

Projet de loi SANTE

Orientations et propositions FNARS

Vers un renforcement du lien santé - social

L'absence de ressources, de logement, d'emploi a inévitablement des conséquences sur l'état de santé des personnes. Pour autant, la santé passe au second plan lorsque l'on est confronté à de telles difficultés.

Cette interaction entre la santé et le fait d'être inséré dans la société est pourtant largement reconnue aujourd'hui par une multitude d'études¹.

Dans un contexte de massification de la précarité et de la pauvreté, plus que jamais cette interaction doit sous tendre une politique de santé renouvelée.

Oser de nouveaux choix politiques et concevoir la politique sociale comme un investissement pour une politique de santé publique

La politique de santé ne doit pas avoir comme seul objectif l'accès aux soins. Elle doit s'attacher à prévenir les risques de dégradation de l'état de santé des personnes, notamment en raison de la précarité.

Elle doit résolument avoir pour objectif d'agir sur les déterminants de santé. Cela implique pour les pouvoirs publics la nécessité de veiller à ce que les politiques publiques catégorielles ne fragilisent pas socialement les individus et les fassent basculer dans l'exclusion, avec pour conséquence une dégradation de leur état de santé à court, moyen ou long terme.

Ainsi il peut s'agir :

- pour le logement, éviter les expulsions, revaloriser les aides personnelles au logement, lutter contre l'habitat indigne ...
- pour les ressources, accorder le RSA aux jeunes de moins de 25 ans, garantir la solvabilisation des ménages...
- pour l'emploi, favoriser l'accès la formation des chômeurs de longue durée et des demandeurs d'asile ...
- pour les étrangers, favoriser un accueil dans des conditions dignes, reconnaître l'interprétariat social et favoriser l'accès au droit commun
- pour les familles, soutenir l'accompagnement à la parentalité pour promouvoir la santé dès la petite enfance...

C'est à cette condition que l'objectif consistant à lutter contre les inégalités sociales et territoriales de santé sera effectif.

Le plan pluriannuel de lutte contre la pauvreté et pour l'inclusion sociale prévoit des mesures en ce sens. Certaines, dont la revalorisation des plafonds de ressources de la CMU-C et de l'ACS, ont été mises en œuvre en 2013. Ces actions, indispensables pour améliorer l'accès aux soins des

¹ Notamment par le rapport de la sénatrice Aline ARCHIMBAUD sur « l'accès aux soins des plus démunis », septembre 2013, les différents rapports du CESE sur « La stratégie d'investissement social », Bruno PALLIER février 2014 et « les enjeux de la prévention en matière de santé », Jean Claude ETIENNE et Christian CORNE, 2012

plus démunis, ne sont pourtant pas à elles-seules suffisantes pour lutter contre les inégalités de santé.

Il s'agit de développer une **approche de prévention** pour éviter à termes des coûts humains et financiers liés à l'augmentation des dépenses de soins. Cette approche a sans doute un coût à court terme mais peut être génératrice d'économies à moyen et long terme du fait de coûts évités.

Encore faut-il tirer toutes les conséquences de cette connaissance que l'on a quant à l'interaction santé/social. Dans le contexte actuel de massification de la précarité, il s'agit d'un enjeu majeur auquel la loi relative à la santé doit répondre.

Eviter qu'une dégradation de l'état social ne se traduise par une dégradation de l'état de santé et rendre les professionnels de santé acteurs d'une prévention sociale

Pour chaque politique publique sectorielle, les pouvoirs publics doivent veiller à ce que toute personne en situation sociale fragile ne voit sa situation se dégrader. D'où la nécessité de lutter contre le non-recours à un ensemble de droits et de développer des mesures d'accompagnement des personnes pour leur permettre, face aux difficultés, d'être accueillies, écoutées, conseillées, informées, orientées et accompagnées. C'est éviter qu'une dégradation de l'état social de la personne ne se traduise par une dégradation de son état de santé.

En effet, mieux vaut avoir à faire à un intervenant social qu'à un médecin qui n'aura parfois pas d'autre réponse que de soigner la personne sur un problème de santé sans véritable prise sur les conditions sociales qui détériorent son état de santé. Les deux actions sont nécessaires et interdépendantes.

Cela implique que les professionnels de santé :

- à un échelon de gouvernance, participent à la co-construction de politiques catégorielles sur les territoires sur les aspects logement, emploi, famille... Car les professionnels de santé repèrent les dysfonctionnements de la société, des politiques et leurs conséquences sur l'état de santé des personnes ;
- à un échelon plus opérationnel, coopèrent davantage avec les intervenants sociaux et plus largement avec un ensemble d'acteurs sociaux, pour coordonner une intervention sociale et une intervention médicale autour de chaque personne.

