

Séminaire sur la modernisation du système de santé : Enjeux et défis de la nouvelle Loi Santé

17 MARS 2016

Sommaire général

- A. Les fondements de la Loi n° 2016-41 du 26 janvier 2016

- B. L'hôpital
 - 1. La rénovation du service public hospitalier : une incertitude législative ?
 - 2. Les Groupements Hospitaliers de Territoire : vers une intégration des structures hospitalières ?
 - 1. Quid des coopérations avec le secteur médico-social et psychiatrique
 - 2. Quid de liens avec le premier recours ?

- C. La médecine libérale
 - 1. L'organisation du premier recours : la crise de la médecine libérale
 - 2. Le tiers payant généralisé : une mesure incertaine dans son application et sa pérennité ?

- D. La démocratie sanitaire : un des piliers de la loi ?

- E. La santé publique

Les rapports préparatoires et les fondements de la loi

I. Loi n° 2016-41 du 26 janvier 2016

Les fondements de la Loi

Les annonces de Marisol Touraine sur la Stratégie Nationale en Santé (Rapport d'Alain Cordier)

Le rapport Claire Compagnon sur l'an II de la démocratie

Le rapport Devictor sur le service public territorial en santé

- Définition de la stratégie nationale en santé fondement de la loi :
 - **la prévention** : forte ambition et des mesures phares (paquet neutre, droit à l'oubli)
 - **l'organisation des soins**, (les GHT et l'organisation du premier recours)
 - **la déconcentration (vers une plus grande décentralisation pour les ARS dans le cadre de la réforme territoriale)**
 - **le renforcement de la démocratie sanitaire**

- Du rapport Cordier à l'élaboration de loi de santé publique annoncée en 2014 : l'irruption du 1/3 payant

Les difficultés de conception de la loi

Les obstacles politiques

- le 1/ 3 payant et l'impossibilité de parler d'une plus grande intégration entre la ville et l'hôpital
- la redéfinition du service public

Les obstacles financiers et organisationnels à l'avènement du parcours ville/hôpital

- le paiement à l'acte en ville : négociation de la convention nationale
- la T2A à l'hôpital et l'annonce d'une révision

Les obstacles méthodologiques pour passer de l'ambition portée par la SNS à une loi de santé

- la loi est-elle un outil adapté au changement ?
- les priorités ont porté sur des marqueurs politiques et des priorités d'efficience (GHT)

Le contexte d'élaboration de la loi

LES AUTRES TEXTES EN COURS ET LES RÉFORMES EN
PRÉPARATION

II. Une législation sanitaire et médico-sociale évolutive

Loi relative à l'adaptation de la société au vieillissement

Présentation

Loi relative à l'adaptation de la société au vieillissement (n° 2015-1776 du 28 décembre 2015)

La loi fait de « l'adaptation de la société au vieillissement un impératif national et une priorité de l'ensemble des politiques publiques de la Nation ».

Depuis la canicule de 2003 notamment, il y a des attentes fortes pour répondre aux défis de la « géronto-croissance »

Dès 2011, il était question d'un Grand projet d'accompagnement de la Dépendance

Objectifs

« répondre à une demande forte des Français d'anticiper les conséquences du vieillissement de la population sur la vie sociale et les politiques publiques dans leur ensemble, alors qu'en 2060, un tiers des Français aura plus de 60 ans et que les plus de 85 ans seront près de 5 millions, contre 1,4 million aujourd'hui ».

II. Une législation sanitaire et médico-sociale évolutive Handicap : la réforme de la tarification

Depuis 2014, l'équipe projet **SERAFIN-PH** (services et établissements : réforme pour une adéquation des financements aux personnes handicapées) travaille sur un **nouveau dispositif d'allocations de ressources aux établissements et services pour l'accompagnement des personnes handicapées**.

La nouvelle **nomenclature** se base sur la classification internationale du fonctionnement, du handicap et de la santé (CIF) et de la santé de l'OMS. Trois chapitres la compose :

- La santé
- L'autonomie
- La participation sociale

L'accent a été mis sur l'importance de définir les besoins afin de définir par la suite les prestations.

L'année 2016 sera « opérationnelle » avec une phase de test pour vérifier « si les budgets des établissements et des services peuvent être analysés grâce aux découpages inspirés de la nomenclature.

De plus, la nomenclature, véritable « dictionnaire » rendra possible des réflexions sur les indicateurs de pilotage managériaux, sur l'outillage des MDPH en matière d'orientations...

II. Une législation sanitaire et medico-sociale évolutive

Des évolutions pour les professionnelles et les usagers du système de santé

Grande Conférence de la Santé

Le 11 février 2016, le gouvernement a présenté sa feuille de route relative à l'évolution des métiers de la santé.

Plusieurs avancées ont été actées, telles que :

- La régionalisation du numérus clausus
- La Convergence des statuts entre les étudiants paramédicaux et médicaux

L'Institut pour la Démocratie en Santé (IPDS)

La FHF, le CISS et l'EHESP ont mis en place cet institut afin de répondre aux questions de la formation, de la recherche dans le domaine de la démocratie sanitaire.

Ces deux événements majeurs s'inscrivent dans plusieurs perspectives à savoir :

- Le souhait d'une maîtrise plus importante des parcours de soins par les usagers (empowerment)
- Le besoin d'échanger et de travailler ensemble pour les professionnels de santé, au-delà des corps constitués.

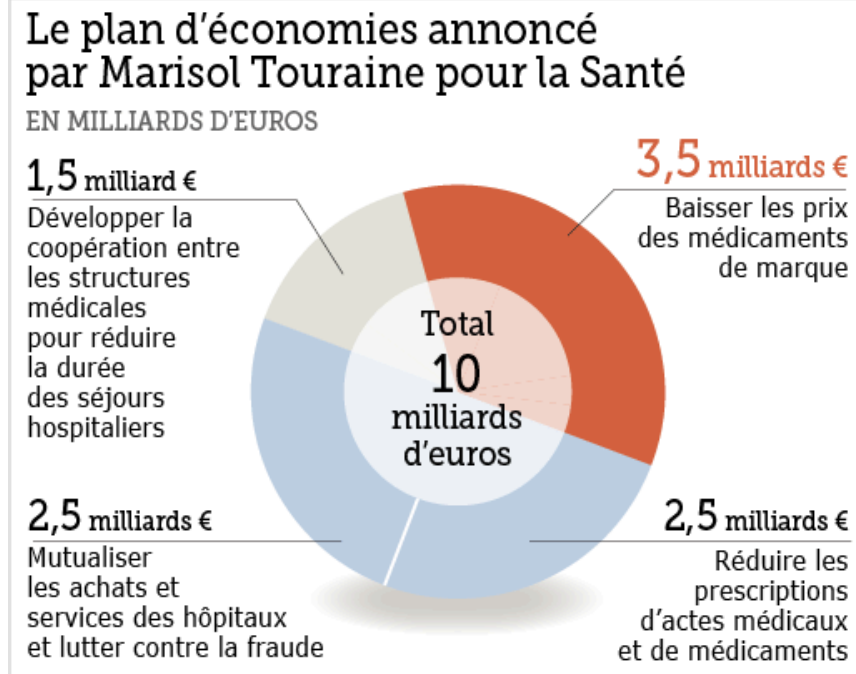
II. La Loi n° 2016-41 du 26 janvier 2016

Les mesures du plan triennal

Plan ambitieux qui vise une évolution structurelle du système de santé en 3 ans, alliant qualité des soins et maîtrise des dépenses de santé :

10 Mds € d'économies à horizon 2017 :

- Accentuation du virage ambulatoire
- Stabilisation des dépenses du Groupe 1
- Stabilisation des dépenses pharmaceutiques



B. L'hôpital

1. LA RÉNOVATION DU SERVICE PUBLIC HOSPITALIER
2. LES GROUPEMENTS HOSPITALIERS DE TERRITOIRE

1. La rénovation du service public hospitalier

I. L'évolution de la notion de service public 2008 - 2015

Les changements apportés par HPST

« La loi n° 2 009-879 du 21 juillet 2009 modifiée portant réforme de l'hôpital et relative aux patients, à la santé et aux territoires (dite loi HPST) précise, en son article 1er, d'une part, les **missions générales imparties aux établissements de santé** et, d'autre part, les **missions spécifiques de service public qui pourront être assurées par tout établissement de santé (quel que soit leur statut)** ou par les services, structures ou personnes physiques ou morales listées par la loi »

Ainsi, les missions de service public peuvent être assurées par un ensemble de personnes morales ou physiques, dans les conditions définies par la loi.

