation de certification des comptes.

En outre, elle offre la possibilité aux ESPIC de faire appel à des praticiens exerçant à titre libéral, ce dispositif étant d'ores et déjà expérimenté dans certaines régions avec les autorités de contrôle.

Ces dispositions visent à assurer le bon fonctionnement des ESPIC.

Proposition d'amendement n°2

Article 1er, XII Participation des centres de santé aux protocoles de coopération

Compléter le XII par un alinéa ainsi rédigé :

« Les centres de santé pourront soumettre à l'agence régionale de santé et appliquer les protocoles définis à l'article L.4011-2 dans les conditions prévues à l'article L.4011-3. ».

Exposé des motifs :

Les centres de santé assurent des activités de soins sans hébergement et participent à des actions de santé publique ainsi qu'à des actions de prévention et d'éducation pour la santé et à des actions sociales dans le respect des tarifs conventionnels. Ils offrent la particularité de répondre à la complexité croissante de la décision médicale en faisant appel à des compétences médicales diverses et complémentaires au service du patient. Ils constituent des lieux privilégiés pour contribuer au partage des compétences entre les professionnels de santé et d'exercice coordonné et protocolisé.

Ils sont acteurs au même titre que les autres professionnels de santé de l'offre de soins de premier recours et sont reconnus comme tels par l'article 14 du projet de loi.

Le projet de loi « HPST » consacre le principe général de coopération entre les professionnels de santé.

Les centres de santé doivent pouvoir s'inscrire dans cette démarche et prendre part aux protocoles de coopération soumis et validés par la HAS. Tel est l'objet de la présente proposition d'amendement.

Proposition d'amendement n°3

**Article 1er, après le XII
Garantie des tarifs opposables pour le patient d'un centre de santé**

Il est introduit un XII bis à l'article 1^{er} ainsi rédigé :

« Le troisième alinéa de l'article L. 162-32 du code de la sécurité sociale est ainsi complété :

Après les termes « Les centres de santé font bénéficier les assurés sociaux de la dispense d'avance de frais pour la part garantie par l'assurance maladie. », sont ajoutés « Lorsque la prise en charge d'un patient, débutée dans un centre de santé, est poursuivie dans l'établissement de santé gestionnaire de ce centre, ce dernier lui applique les tarifs prévus aux articles L.162-20 et L.162-26 du code de la sécurité sociale . ».

Exposé des motifs :

Conformément à la vocation d'un centre de santé qui pratique des soins au tarif opposable avec application du tiers payant, les patients qui entrent dans un circuit de soins par l'intermédiaire d'un centre de santé géré par un établissement de santé doivent être assurés de continuer à bénéficier du tarif opposable et de la pratique du tiers payant à l'intérieur de cet établissement de santé tout au long de leur prise en charge, qu'il s'agisse d'actes à visée diagnostique ou thérapeutique.

Proposition d'amendement n°4

Après l'article 1^{er} ter Reconnaitre l'HAD comme une activité de soins à part entière et non comme une simple alternative à l'hospitalisation

Après l'article 1^{er} ter, il est inséré l'article suivant :

« Au premier alinéa de l'article L.6122-1 du code de la santé publique, les mots « *y compris les alternatives à l'hospitalisation* », sont remplacés par les mots : « *y compris celles délivrées sous forme ambulatoire ou à domicile* ».

Au premier alinéa de l'article L.6112-7 du code de la santé publique, les mots « *structures de soins alternatives à l'hospitalisation* » sont remplacés par les mots « *structures exerçant des activités de soins délivrées sous forme ambulatoire ou à domicile* ».

Au 1^o de l'article L.6121-2 du code de la santé publique, les mots « *y compris les alternatives à l'hospitalisation* », sont remplacés par les mots : « *y compris les activités de soins délivrées sous forme ambulatoire ou à domicile* ».

Au premier alinéa de l'article L. 6122-4 du code de la santé publique, les mots « *des structures de soins alternatives à l'hospitalisation* » sont remplacés par les mots « *des structures délivrant des activités de soins délivrées sous forme ambulatoire ou à domicile* ».

Exposé des motifs :

Il est inséré un article additionnel au projet de loi portant « réforme de l'hôpital et relatif aux patients, à la santé et aux territoires » au sein du titre 1 relatif à la modernisation des établissements de santé.