La FNARS porte le concept **d'accompagnement santé** qui permet de prendre en compte la personne dans sa globalité. Il vise à prendre en considération sa situation personnelle, les difficultés qu'elle rencontre, ses freins à l'insertion et en mettant en avant ses potentialités, ses compétences et ses capacités. Cet accompagnement intègre l'accès aux droits, **à la prévention**, aux soins et l'éducation pour la santé. Il nécessite pour cela que les professionnels du champ social et ceux de la santé travaillent et collaborent dans une logique d'interdisciplinarité. Elle nécessite donc un fort appui politique pour que la coopération sanitaire, sociale et médico-sociale soit pensée et organisée sur les territoires et contribue à décloisonner, dans les pratiques, les interventions de l'ensemble des acteurs pour lutter contre les inégalités sociales et territoriales de santé.

C'est à partir de ces constats et orientations que la FNARS formule les propositions suivantes pour le projet de loi santé.

1. Etablir une gouvernance de territoire qui lie sanitaire, médico-social et social

- Créer un **service public territorial santé-social** (et non uniquement un service public de santé qui n'aurait qu'une approche réparatrice de la santé et ne concernerait que les professionnels du soin), sur lequel sera organisé la complémentarité des acteurs de la santé, du social et du médico-social pour assurer l'effectivité d'une politique de santé dont le périmètre comporte la prévention et le soin ;
- Définir, pour chaque territoire, des **parcours de santé-précarité** pour les personnes en situation de vulnérabilité qui déterminent la nature et la qualité des liens indispensables entre les professionnels de la santé et du social pour l'accompagnement de ces situations complexes. Ces parcours santé/précarité doivent permettre la mise en place de l'accompagnement des personnes précaires en s'appuyant sur des plateformes pluridisciplinaires, dans une logique de travail en réseau. Ce parcours santé-précarité devra nécessairement permettre d'impliquer les acteurs et professionnels concernant entre autres les sorties d'institutions (hôpital, prison, ASE...), particulièrement source de rupture pour les personnes en grande précarité sociale. Il s'agira alors de proposer un **cahier des charges-type** au niveau national pour ces parcours de santé –précarité.
- Au niveau des ARS, prendre davantage **en compte de la dimension sociale/précarité**, en donnant une place plus importante aux acteurs du social au sein des deux commissions de coordination des politiques publiques (commission prévention et commission médico-social) ; une autre solution serait de créer une troisième commission santé/social de coordination de ces deux politiques publiques.
- Généraliser les **contrats locaux santé-social**, à partir des **contrats locaux de santé**, co-signés par les collectivités territoriales (ou leur groupement), les ARS et les DRJSC ou DDCS. Cette généralisation doit permettre de renforcer la coordination des acteurs sanitaire, social et médico-social au niveau de la gouvernance territoriale de santé ; ils devraient être **obligatoires** pour les villes au-delà de **50 000 habitants**. Au-delà, il convient de réfléchir à une simplification des instances de gouvernance sur le champ de la santé.
- **Expérimenter des plateformes pluridisciplinaires santé/social** dans le cadre de ces contrats locaux ; ces plateformes, sur le modèle des CLIC, auraient pour vocation de coordonner les acteurs de la santé et du social et du médico-social pour proposer aux personnes en difficulté sociale, dont les personnes souffrant de troubles psychiques, un accompagnement adapté à leurs besoins, dans leur lieu de vie.

Pour aller plus loin dans un cadre opérationnel au niveau des territoires

- Procéder à un **redéploiement financier sur les PRAPS** (programmes régionaux d'accès à la prévention et aux soins des personnes les plus démunies), voire à un fléchage obligatoire des moyens financiers sur les PRAPS au sein des PRS (projets régionaux de santé).
- Renforcer la **coordination entre les ARS et les DRJSCS**, notamment en :
 - o généralisant **les référents cohésion sociale** au sein des ARS et en les dotant d'une reconnaissance et de moyens d'actions à la hauteur de leurs missions,
 - o rendant obligatoire la signature de conventions entre ARS et DRJSCS, assorties d'objectifs précis et régulièrement évalués (modalités d'articulation régionales et territoriales entre les deux secteurs santé et social).