Ce qui change dans la nouvelle loi santé

Plusieurs principes du rapport Devictor ont été (ré)affirmés et repris dans la Loi n°2016-41 du 26 janvier 2016 :

- Le service public hospitalier se doit de **respecter les principes du service public**
- **les 14 missions de service public disparaissent**
- Est introduite une **obligation de coopération à plusieurs dimensions pour les acteurs du service public hospitalier**
- Conformément à une approche privilégiant le service rendu à l'utilisateur, il est proposé de considérer que les **acteurs du service public sont ceux qui respectent les obligations du service public** ainsi que les règles énoncées ci-dessus sur l'ensemble de leur activité.

De fait les établissements privés en sont exclus sauf en cas de dérogation de la part de l'ARS, qui s'assurera de la bonne application des tarifs opposables etc.

III. Les secteurs public et privé divisés

En 2014 et en 2015, lors des débats parlementaires, la FHP s'était montrée très inquiète quant aux conséquences d'une telle réforme pour les établissements privés et pour les usagers du système de santé.

« Le risque de notre disparition à terme est donc bien réel. La fin des cliniques, c'est la fin de la liberté de choix pour les patients. »

Lamine Gharbi, son président, avait tenté de jouer l'apaisement entre la FHF et la FHP :

"Ce qui n'enlève rien à l'un d'entre nous ne mérite pas d'être combattu par les autres ».

Néanmoins, l'adoption de la loi, a, semble-t-il divisé les secteurs public et privé.

La FHF, s'est félicité de cette « **nouvelle étape** » y voyant l'opportunité de créer une « **stratégie de groupe public** » grâce aux GHT notamment.

Du côté de la FHP, le mécontentement prédomine. **« La loi manque ses objectifs et laisse un monde sanitaire durablement divisé »** selon Lamine Gharbi.

1. Les Groupements Hospitaliers de Territoire

I. La coopération hospitalière en France

Bilan & limites

Des résultats importants sur les fonctions supports mais mitigés sur les coopérations territoriales

- Les outils de coopération **sont très largement utilisés dans la mise en place de coopération sur des activités ciblées.** En effet, le nombre de **groupements de coopération sanitaire (GCS) de moyens, secteurs public et privé confondus**, a augmenté (621 à ce jour contre 191 fin 2008).
- **A l'inverse, peu de GCS-ES ont vu le jour** : 22 GCS-ES dont aucun n'est constitué exclusivement d'établissements publics. De même, le nombre de communautés hospitalières de territoire (CHT) est relativement faible (39 en 2013, 45 à l'automne 2014).
- **Disparités territoriales d'utilisation de ces outils de coopération** : Au 10 décembre 2014, 44,5 % des établissements publics de santé n'étaient ni en direction commune, ni en communauté hospitalière de territoire. A l'opposé, 11,3 % cumulaient une direction commune et une communauté hospitalière de territoire.
 - **« Ces données nous indiquent l'existence d'une logique territoriale de coopération à deux niveaux, à savoir, un faible nombre d'établissement très ancré dans les logiques de coopération et un groupe plus conséquent moins impliqué. » C'est pourtant le cumul de divers outils de coopération qui permet de tendre vers les systèmes de coopérations les plus intégrés.**

Positif :

- **La culture de la coopération** si elle reste encore à développer, est aujourd'hui mieux **acceptée, et mieux comprise.**
- De même, la communauté médicale du fait des problèmes démographiques est plus encline à la coopération. Les plus jeunes praticiens ont conscience de la nécessité d'une **territorialisation amorcée dans leur métier de praticien hospitalier.**
- Les représentants d'usagers peuvent espérer dans les GHT l'opportunité de rendre les **parcours patients plus lisibles.**

Remarques :

Forte attente autour du modèle des GHT

Amélioration des outils de coopération précédents vivement souhaitée par les différents acteurs de l'hôpital

V. Les questions en suspens

- **Quelques incertitudes**

- **Amélioration du service rendu aux patients**

- Il existe très peu d'études ou de rapports faisant état des bénéfices de la coopération inter-hospitalière. Si économiquement et professionnellement, elle peut être plébiscitée, les éléments factuels manquent pour prouver son efficacité effective

- **Rentabilité**

- L'un des objectifs des CHT était de « **diminuer la concurrence interne à court terme pour augmenter la capacité concurrentielle à long terme** ».
- Il faut rappeler que les établissements relèvent d'un secteur marchand particulier puisque les stratégies sont Co-décidées avec les tutelles en se référant sur la concurrence locale (privé, ESPIC...) et les standards nationaux (IPDMS...)

- **Sur la taille des GHT**

- En janvier 2016, les syndicats de directeurs d'hôpitaux et la FHF exprimaient leur crainte quant à des GHT de « très grandes dimensions » qui ne correspondraient pas aux réalités territoriales de santé.

- **La Gestion des Ressources Humaines :**

- Le président de l'Adress, Jean Marc Barbot a estimé que la GRH des hôpitaux devrait évoluer vers davantage de « **mutualisation** ». Il a notamment souligné que cette thématique était « **très peu citée** » dans la Loi n°2016-41 du 26 janvier 2016 alors que les équipes expriment d'ores et déjà des éclaircissements dans les hôpitaux. De même, J.M. Barbot a également soulevé la problématique de la « **taille critique** » des hôpitaux pour « **conduire une véritable politique RH** »

- Les informaticiens (chargés des SI) ont émis des « **craintes** » sur la requalification de leur statuts. Ils s'inquiètent d'un risque de dévalorisation statutaire (vis à vis de l'établissement pilote) malgré l'importance de leur travail.

- **Point sur la fonction de DH**

- Avec la loi HPST, le pouvoir des Directeurs d'Hôpitaux avait été renforcé notamment avec l'obtention de la Présidence du Directoire.
- Avec la Loi n°2016-41 du 26 janvier 2016, des changements majeurs affecteront ce corps de métier.
- La différenciation entre les directeurs d'établissements supports et les directeurs d'établissements membres sera réelle.
- Le management des équipes et en premier lieu, le management entre directeurs d'hôpitaux sera un des défis importants à relever.

- Egalement, des liens de confiance devront être tissés avec les présidents des CME & DIM des GHT afin de constituer un trio médico-administratif efficient.

V. Les questions en suspens

- **La question de la personnalité morale ? De la simple convention à la direction commune en allant jusqu'à la fusion**
- **Complexification des modes de gestion**
 - Budget du GHT & budgets propres à chaque hôpitaux
 - Comment intégrer des établissements déficitaires ?
- Concernant les **SI**, on privilégiera **l'interopérabilité VS un système unique**
 - L'article 27 de la loi prévoit pour l'établissement support :
 - **Gestion d'un Département de l'Information Médicale (DIM)**
 - **Rôle central du médecin responsable du DIM** (placé sous la responsabilité du directeur de l'établissement support.
 - **Système d'information Hospitalier Convergent (SIH)**
 - Les informations des patients pourront être partagées entre les différents établissements faisant partie d'un GHT.
 - **Au 1^{er} janvier 2018, début de la formalisation avec le schéma directeur du SIH du GHT**
 - **Au 31 décembre 2020, le SIH convergent du GHT devra être opérationnel**
- **Besoin d'outils informatiques commun mais difficultés de faire converger les systèmes**
 - Quels moyens financiers ?
 - Quels moyens humains ?
 - Pour Olivier Morice-Morand (Asinpha) il faut privilégier **l'interopérabilité** plutôt qu'un fantasme de logiciels uniques dans pour tous les hôpitaux.
- **Importance de la rédaction de la convention constitutive**
- **Selon les acteurs, le calendrier d'effectivité de la mutualisation des SI s'établit sur une période allant de 5 à 10 ans.**

VI. Synthèse générale & problématiques actuelles

- **L'adaptation du management**
 - La « **forte dimension intégrative** » aura des **conséquences sur le management**. En effet, malgré des désaccords possibles, certaines décisions prises par l'établissement support seront toujours « **sous la responsabilité juridique** » des chefs d'établissements membres.
 - Le **comité stratégique** permettra de « **proposer des orientations au directeur de l'établissement support dans la gestion et la conduite de la mutualisation des fonctions du projet médical partagé** » présidé par le « directeur de l'établissement support » sera composé au minimum des « directeurs d'établissements, présidents des CME, CSIRMT »
 - Possibilité de créer des **CME** et des **CSIRMT de groupement**
 - De même la convention de GHT permettre déterminer l'organisation d'un « espace d'expression et de dialogue » pour regrouper des membres des CME, CTE...
- Les liens entre les GHT et les autres établissements (privés...) dans un territoire seront difficile à tisser
- **Quel modèle économique ? Taille optimale de gestion ?**

Développement de l'activité préconisé par la FHF sachant que les « GHT assure la rationalisation des modes de gestion par une mise en commun des fonctions ou par des transferts d'activités entre établissements »
- Le Conseil Constitutionnel « **a censuré** le 21 janvier 2016 **les dispositions de la loi santé permettant à l'exécutif de légiférer par voie d'ordonnances pour définir des règles budgétaires et comptables qui régissent les relations entre les établissements publics parties à un même groupement** ».
 - Le Syncass considère notamment que cela « fragilise » la mise en place des GHT