Cet article vise la référence aux termes « alternatives à l'hospitalisation » au sein de l'article L.6122-1 du code de la santé publique qui régit le droit des autorisations d'activités de santé.

Cet amendement s'inscrit dans la continuité des dispositions de la nouvelle rédaction de l'article L.6111-1 qui indique que les établissements de santé « *délivrent les soins dans le cadre d'un hébergement dans l'établissement, en ambulatoire ou à domicile* ».

Il s'agit d'une reconnaissance importante en particulier pour l'HAD qui n'est plus considérée comme une alternative à l'hospitalisation mais comme une réelle modalité de soins. Cette disposition a pour objet de sécuriser l'HAD sur le plan juridique en lui donnant une assise législative.

C'est une étape importante que la reconnaissance du domicile comme un lieu de soins.

Cet amendement ne correspond pas à la création d'un régime particulier mais oblige à intégrer dans les activités de soins une mention particulière pour les modalités d'hospitalisation hors hébergement.

Proposition d'amendement n°5

Article 14 quater
Possibilité pour les centres de santé de prendre part à des pôles de santé

Au 2^{ème} alinéa de l'article L. 6323-4 du code de la santé publique, après les mots « *maisons de santé*, », insérer les mots « *des centres de santé*, ».

Exposé des motifs :

Les centres de santé assurent des activités de soins sans hébergement et participent à des actions de santé publique ainsi qu'à des actions de prévention et d'éducation pour la santé et à des actions sociales dans le respect des tarifs conventionnels. Ils offrent la particularité de répondre à la complexité croissante de la décision médicale en faisant appel à des compétences médicales diverses et complémentaires au service du patient.

L'article 14 ter vise à donner un statut juridique aux pôles de santé, qui pourraient être « *constitués entre des professionnels de santé et, le cas échéant, des maisons de santé, des réseaux de santé, des établissements de santé, des établissements et des services médico-sociaux, des groupements de coopération sanitaire et des groupements de coopération sociale et médico-sociale.* »

Compte tenu de leurs caractéristiques, énumérées ci-dessus, les centres de santé ont naturellement vocation à prendre part, au même titre que les maisons de santé, à des pôles de santé. La proposition vise donc à réparer un oubli manifeste.

Proposition d'amendement n°6

Article 18

Retour à une procédure d'aménagement de la charge de la preuve en cas de refus de soins

A l'article 18, les dispositions des alinéas 3 à 7 du I sont remplacées par les dispositions suivantes :

« Toute personne qui s'estime victime d'un refus de soins illégitime peut soumettre au directeur de l'organisme local d'assurance maladie ou à la juridiction ordinaire 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. ».

Exposé des motifs :

Les députés ont remis en cause le dispositif d'aménagement de la charge de la preuve institué initialement par le projet de loi qui consistait à présumer le caractère discriminatoire d'un refus à partir du moment où la personne s'en estimant victime pouvait invoquer des faits de nature à en présumer l'existence, la sanction éventuellement était prononcée par le directeur de la caisse. Ils y ont substitué une procédure de conciliation associant le directeur de la caisse et le président du conseil départemental de l'Ordre.

Pour les associations de solidarité, ce recul est d'autant moins compréhensible que le rapporteur à l'assemblée du projet observait lui-même que « les Ordres professionnels n'ont pas suffisamment veillé à faire respecter les obligations des médecins en la matière » et que les refus de soins sont nombreux, récurrents et presque jamais sanctionnés alors même que ces pratiques sont contraires à la loi et au code de déontologie. Il faut absolument ouvrir une réelle possibilité de sanction pour les faire cesser, sachant qu'un aménagement identique de la charge de la preuve existe en droit du travail pour lutter contre les discriminations à l'embauche, et il s'agit en la matière d'un dispositif protecteur qui a pu être mis en œuvre sans inflation injustifiée du contentieux. Il convient donc sur ce point de revenir à la disposition antérieure. Nous formulons une proposition d'amendement en ce sens.

Proposition d'amendement n°7

Article 27

Négociation des conventions nationales - Rectification d'une erreur de référence

A l'article L. 162-33 du code de la sécurité sociale (26^{ème} alinéa de l'article 27), remplacer les mots « *L.162-14-1, L.162-16-1 et L.162-32-1* » par les mots « *L.162-14-1 et L.162-16-1* ».

Exposé des motifs :

Le IV de l'article 27 a pour objet d'élargir les critères de reconnaissance de la représentativité des syndicats habilités à participer aux négociations des conventions libérales pour inclure l'audience, fondée sur les résultats obtenus aux élections des unions régionales des professionnels de santé.