VI. Synthèse générale & problématiques actuelles

Analyse critique des GHT

- Enième outil de coopération depuis 1991 (L'ANAP recense 17 types de coopération destinées pour les établissements de santé) : il s'agit d'un nouveau pas nécessaire avant une plus grande intégration territoriale qui devra tisser des liens structurés avec la médecine de ville
- De plus ces outils participent à une certaine dilution de la notion d'ES (éclatement de leurs missions entre ES originaires et établissement de coopération organique)
- L'hôpital en tant qu'établissement municipal va être transformé en hôpital territorial avec des pôles inter-établissement
 - Le projet de décret organise des **pôles inter-établissements** (article 5 du projet)

Discussion

« Les systèmes sociaux et économiques sont à réformer au sens étymologique (donner une nouvelle forme) » (F. Bizard)

- **Temps de la transformation des modèles VS temps de la correction (révolu)** -> La santé est concernée avec une triple transition : « démographique, épidémiologique et technologique »
- **Un réforme de financement territorial** devra être pensée en même temps que les organisations
- Evolution vers un modèle de **spécialités choisies. CHU tête de réseau (dans le futur les GHT ? Question de la personnalité morale)** dans chaque spécialité et de façon appropriée pour chaque territoire (**idée du rayonnement régional, nationale voire international**)
 - **Trois échelles de compétitivité : proximité / recours / référence**
 - **Lien avec un maillage territorial structuré (Centres Ambulatoires Universitaires)**

Sources : « Pour d'autres repères et une refondation des CHU »

C. La médecine libérale

1. L'ORGANISATION DU PREMIER RECOURS
2. LE TIERS PAYANT GÉNÉRALISÉ

1. L'organisation du premier recours

I. Etat des lieux de la médecine libérale

Comparaison France / Europe

Nombres de médecins en Europe pour 100 000 habitants (2010)

Pays	Nombre de Médecins pour 100 000 hab.
Allemagne	373
Espagne	377
France	308
Italie	367
Royaume-Uni	271

Attention, ces **chiffres sont à relativiser**. Un système de santé avec un nombre plus élevé de médecins qu'un autre ne signifie par nécessairement un meilleur état de santé de sa population. Ceci dit, les **pays industrialisés se caractérisent par un nombre de plus 200 praticiens pour 100 000 habitants**.

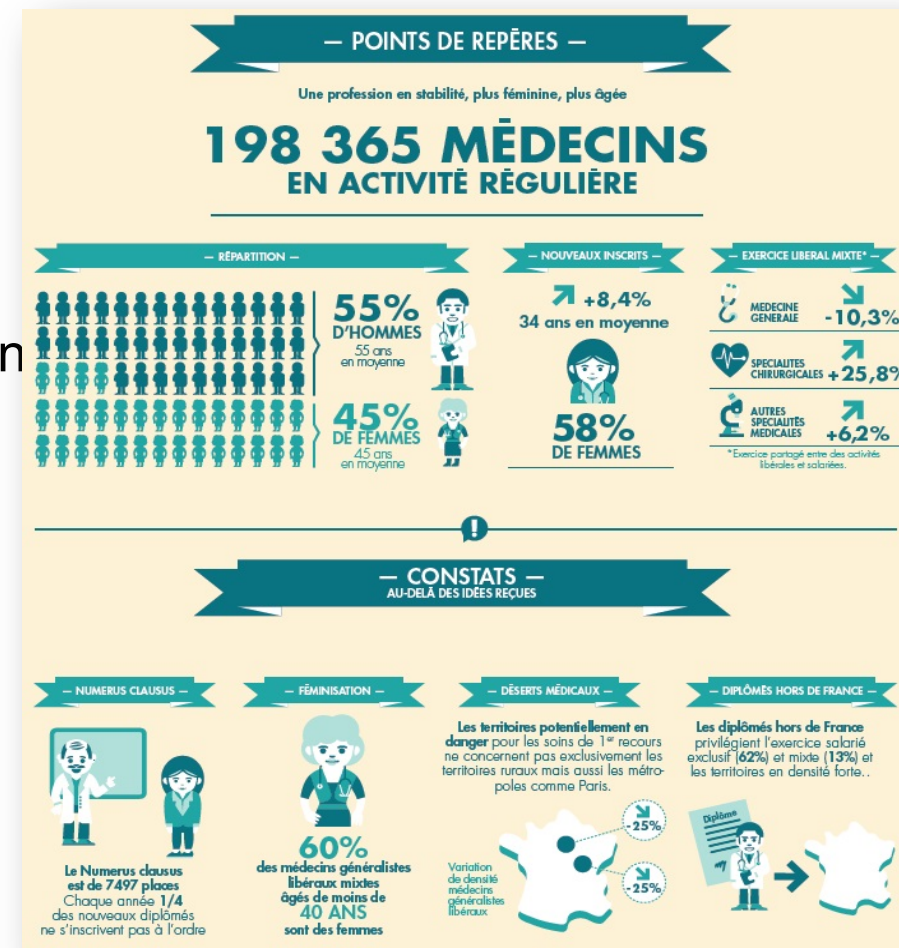
La France se situe dans la moyenne.

I. Etat des lieux de la médecine libérale

Effectifs pour la médecine générale

On note une baisse constante depuis 2007 des effectifs de médecins générale (on est passé de 64 778 médecins généralistes en 2007 à 58 104 en 2015, soit une baisse 10,3%, et une baisse de 6,8% est à prévoir pour les années 2015-2020).

- Ci-contre, une infographie du CNOM sur les médecins en activité régulière en France, on notera :
 - La féminisation de la profession
 - La baisse du nombre de praticiens généralistes
 - Les disparités d'accès aux soins en fonction des territoires



I. Etat des lieux de la médecine libérale

Recommandations du CNOM – janvier 2016

- Trois grandes priorités
- 1. SIMPLIFIER L'ORGANISATION TERRITORIALE DES SOINS AVEC UNE GOUVERNANCE PARTAGEE ENTRE ACTEURS ET USAGERS : une assise territoriale définie par le CNOM (bassin de vie)**
 - 2. ALLEGER ET DECLOISONNER L'EXERCICE PROFESSIONNEL DES MEDECINS**
 - 3. OUVRIR ET PROFESSIONNALISER LA PROFESSION DES MEDECINS**

I. Etat des lieux de la médecine libérale

Recommandations du CNOM – janvier 2016

2. ALLEGER ET DECLOISONNER L'EXERCICE PROFESSIONNEL DES MEDECINS

- PROPOSITION N°6 : Promouvoir et faciliter les coopérations inter et intra-professionnels

« Pour 85 % des médecins, il est important de structurer le parcours de soins entre la ville et l'hôpital. »

- **Sur les soins programmés** : il est capital de valoriser le médecin traitant, qui doit être le pivot du parcours des soins.
- **Sur les soins non programmés** : Régulation par le 15 des services d'urgences couplé à un renforcement de la médecine de ville
- **Nécessité d'outils de coordination (système d'information) entre la médecine de ville et l'hôpital** :
 - Rendre obligatoire une messagerie entre les messagerie entre les médecins et les établissements de santé, créer un numéro d'appel dans chaque service d'hospitalisation...

Le CNOM recense les remarques positives et négatives des professionnels du secteur de la santé (infirmier, sages-femmes libérales...). Plusieurs thématiques semblent devoir être reconsidérées à savoir : l'évolution de la profession de médecin, les freins à la délégation de compétences, le déploiement trop lent des structures de coordination comme les MSP, les modes de rémunération ou encore les systèmes d'informations.

IV. La Loi n° 2016-41 du 26 janvier 2016 et la médecine libérale

La Loi n°2016-41 du 26 janvier 2016 accorde une place importante à la problématique des déserts médicaux

L'article 67 – lancement d'un pacte pour lutter contre les déserts médicaux

Un **"pacte national territoire-santé"** arrêté par le gouvernement et **mis en œuvre par les ARS**, visera à **"promouvoir la formation et l'installation des professionnels de santé en fonction des besoins des territoires"**, avec **"des actions spécifiquement destinées aux territoires particulièrement isolés"**. Ces communautés auront pour but, dans une zone géographique donnée, **"d'assurer une meilleure coordination"** de l'action des professionnels de santé. Elles seront **constituées à l'initiative des professionnels** eux-mêmes, mais **à défaut**, les **ARS**, prendront **"des initiatives"** pour en constituer **"en concertation"** avec les représentants des syndicats médicaux.

IV. La Loi n° 2016-41 du 26 janvier 2016 et la médecine libérale

Les plateformes territoriales d'appui à la coordination des parcours de santé complexes

« Art. L. 6327-1.-Des fonctions d'appui à la prise en charge des patients relevant de parcours de santé complexes sont organisées en soutien des professionnels de santé, sociaux et médico-sociaux par les agences régionales de santé, en concertation avec les représentants des professionnels et des usagers. **Elles contribuent à prévenir les hospitalisations inutiles ou évitables ainsi que les ruptures de parcours.** »

« Les fonctions d'appui peuvent être mises en œuvre par une équipe de soins primaires ou une communauté professionnelle territoriale de santé.

« Art. L. 6327-2.-Pour assurer l'organisation des fonctions d'appui définies à l'article L. 6327-1, l'agence régionale de santé peut constituer, par convention avec un ou plusieurs acteurs du système de santé, une ou plusieurs plates-formes territoriales d'appui à la coordination des parcours de santé complexes. Les établissements autorisés à exercer sous la forme d'hospitalisation à domicile peuvent participer au fonctionnement d'une ou de plusieurs plates-formes territoriales d'appui à la coordination des parcours de santé complexes. »

Quelles seront les compositions de ces conventions ? Comment les ARS parviendront-elles à constituer de tels dispositifs ?

IV. La Loi n° 2016-41 du 26 janvier 2016 et la médecine libérale

La Loi n°2016 du 26 janvier 2016 introduit les communautés professionnelles territoriales de santé

« Il convient, par ailleurs, de rappeler que les « **communautés professionnelles territoriales de santé** » **visent à renforcer les coordinations entre les professionnels pour faciliter le parcours de soins de leurs patients.** Leur composition est rédigée de façon suffisamment large pour permettre que toutes les initiatives de regroupement des professionnels soient possibles, dès lors que leur projet vise à répondre aux besoins de la population. A ce titre **les établissements de santé sont inclus dans la définition du second recours** (L. 1411-12), tout comme la notion de premier recours inclut la prévention comme la promotion de la santé. **Ces communautés verront donc leur composition varier afin de répondre au mieux aux besoins des patients.** »

Cette mesure permettra de ne pas « rompre la dynamique » actuelle autour des pôles de santé grâce à un « dispositif souple et adaptatif »

Source : Senat.fr Néanmoins, la loi introduit la **possibilité pour les ARS**, en cas de non-accord entre les professionnels de santé, **d'inciter, en associations avec les URPS, la constitution de ces communautés.**

V. La Crise de la médecine libérale ?

Prenant exemple sur un certain nombre de pays, notamment anglo-saxon, la France tente de « faire bouger les lignes » en matière de **délégation de compétences** entre les professionnels de santé. Néanmoins, ces évolutions sont freinées par l'attentisme de certains qui voient en ces « délégués de tâches » une atteinte à leurs **prérogatives**.

- Ex : L'abandon de la vaccination par les pharmaciens

La question de la formation des **infirmières, gestionnaires de cas** ne doit pas être occultée du fait des évolutions connexes qui en résultent :

- Evolutions professionnelles pour les infirmiers, reconnaissance accrue auprès de la communauté médicale, plus value pour les patients, coûts moindre pour l'Etat.

Concernant les médecins généralistes, les délégués de compétences qu'ils pourraient accepter seront à mettre en balance d'une revalorisation de leur profession tant financière, qu'universitaire et sociale. C'est un des sujets à venir de la négociation de la convention.

2. Le Tiers payant généralisé

ANALYSE D'UNE MESURE CONTROVERSÉE

II. La réforme

Article 83 - généralisation de la dispense d'avance de frais (tiers payant) en ville d'ici à 2017

- Généralisation du tiers-payant adopté en avril 2015 à l'Assemblée Nationale. **Effectivité en 2017.**
- En principe, cela permettra au patient d'être dispensé d'avance de frais à l'issue d'une consultation chez son médecin.

III. Chronologie

Les bénéficiaires du tiers payant

- **Avant 2000** : victimes d'accidents du travail ou de maladie professionnelle
- **2000** : CMUc + AME
- **2004** : (nouvelle convention médicale –instauration du **médecin traitant**) : fenêtre d'opportunité pour le tiers payant avec la possibilité d'accords locaux spécifiques négociés au sein de Commissions Paritaires Locales (CPL)
- **2007** : COMEGAS (collectif des médecins généralistes pour l'accès aux soins) élaborent un argumentaire pour la généralisation du tiers payant
- **2011** : (nouvelle convention médicale) : tiers payant possible lorsque le **médecin traitant** le décide
- **2014** : Proposition projet de loi de santé – généralisation du tiers payant

IV. Financement

Modalités

- Quid de la franchise ?
- Cotisations sociales (200 milliards d'euros)
- Impôt (100 M€)
- Primes d'assurance versées aux OCAM (30 M€)

Les jeunes générations redistribuent une part importante de leurs richesses vers les personnes les plus vulnérables (notamment âgées) : **contrat social**.

Néanmoins, Marisol Touraine a plafonné le niveau de remboursement du tiers-payant : la limite du tiers payant généralisé.

- Quid des dépassements d'honoraires ?

V. Les inconvénients du tiers-payant pour les généralistes

Refus de paiement du fait d'un changement de situation du patient (caisses, domicile ou du fait que le MG n'est plus considéré comme médecin traitant (médecin payé 6,90€ contre 16,10€). -> **traitement technique**

- Il faudrait appliquer les mêmes règles que pour la CMUC : « *Le montant restant à charge du fait de la modulation du ticket modérateur en raison du non-respect du parcours de soins ne peut être retenu sur les honoraires du professionnel qui respecte les tarifs opposables* »

La fonctionnarisation des médecins

- En contradiction avec la vision résolument **indépendante** qu'ont les médecins vis à vis d'eux même et de leur profession dans la société.
- Cela se traduit également à **court et moyen terme** par de nouveaux défis et dangers pour la profession
 - Insertion de l'AMO et de l'AMC en tant que tiers et décideurs à terme
 - Ex : Santéclair qui souhaite structurer et modéliser des parcours en demandant aux médecins de s'impliquer dans des bonnes pratiques et donc d'être rémunérés pour ces changements de pratiques

VI. Positions des différents acteurs

Les syndicats de médecin libéraux

MGF : nécessité d'un tiers payant non obligatoire simple et garanti par un seul flux

CSMF : pour un projet monétique à débit différé

FMF : opposé au tiers payant

SML : opposé dénonçant une déresponsabilisation des patients

VI. Positions des différents acteurs

Associations

Le CISS soutient l'instauration du tiers payant généralisé.

D'autres associations telles que Médecins du Monde ou Aides sont également favorable à cette mesure et ce pour plusieurs raisons :

- Avantage pour les patients
- Participe à l'égalité de l'accès aux soins
- Parce qu'il s'agit d'une pratique déjà effective en pharmacie et spécialistes
- ...

Néanmoins, certains points de vigilances subsistent :

- Risque de tutelles des médecins
- Crainte du transfert de charge de l'AMO à l'AMC
- ...

VI. Positions des différents acteurs

L'opposition au gouvernement

Le tiers payant généralisé a suscité de nombreuses craintes et la **fronde des médecins libéraux**. Ces derniers ont pu trouver un soutien politique auprès de l'opposition de droite dans les deux chambres parlementaires.

Les hommes et femmes politiques de droite ont relayé les critiques des médecins telles que :

- La désresponsabilisation des patients
- La fameuse « paperasse » supplémentaire pour les professionnels de santé
- Les délais de paiement des actes par l'AMO.

Avec les élections présidentielles de 2017 dans moins d'un an et demi et l'ajustement du positionnement idéologique de chaque candidat en vue de la primaire de droite, les propositions concernant le tiers payant généralisé sont homogènes :

- Alain Juppé s'est notamment prononcé pour « l'abrogation » le 04/10/2015.
- François Fillon dans son programme santé rendu public le 22/10/2015 s'est également dit en faveur d'une « abrogation »
- Nicolas Sarkozy est également « totalement opposé » à cette mesure (novembre 2015)

Les parlementaires de droite sont à l'origine du recours devant le Conseil constitutionnel concernant la généralisation du tiers payant, au titre d'une « entrave à la liberté d'entreprendre ».

VII. Les conclusions du Conseil Constitutionnel

Le Conseil constitutionnel a partiellement censuré l'article 83 de la Loi n°2016-41 du 26 janvier 2016 prévoyant la généralisation du tiers payant en ville prévu pour 2017.

En effet, la dispense de l'avance de frais pour la part couverte par la complémentaire santé a été invalidée.

Le gouvernement pourra contrer cette décision avec les discussions du PLFSS pour 2017, bien que la Ministre de la Santé, ait exprimé le 25 janvier 2016, son souhait de ne pas présenter de nouvelle loi.