L'accord national visé à l'article L.162-32-1 du code de la sécurité sociale est conclu entre l'Union nationale des caisses d'assurance maladie et une ou plusieurs organisations représentatives des centres de soins infirmiers ainsi qu'une ou plusieurs organisations représentatives des centres de soins médicaux, dentaires et polyvalents.

Ces organisations ne sont pas des organisations syndicales et ne peuvent donc être assimilées aux organisations habilitées à participer aux négociations des conventions libérales prévues aux articles L.162-14-1 et L.162-16-1 du code de la sécurité sociale.

Il convient donc de supprimer la référence à l'article L.162-32-1 du code dans cet article.

Proposition d'amendement n°8

Article additionnel après l'article 27 Représentation régionale des centres de santé

Après l'article 27, il est inséré un article 27 bis ainsi rédigé :

Au chapitre II du titre II du livre III de la sixième partie du code de la santé publique, il est inséré un article L.6323-2-1 ainsi rédigé :

« Dans chaque région et dans la collectivité territoriale de Corse, il est institué une représentation régionale des centres de santé. Cette représentation comprend des représentants des centres de soins infirmiers, des centres de santé dentaires, des centres de santé médicaux et des centres de santé polyvalents.

Afin de permettre la contribution des centres de santé à l'organisation et à l'évolution de l'offre de santé au niveau régional, notamment à la préparation du projet régional de santé et à sa mise en œuvre

Les représentations régionales des centres de santé peuvent conclure des contrats avec l'agence régionale de santé et assurer des missions particulières impliquant les centres de santé dans les domaines de compétence de l'agence.

Elles assument les missions qui leurs sont confiées par la convention prévue à l'article L.162-32-1 du code de la sécurité sociale.

Les modalités de désignation et de fonctionnement de ces représentations régionales sont déterminées par décret. »

Exposé des motifs :

L'article 27 du projet de loi prévoit la représentation régionale des professionnels de santé libéraux dans des unions et fédérations régionales, qui contribueront à l'organisation et à l'évolution de l'offre de santé au niveau régional, notamment à la préparation du projet régional de santé et sa mise en œuvre. Ces unions pourront également conclure des contrats avec l'agence régionale de santé et assurer des missions particulières dans les domaines de compétence de l'agence.

Les centres de santé, qui offrent une gamme complète de soins ambulatoires (médecine générale, médecine spécialisée, soins infirmiers, soins dentaires) et, par leurs missions et leur mode de fonctionnement, constituent un acteur indispensable du système de santé, doivent pouvoir s'inscrire dans ces missions au même titre que les professionnels de santé libéraux. C'est pourquoi, il convient de prévoir une représentation régionale de ces structures, chargée de contribuer à l'organisation et à l'évolution de l'offre de santé au niveau régional.

Proposition d'amendement n°9

Article 32
Centres de santé - Dispositions transitoires

Compléter l'article 32 par un quatrième alinéa ainsi rédigé :

« IV. – Le troisième alinéa de l'article L.6323-1 du code de la santé publique est applicable à compter de l'entrée en vigueur de l'article 26 de la présente loi et du décret fixant les conditions techniques de fonctionnement des centres de santé prévu par ce même texte. »

Exposé des motifs :

Il est prévu, dans le projet de loi, que les centres de santé actuellement régis par une procédure d'agrément, soient autorisés par le directeur de l'ARS et soumis pour leur activité à des conditions techniques de fonctionnement. Outre que le droit des autorisations applicable aux centres de santé devra être précisé, il est indispensable, pour ne pas faire obstacle à la création de nouveaux centres ou à l'extension de centres existants durant cette période, de prévoir des mesures transitoires jusqu'à la parution du décret relatif aux conditions techniques de fonctionnement et à la mise en place des ARS.

Proposition d'amendement n°10

Articles 28 et 32

Appels à projet pour la création ou le renouvellement d'autorisation des établissements et services sociaux et médico-sociaux

Proposition d'amendement présentée à titre principal

Les quatre derniers alinéas du 6° de l'article 28 du projet de loi sont supprimés ainsi que le 8° du même article.