Néanmoins, l'exécutif a d'ores et déjà annoncé que les complémentaires santé auront l'obligation de proposer dans le cadre des contrats responsables (90% des contrats) le tiers payant.

Enfin, les groupes de travail consacré à la réflexion quant au « mécanisme de paiement simple » exigé par le Président de la République, devront rendre leurs rapports dans les mois à venir.

D. La démocratie sanitaire

LES APPORTS DE LA LOI N°2016-41 DU 26 JANVIER 2016

I. Quelques repères historiques

Code de Nuremberg en 1947 au sujet du consentement volontaire du sujet humain pour toute expérimentation

En 1958, politique d'humanisation des hôpitaux : suppression des salles communes en 1944, en 1972, 30 % des lits sont installés dans des chambres à plus de 4 lits

Loi du 6 janvier 1978 relative à l'ETP pour le sujet diabétique

Charte Européenne des droits des patients du 19 janvier 1984

Loi bio-éthique de 1994 qui impose dans le code civil l'obligation de recueillir le consentement (repris l'année suivante dans le code de déontologie médicale)

I. Quelques repères historiques

La reconnaissance des associations de malades avec Aides, Act Up et AFM, s'émancipent par rapport au corps médical

Montée en charge des patients souffrant d'une ALD

Création du Lien, émergence de la lutte contre les infections nosocomiales

Des associations de malades constituent le CISS.

La loi du 4 mars 2002 relative aux droits des malades et à la qualité du système de santé :

- Meilleure transparence dans la relation médecin/patient
- Reconnaissance de droits au profit du patient

II. La loi du 4 mars 2002

Replacer la personne malade au cœur de la relation médicale :

- les droits et des obligations pour le malade et le médecin autour de l'information et du partage de la décision médicale

Reconnaissance de droits fondamentaux de l'homme :

- la protection de la santé, la prévention, l'égal accès aux soins et à la continuité des soins, le principe de non discrimination, la qualité de soins, le respect de la personne par le droit à la dignité de la personne malade et en fin de vie, et de sa vie privée,

Reconnaissance de l'aléa thérapeutique

Reconnaissance de l'expression et de la participation des usagers du système de santé

III. Après la loi du 4 mars 2002 : les premiers constats

Retisser la confiance à la suite des grandes crises de santé publique, en affrontant la question des accidents médicaux

La loi consacre l'essentiel de ses dispositions à la **qualité du système de santé**

Stabilisation des contentieux depuis 10 ans

13 ans plus tard ? Bilan contrasté au niveau des professionnels de santé, le niveau national faisant preuve d'une certaine « défiance »

Les nouveaux défis du colloque singulier au colloque pluriel, au colloque connecté : **vers un gouvernement des corps ?**

Impact des dépassements d'honoraires et les refus de soins

IV. Vers un nouveau pas pour la démocratie en santé ?

« La qualité d'un modèle de santé publique se mesure désormais à la place qu'il accorde aux patients. Le ministère de la santé fut celui de l'hôpital, puis des professions de santé : il doit être aussi celui des patients » (Marisol Touraine septembre 2013)

La crise de la démocratie sociale consacrée par l'avènement de la sécurité sociale

Le clivage des professionnels et la puissance des lobbys

Le « désintérêt » des hommes politiques pour la santé

De nouveaux intérêts catégoriels plus légitimes que ceux des professionnels au nom de l'intérêt général ?

V. Le Rapport Compagnon : l'an 2 de la démocratie sanitaire

Les annonces de la nouvelle stratégie nationale en santé

La démocratie sanitaire comme un des trois piliers de la réforme

Le rapport de B. Devictor sur le service public territorial en santé qui place le besoin et les demandes du patient au cœur des politiques de santé

Le rapport Compagnon qui renverse les perspectives des droits et obligations des patients pour aller vers la notion de co-construction du système de santé

V. Le rapport Compagnon

Les recommandations

1. Mettre en place un mécanisme de concertation obligatoire au cœur des décisions de santé
2. Positionner les représentants des usagers dans les lieux de décision comme le Directoire dans les EPS
3. Mettre en œuvre une commission des usagers au sein des établissements de santé
4. favoriser le travail en commun entre usagers et soignants au plus près des malades
5. développer une politique de formation et de recherche en faveur de la participation des usagers à destination des professionnels et des représentants des usagers

V. Le rapport Compagnon

Les recommandations

6. inscrire la représentation des usagers au niveau d'un territoire et garantir l'effectivité de leurs droits

7. Permettre aux plus vulnérables de s'impliquer dans les mécanismes de participation au système de santé et garantir l'effectivité de leurs droits

8. Se doter des outils d'une citoyenneté active

9. donner les moyens de la participation aux usagers et aux citoyens en donnant un statut des usagers et en créant un mouvement des usagers et des associations en santé

V. Le rapport Compagnon

Conditions d'application & limites

L'absence de réformes structurelles du système de santé et la préférence pour les coups de rabet

Des trois ONDAM à une médecine du parcours ?

Vers un nouveau rôle du patient : expert, ressource, co-leader ?

Vers un système d'information en santé ?

La nécessaire refondation du système de formation des professionnels de santé et usagers/malades ?

Pour commencer...

E. La santé publique

LES APPORTS DE LA LOI N°2016-41 DU 26 JANVIER 2016

I. L'état de santé des français

Un bon état de santé général qui cache des inégalités

- Allongement de l'espérance de vie
 - 79 ans pour les hommes
 - 85 ans pour les femmes
- Progression des maladies chroniques
 - + de 15 Millions de français ont une ALD
 - + de 3 Millions de français atteints du diabète
- Persistance des inégalités de santé
 - Les enfants d'ouvriers ont 10 fois plus de chances que les enfants de cadres de devenir obèse
 - Les cadres vivent 10 années de plus que les ouvriers sans incapacité physiques
 - De fortes disparités territoriales

II. Bilan de santé France - Europe

Eléments positifs	Eléments négatifs
Espérance de vie des femmes françaises est la plus élevée de l'ensemble des pays de l'UE 27	Mortalité prématurée importante chez les hommes (mortalité par suicide notamment)
Excellente situation concernant la mortalité par maladies cardio-vasculaires	Mauvaise incidence des cancers chez les hommes
	Mauvais classement de la France pour les accidents du travail (UE 15)

III. Santé et politiques de santé : Vers une politique de santé publique en France ?

Multiples réformes depuis 25 ans

- Affirmation du rôle de l'Etat dans les politiques de santé de manière plus ou moins directe
 - Déconcentration / décentralisation

Crise du financement des dépenses de santé dans un contexte budgétaire restreint

- Paradoxe, car **nouveaux besoins** à prendre en charge. De plus, le modèle sociale français a longtemps considéré la **santé comme un bien supérieur**
 - Ex : remboursement Sofosbuvir (Hépatite C) – 19 000€ une boîte de 28 comprimés

Crise de confiance envers la médecine, la « science »

- Modèle bio-médical contesté
 - A corréluer avec une crise identitaire globale, un repli sur soi et le retour de schémas traditionnels
 - Débat sur la vaccination proposé par la Ministre de la Santé

Absence de l'Europe

- Pas de politique commune en santé

III. Santé et politiques de santé : Vers une politique de santé publique en France ?

Contexte

- **Budget affecté depuis 20 ans (curatif VS préventif)**
- **Les déterminants de la santé** notamment **comportementaux**

Plusieurs facteurs influent sur la santé des populations : ici le **facteur politique** :

- Planification économique et sociale
- Législation sanitaire

IV. Quelques définitions

La santé publique

Santé publique – définition

- « Domaine d'action dont l'objet est l'amélioration de la santé de la population. Elle est un ensemble de savoirs et de savoirs faire qui se situent entre l'administration de la santé et l'exercice de la profession médicale. Sa finalité est aussi la connaissance par la recherche »

H.C.S.P (*La santé en France*, 1994)

La santé publique prend notamment effet au travers d'actions de **promotions de la santé**

- « Processus qui confère aux populations les moyens d'assurer un plus grand contrôle sur leur propre santé et la possibilité d'améliorer celle-ci »

Charte d'Ottawa, 1986

IV. Quelques définitions

La santé communautaire

Définition

- La santé communautaire fait partie intégrante de la santé publique en constituant une **stratégie au sein des démarches de promotion de la santé. Sa spécificité est d'être populationnelle** et non individuelle et de promouvoir et mettre en œuvre une vision globale et de proximité de la santé. Elle est fondée sur plusieurs grands principes :
 - **la santé est liée à un ensemble de facteurs** (démographiques, géographiques, sociaux, économiques...) qui ne touche pas qu'un individu mais toute une population, i.e. une communauté ; ces facteurs sont répartis de manière inégale entre les territoires
 - la médecine, le système de soins et les politiques publiques n'apportent pas toujours une approche assez globale de la santé ;
 - **les comportements individuels sont difficiles à faire changer** ; l'implication des « gens » est fondamentale pour parvenir à un changement ; il ne s'agit pas de « faire pour » les gens, mais « avec » eux.
 - Le cadre **de mise en œuvre** d'actions de santé communautaire est **toujours local et pluraliste**. Il est nécessaire de se placer dans un cadre mêlant **intersectorialité, interdisciplinarité, transversalité et partenariat** afin de favoriser le partage des savoirs et des pouvoirs.

V. La Loi n°2016-41 du 26 janvier 2016

Dans ce contexte politique et juridique mouvementé la Loi apporte plusieurs éléments de réponses aux problématiques de santé publique en France. Pour quels résultats ?

La Loi du n°2016-41 du 26 janvier 2016 c'est :

- **227 articles**
- **1 titre liminaire et 5 autres titres**
 - **Titre liminaire** : Rassembler les acteurs de la santé autour d'une stratégie partagée
 - **Titre I** : Renforcer la prévention et la promotion de la santé
 - **Titre II** : Faciliter au quotidien les parcours de santé
 - **Titre III** : Innover pour garantir la pérennité de notre système de santé
 - **Titre IV** : Renforcer l'efficacité des politiques publiques et la démocratie sanitaire
 - **Titre V** : Mesures de simplification
- Une procédure législative longue et difficile
 - Médiatisation
 - Oppositions importantes (médecins, buralistes...)
 - Adoption le 17 décembre 2015

V. La Loi n°2016-41 du 26 janvier 2016

Plusieurs thématiques sont ciblées

- Le droit à l'oubli
- L'alcool
- Le tabac et les drogues
- L'alimentation
- La santé en milieu carcéral
- La santé sexuelle

Les moyens pour y parvenir tente d'introduire les **actions de proximité (cf. ppt démocratie sanitaire) et de promotion de la santé** d'où l'intérêt d'introduire le concept de **santé communautaire** inventé au Canada dans les années 1970 (Rapport Lalonde 1976)

Le droit à l'oubli

Article 190 - "droit à l'oubli" pour les personnes ayant eu un problème grave de santé afin d'améliorer l'accès à l'assurance et à l'emprunt

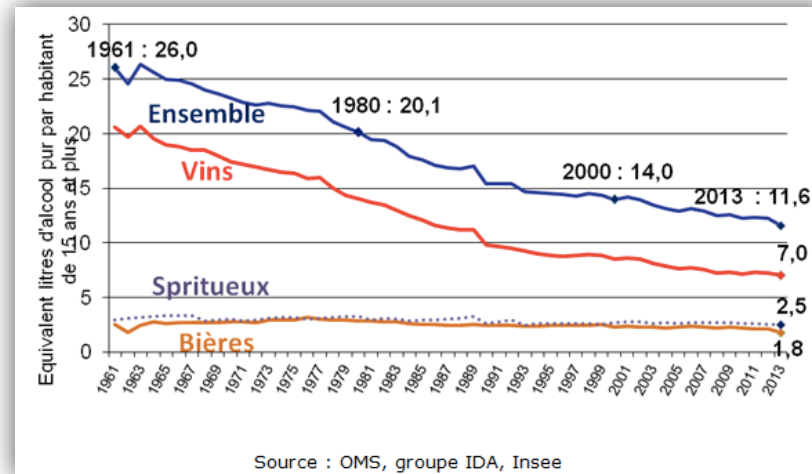
Les faits :

- Avant l'adoption de la loi et du droit à l'oubli, les personnes guéries d'un cancers ou de pathologies cancéreuses associées subissaient des **discriminations pour la contractualisation d'emprunts auprès de banques**.
- Lors de la souscription à un emprunt immobilier ces discriminations se traduisaient par **l'obligation de le mentionner** dans un **questionnaire**.
- Dans le cadre du Plan Cancer 3 (2014-2019, l'exécutif a souhaité faire en sorte que cette « **injustice** » soit réparée.
- Ainsi, le 24 mars 2015 a été signée la **convention Aeras** (s'Assurer et Emprunter avec un Risque Aggravé de Santé) entre les banques et les pouvoirs publics, ce qui se traduit par la fin des contraintes pour :
 - les cancers survenus avant l'âge de 15 ans, 5 ans après la date de fin du protocole thérapeutique ;
 - toutes les pathologies cancéreuses, 15 ans après la date de fin de protocole thérapeutique ;
 - en fonction d'une grille de référence pour les personnes ayant subi certains types de cancer lorsque la date de fin de protocole thérapeutique est inférieure à 15 ans.

La France et l'alcool

L'alcool tient une place toute particulière dans la société française.

La consommation d'alcool en France a fortement diminué mais reste élevée (Cf. Carte de la consommation d'alcool en Europe) :



La place de l'alcool dans l'économie française aujourd'hui :

Selon les acteurs du secteur des boissons alcooliques (cf. OFDT), le chiffre d'affaires de **la filière alcool française représentait 19,6 milliards d'euros en 2011.**

- 15 milliards d'euros pour le secteur de la viticulture,
- 2,5 milliards d'euros pour les spiritueux (whisky, rhum, etc.) et les eaux de vie naturelles (cognac, armagnac, etc.),
- 2,1 milliards d'euros pour le secteur de la bière

Sources :
AlcoolInfoService.fr

La « lutte » contre l'abus d'alcool...

« Article 12 - renforcement de la lutte contre l'alcoolisation chez les jeunes ("beuverie express") »

Contexte : Augmentation des ivresses répétées

- 57% des jeunes de 17 ans déclarent avoir été déjà ivres au cours de leur vie.
- 49% l'ont été au cours des 12 derniers mois.
- Un jeune de 17 ans sur dix, a été ivre au moins une fois au cours des douze derniers mois. Ivresses répétées moins importantes que chez nos voisins européens.
- Ivresses masculines. Les garçons sont presque trois fois plus nombreux que les filles à avoir connu au moins 10 ivresses dans l'année.

Mesures prises avec la Loi n°2016-41 du 26 janvier 2016

- « **l'incitation au binge drinking** (« beuverie express » en français) sera désormais considérée comme une **infraction**. Il y aura ainsi un **prix plancher pour les alcools vendus en happy hours**. Ce prix sera fixé par décret par rapport au prix de vente unitaire affiché dans l'établissement. »
 - **Problème d'effectivité du fait du droit européen relatif à la libre concurrence**

... un faux semblant ?

« Article 13 - assouplissement des dispositions relatives à la publicité en faveur de l'alcool »

Enième paradoxe de la Loi n°2016-41 du 26 janvier 2016, la lutte contre le fléau qu'est l'alcool en France est mise à mal.

Passées les mesures prises contre l'alcoolisation massive chez les jeunes, l'article 13 semble opérer dans le sens contraire.

Légitimation de cette mesure :

- « l'amendement vise à clarifier la loi Evin pour que les « contenus journalistiques ou œno-touristiques » consacrés à une « région de production ou au patrimoine culturel, gastronomique ou paysager liés à une boisson alcoolique » ne soient pas assimilés à de la publicité. »

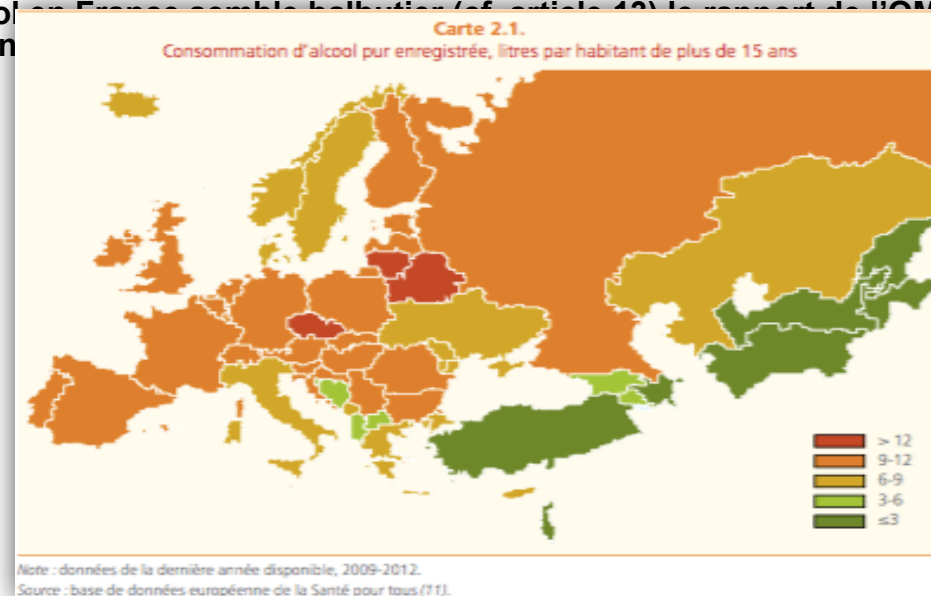
Critiques :

- Pour les associations de lutte contre l'alcoolisme il s'agit d'un passage en force de la part du « lobby de l'alcool ».
- Claude Evin s'est lui même montré « inquiet » concernant ces nouvelles dispositions qui permettront de faire la publicité de l'alcool. En janvier 2016, l'ancien Ministre de la Santé a qualifié la loi santé « d'échec total sur l'alcool ».