Après le 6° de l'article 28 du projet de loi, il est inséré un 6° bis ainsi rédigé, «6°bis : Lorsque sur un territoire, des besoins de la population ne sont pas satisfaits et qu'aucun gestionnaire ne propose d'y répondre, la ou les autorités visées à l'article L. 313-3 peuvent lancer un appel à projet dans des conditions fixées par décret en Conseil d'Etat ».

Le II de l'article 32 est supprimé.

Proposition d'amendement présentée à titre subsidiaire

Au II de l'article 32 du projet de loi, les mots « de renouvellement d'autorisation » sont supprimés.

Le a du 8° de l'article 28 du projet de loi est supprimé.

Exposé des motifs :

L'Uniopss réaffirme son opposition à l'introduction des appels à projets systématiques et souhaite que cette procédure soit réservée aux situations où aucun promoteur ne se positionne sur un territoire alors que des besoins de la population ne sont pas satisfaits. Elle attire l'attention des sénateurs sur le fait que l'article 32 du projet de loi prévoit d'appliquer la procédure d'appel à projet aux demandes de renouvellement d'autorisation ce qui couplé avec la modification de l'article L. 313-4 du CASF opérée par l'article 28 du texte risque de déstabiliser les gestionnaires d'établissements et services (*l'article L. 313-4 prévoit aujourd'hui les critères de délivrance des autorisations initiales, en supprimant ce dernier mot, ces critères pourraient s'appliquer aux renouvellements d'autorisation*). En 2002, le Sénat avait accepté le principe des autorisations à durée déterminée pour les établissements et services sociaux et médico-sociaux sous deux réserves : d'abord que les autorisations soient renouvelées automatiquement sauf si l'administration demandait à revoir la situation de tel ou tel établissement ou service, ensuite que le renouvellement soit exclusivement subordonné aux résultats de l'évaluation externe. Les articles 28 et 32 du projet de loi risquent d'aboutir à soumettre à appel à projet toutes les demandes de renouvellement (formulées suite à la demande de l'administration de revoir la situation de tel établissement ou service) et à leur appliquer les critères de sélection prévus par cette procédure. L'Uniopss n'est pas favorable à cette évolution et souhaite le retrait de ces dispositions.

La proposition d'amendement présentée à titre principal vise à limiter la procédure d'appel à projet aux demandes d'autorisation portant sur des territoires où des besoins ne sont pas satisfaits et pour lesquels aucun gestionnaire ne se positionne au-delà d'un certain délai. Elle prévoit par ailleurs de supprimer cette procédure s'agissant des renouvellements d'autorisation.

La proposition d'amendement présentée à titre subsidiaire vise a minima à supprimer la procédure d'appel à projet pour le renouvellement d'autorisation.

Proposition d'amendement n°11

Article 28 du projet de loi

Mise en place d'un schéma d'orientation national pour les centres de réadaptation professionnelle pour les personnes handicapées

Proposition d'amendement de la Fagerh soutenue par l'Uniopss

Au 3° de l'article 28, le 1° de l'article L 312-5 est complété comme suit :

Après les mots «qu'à ce niveau.» sont ajoutés les mots suivants : « Les établissements et services relevant du b) du 5° du I de l'article L 312-1 du code de l'action sociale et des familles font l'objet d'un schéma d'orientation national de réadaptation professionnelle, permettant de coordonner les activités et les métiers auxquels ils conduisent. Ce schéma est porté à la connaissance des autorités en charge d'élaborer les programmes régionaux et les schémas départementaux correspondants, ainsi que de délivrer les autorisations, conformément aux dispositions ci-après : »

Exposé des motifs

Pour des raisons légitimes qui tiennent à une spécialisation des équipes des centres de réadaptation professionnelle pour personnes handicapées sur certains secteurs d'activité ou métiers, l'orientation des travailleurs handicapés vers ces établissements et services est pour une très large part inter-régional. Les personnes handicapées privilégient naturellement, sur ce temps de leur parcours de vie de quelques trimestres, la technicité des formations et leur efficacité plutôt que la proximité de leur domicile, d'où la nécessité de pouvoir proposer un hébergement corrélativement au programme pédagogique adapté conduisant à l'acquisition d'un nouveau métier. La présente proposition d'amendement, sans intervenir sur la composante départementale et régionale de l'analyse des besoins et de la régulation de ces établissements et services, propose d'apporter une coordination et une prévision nationales de l'offre de formation professionnelle spécifique qui est mise en place pour assurer la meilleure insertion professionnelle des personnes handicapées, en milieu ordinaire notamment.