L'alcool : un problème européen

« Article 13 - assouplissement des dispositions relatives à la publicité en faveur de l'alcool »

- La carte ci-dessous montre que la situation française loin d'être l'exception en Europe, n'en est pas moins très loin d'être exemplaire.
- **En effet, la consommation d'alcool pur en France en litre et par habitant de plus de 15 ans s'établit entre 9-12 litres.**
- Si la lutte contre l'abus d'alcool en France semble halbuter (cf. article 13) le rapport de l'OMS au travers de ces données laisse suggérer qu'un travail commun



La lutte contre le tabac

Les articles relatifs au tabagisme dans la nouvelle Loi n°2016-41 du 26 janvier 2016

Article 22 - interdiction des arômes et additifs dans les produits du tabac

Article 23 - interdiction de publicité pour la cigarette électronique (dispositifs de "vapotage"), suppression des affichettes dans les bureaux de tabac, limitation de la publicité dans les revues professionnelles

Article 24 - obligation pour les débitants de tabac d'exiger une preuve de la majorité de l'acheteur

Article 25 - renforcement des règles sur l'installation des débits de tabac

Article 26 - obligation d'information des industriels du tabac sur leurs dépenses de lobbying

Article 27 - extension des messages sanitaires sur l'emballage des produits du tabac, instauration du paquet neutre

Article 28 - interdiction du vapotage dans certains lieux publics (écoles, lieux de travail, transports en commun)

Article 29 - interdiction de fumer en voiture en compagnie d'enfants de moins de 12 ans

Article 30 - sanctions pénales accompagnant la mise en place du paquet neutre

Article 31 - habilitation des polices municipales à contrôler l'interdiction de vente du tabac aux mineurs et extension des habilitations au constat d'infraction pour le vapotage

Article 32 - renforcement des sanctions contre la contrebande de tabac

Article 33 - création d'un tiers indépendant chargé du contrôle de la traçabilité des produits du tabac

Article 34 - association du ministère chargé de la santé à l'homologation des prix des produits du tabac

L'instauration du paquet neutre

Article 27 - extension des messages sanitaires sur l'emballage des produits du tabac, instauration du paquet neutre

- Instauration au printemps 2016 en France

Mis en œuvre internationale du paquet neutre

- Une mesure initiée par l'Australie (décembre 2012)
- Le Royaume-Uni est dans une situation similaire à la France, avec une application de la mesure en 2016
- L'Irlande fera de même en 2017
- En revanche la Belgique s'est prononcé contre un tel dispositif en 2015.

Une mesure qui fonctionne ?

- **Oui mais... :**
 - L'exemple Australien démontre que le paquet neutre a été suivi d'une diminution de la consommation de tabac
 - Cependant, il ne faut occulter le fait que cette baisse a été **principalement due à une augmentation régulière du prix du paquet de cigarettes** (un paquet coûte aujourd'hui 14€)
 - Les buralistes arguent le fait que ces mesures peuvent fonctionner en Australie du fait de son insularité ce qui ne saurait être le cas en France (zones transfrontalière européennes et contrebandes) d'où l'intérêt d'une politique commune sur le tabac en Europe.

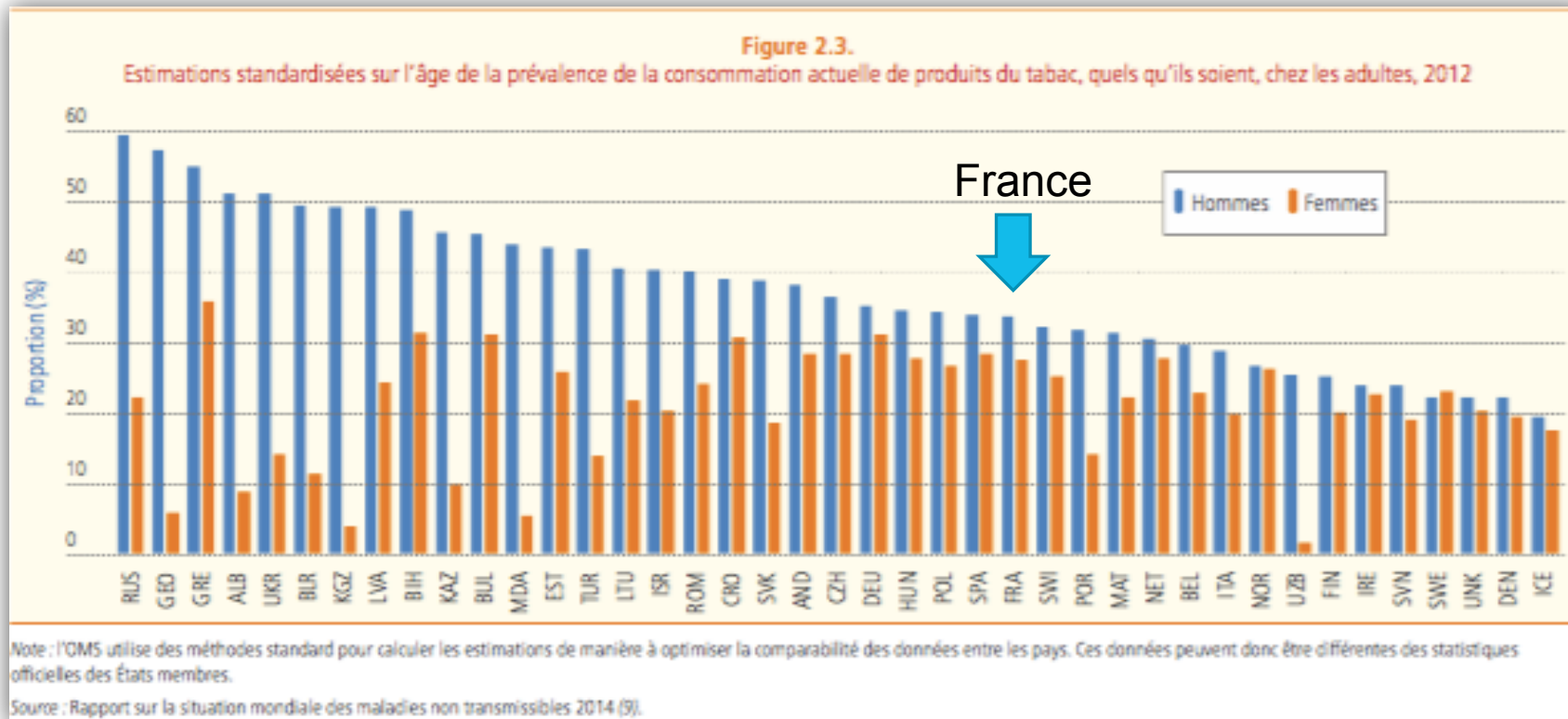
Le 21/12/2015, les parlementaires de droite ont déposé un recours devant le Conseil Constitutionnel afin de contester la validité du paquet neutre qui serait :

- "une violation du droit de propriété, principe constitutionnel garanti par l'article 17 de la Déclaration des droits de l'homme et du citoyen de 1789".
- Le Conseil Constitutionnel a refusé ce recours en janvier 2016.

Prévalence du tabagisme en Europe

Article 27 - extension des messages sanitaires sur l'emballage des produits du tabac, instauration du paquet neutre

- Prévalence de la consommation de tabac pour les adultes en 2012



Sources : Rapport OMS 2015 – Les cibles et au-delà – Atteindre les nouvelles frontières des bases factuelles

Le combat contre les drogues

Article 43 - expérimentation de salles de consommation à moindre risque (SCMR) pour toxicomanes

Article 45 - autorisation du recours au dépistage de drogue par voie salivaire lors des contrôles routiers

Contexte

Tableau 1 - Estimation du nombre de consommateurs de substances psychoactives en France métropolitaine parmi les 11-75 ans

	Produits illicites				Produits licites	
	Cannabis	Cocaïne	Ecstasy	Héroïne	Alcool	Tabac
Expérimentateurs	17,0 M	2,2 M	1,7 M	600 000	46,9 M	38,2 M
dont usagers dans l'année	4,6 M	450 000	400 000	//	42,8 M	16,0 M
dont usagers réguliers	1,4 M	//	//	//	8,7 M	13,3 M
dont usagers quotidiens	700 000	//	//	//	4,6 M	13,3 M

Sources : Baromètre Santé 2014 (INPES), ESCAPAD 2014 (OFDT), ESPAD 2011 (OFDT), HBSC 2010 (rectorat de Toulouse)
// : non disponible car la méthode d'enquête ne permet pas une telle estimation.

Conséquences

- **Dommages sanitaires**
 - Développement de maladies infectieuses (sida, hépatites...)
- **Dommages sociaux**
 - Marginalisation, désocialisation...

Sources : OFDT

Les salles de consommation à moindres risques (SCMR)

Article 43 - expérimentation de salles de consommation à moindre risque (SCMR) pour toxicomanes

Principes :

- Locaux gérés par les Centres d'Accueil et d'Accompagnement à la Réduction des Risques chez les Usagers de Drogues (CAARUD)
- Consommation de substances illicites autorisées et accompagné par une équipe pluridisciplinaire
- De fait, les professionnels et usagers de drogues présents dans ces structures ne pourront être poursuivis pour « usage illicite ».

Critiques :

- **La droite** a fortement combattu l'amendement, souhaitant privilégier une approche **d'abstinence et de sevrage**.
 - En France, l'**usage de drogues** est un **délit pénal** d'où la facilité avec laquelle **la classe politique** peut invoquer l'**interdit moral** concernant un tel sujet.

Dispositifs similaires en Europe :

- En Suisse, Allemagne, Espagne...

L'alimentation

Article 14 - information nutritionnelle complémentaire facultative sur les emballages alimentaires

Article 15 - rapport au Parlement sur l'amélioration de l'information nutritionnelle dans la restauration collective

Article 16 - interdiction des fontaines à sodas à volonté et en libre-service

Article 17 - augmentation de la taxe sur les messages publicitaires pour les aliments et boissons sucrés permettant de financer l'Inpes et extension des messages de santé publique aux publicités pour les aliments diffusés en ligne

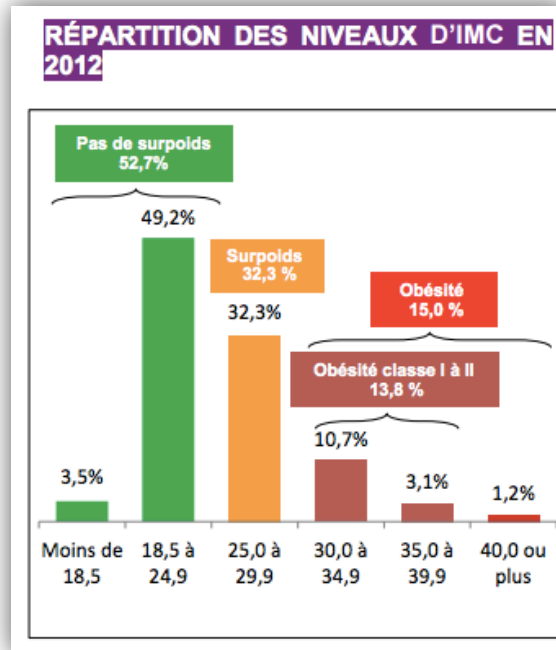
Article 18 - lutte contre la valorisation de la maigreur excessive et signalement des retouches apportées aux images publicitaires de mannequins

Article 19 - obligation de signalement des retouches logicielles apportées aux photographies de mannequins à usage commercial

L'alimentation

Article 14 - information nutritionnelle complémentaire facultative sur les emballages alimentaires

Contexte



En 2012, 15% de la population en situation d'obésité en France.
En 1997, 8,5% des français étaient dans cette situation

Risques associés

Sources : Obépi-Roché
2012
Hypertension Artérielle (HTA), Dyslipidémies, diabète...

Loi santé et sexualité

Article 7 - dérogation à l'accord parental pour le test de dépistage rapide et opposition du secret aux parents sur certains traitements

Article 10 - levée des restrictions sur l'accès à la contraception d'urgence pour les élèves du secondaire auprès de l'infirmierie scolaire

Article 11 - renforcement de l'information sur l'ensemble des méthodes contraceptives

Article 39 - inscription des tests rapides d'orientation diagnostique (Trod) pour le dépistage des maladies transmissibles

article 40 - interdiction de l'exclusion du don de sang en raison de l'orientation sexuelle

Loi santé et sexualité

Définition de la Santé sexuelle

- « La santé sexuelle est un état de bien-être physique, émotionnel, mental et social associé à la sexualité. Elle ne consiste pas uniquement en l'absence de maladie, de dysfonction ou d'infirmité. La santé sexuelle a besoin d'une approche positive et respectueuse de la sexualité et des relations sexuelles, et la possibilité d'avoir des expériences sexuelles qui apportent du plaisir en toute sécurité et sans contraintes, discrimination ou violence. »

Définition de discrimination sexuelle

- « discrimination est le **traitement inégal et défavorable appliqué à certaines personnes** en raison notamment, de leur origine, de leur nom, de leur sexe, de leur apparence physique ou de leur appartenance à un mouvement philosophique, syndical ou politique. »

Loi santé et sexualité

Le don du sang pour tous

article 40 - interdiction de l'exclusion du don de sang en raison de l'orientation sexuelle

Contexte

- Avec l'apparition de l'épidémie de VIH/Sida dans les années 80, stigmatisation de la communauté homosexuelle très exposée à la maladie.
- Affaire du sang contaminé (1983-1985)
 - Mesures prises pour contrer le risque d'infection lors de transfusions (création de l'EFS en 2000...)
- Petit à petit, l'épidémie a pu être contenue et bien qu'**une infection sur deux concerne toujours les homosexuels**, des revendications de plus en plus pressantes se sont fait entendre de la part de la communauté pour disposer des mêmes droits que les hétérosexuels
 - Ex : **Le don du sang**

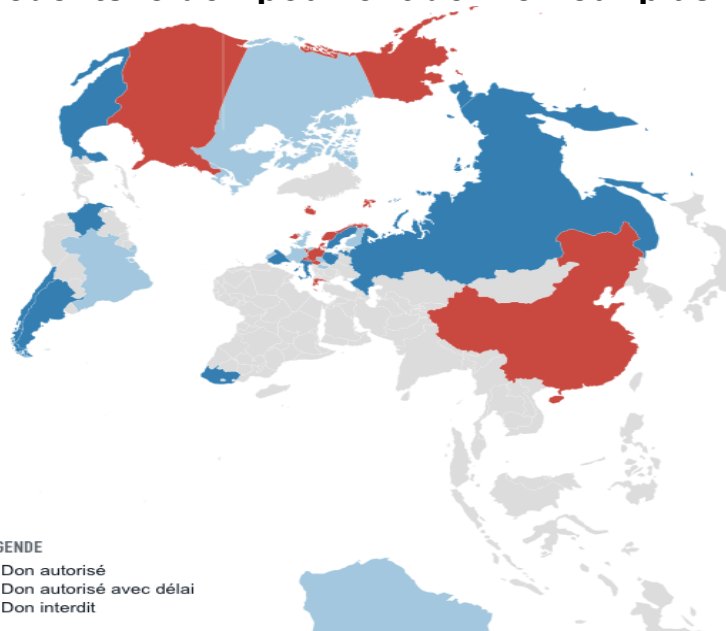
Loi santé et sexualité

Le don du sang pour tous

article 40 - interdiction de l'exclusion du don de sang en raison de l'orientation sexuelle

Effectivité

- Au **printemps 2016**, les homosexuels pourront donner leur sang s'ils n'ont **pas eu de rapports sexuels au cours des 12 derniers mois**.
- Les **couples homosexuels stables depuis 4 mois**, ou les **HSH n'ayant pas eu de rapports sexuels les 4 mois précédents** le don pourront donner leur plasma.



« La législation relative au don du sang dans le monde »
(liste non-exhaustive)

NB : Depuis le 21/12/2015, les USA autorisent également le don pour les homosexuels avec délai

Conclusion

Des mesures symboliques fortes en matière de santé publique seront appliqués dans les prochains mois en France

- Droit à l'oubli, paquet neutre, don du sang pour les homosexuels...

Si l'on peut se féliciter de ces avancées, beaucoup de points restent à éclaircir notamment concernant **l'efficacité et l'effectivité** de ces mesures.

La Loi n°2016-41 du 26 janvier 2016 applique une fois **encore la loi des « petits pas »** qui s'entend par la **crispation des acteurs** sur chacun des sujets traités (lobbies...), un agenda politique complexe et des clivages sociétaux importants (homosexualité, drogues...).

Les acteurs du monde de la santé doivent pouvoir pleinement participer à la politique de santé publique en faisant de l'hôpital un véritable lieu de santé publique orienté prévention, éducation à la santé et éducation thérapeutique.

Comme il était indiqué dans la SNS, l'augmentation très sensible des inégalités devra influencer sur les politiques de santé publique à venir.