2. Simplifier l'accès aux droits et lutter contre le non-recours

Il s'agit de reprendre les mesures d'ordre législative du rapport Archimbaud sur l'accès aux soins des plus démunis et du rapport du défenseur des droits portant sur la lutte contre les refus de soins, parmi lesquelles :

- **Fusionner l'aide médicale d'Etat (AME)** et la **Couverture maladie universelle (CMU)** pour garantir la vocation universelle de la CMU et ne pas stigmatiser les migrants.
- Rendre **automatique** l'attribution de la CMU-C aux bénéficiaires du RSA socle et l'ACS aux bénéficiaires de l'ASPA et de l'AAH.
- **Simplifier le dossier de demande de CMU** (base et complémentaire), et mettre en place un **dossier de demande unique** pour les aides sociales (APL, RSA, CMU...).
- **Généraliser le tiers payant** pour tous les patients, réforme nécessaire, qui contribuera à un meilleur accès aux soins, en particulier pour les personnes en situation de précarité pour lesquelles l'avance de frais constitue un frein.

Pour aller plus loin dans un cadre opérationnel au niveau des territoires

Il est nécessaire, pour renforcer l'accès aux droits, de rendre obligatoire la publication des **instructions et circulaires de la CNAMTS** pour une application équitable et transparente sur l'ensemble du territoire.

3. Renforcer l'accès aux soins des personnes précaires

Face aux difficultés d'accès aux soins des personnes précaires qui ne sollicitent pas toujours les professionnels de santé et qui parfois se retrouvent à la rue, il convient de renforcer leur accès aux soins (par l'intermédiaire des dispositifs de droit commun) pour que notamment la maladie ne soit plus un frein à l'accès à l'hébergement et au logement.

Pour aller plus loin dans un cadre opérationnel au niveau des territoires

- a) *Sécuriser et développer les dispositifs de premier recours*
 - Garantir l'accès aux soins sur chaque territoire de proximité par le déploiement des **centres de prévention et de soins de premier recours** (type centres de santé ou maisons de santé pratiquant le tiers-payant intégral) et la sécurisation de leurs financements.
 - Garantir la mise en place des **Permanences d'accès aux soins de santé (PASS)** en rendant obligatoire le fléchage de financements dédiés à leur fonctionnement. Les PASS n'existent pas dans tous les centres hospitaliers mais qui jouent un rôle fondamental pour contribuer à réduire les inégalités de santé sur les territoires.
 - Créer des **services mobiles/itinérants pluridisciplinaires** pour se rapprocher des populations les plus fragiles car elles ne sollicitent pas les services de santé et conduit à une dégradation de leur état de santé (développer les démarches « d'aller vers ») ;
- b) *Développer l'offre de soins en direction des populations fragiles*
 - Rendre effective les possibilités **d'hospitalisation à domicile (HAD)** dans les établissements sociaux et médico-sociaux. Le renforcement de la participation des représentants du secteur social au sein des ARS souhaité par la FNARS doit y contribuer.
 - Selon la même logique, il convient de développer l'intervention des **Services de Soins Infirmier à domicile (SSIAD)** dans les structures d'hébergement ou de logement accueillant des personnes en situation précarité qui nécessitent des soins et un suivi médical.
 - Soutenir les structures tournées vers les populations fragiles à travers notamment le développement des **dispositifs « passerelles »** (ACT - Appartement de coordination thérapeutique, LHSS - Lits halte soins santé).

- Renforcer les partenariats entre **les acteurs de la santé, du médico-social et le SIAO** en permettant au SIAO d'avoir une visibilité sur les places d'hébergement de certains établissements du médico-social (LHSS et ACT) et en rendant effective la coordination et la signature de conventions entre les professionnels de santé et le SIAO (telles que prévues par la loi ALUR).

4. Associer les personnes en situation de précarité à la démocratie en santé (et non pas démocratie sanitaire)

Propositions dans le cadre du projet de loi

- **Agréer le CCPA et les CCRPA²** (conseils consultatifs Régionaux des Personnes Accueillies et Accompagnées) pour que leurs représentants puissent siéger au sein des instances de consultation/concertation dans le champ de la santé. Il apparaît fondamental que la loi santé institutionnalise ainsi les CCRPA. Il est nécessaire que les personnes en situation de précarité participent à l'élaboration, la mise en œuvre et le suivi des politiques de santé, au-delà de leur statut de « patient ».

5. Développer une culture commune entre professionnels de la santé et professionnels du social

Pour aller plus loin dans un cadre opérationnel au niveau des territoires

- **Mieux former** les professionnels de santé à la prise en charge des personnes en situation de précarité ; cela passe par la mise en place de **modules communs** aux formations des intervenants sociaux et des étudiants dans les domaines médical et paramédical.

6. Contribuer à la stabilisation des personnes en souffrance psychique (proposition conjointe ANPCME, FNAPSY, UNAFAM, FNARS)

Propositions dans le cadre du projet de loi

Disposer d'un logement ou d'un hébergement constitue un facteur majeur de stabilisation des situations des personnes ayant présenté ou présentant des troubles psychiques, en permettant à la fois de préserver leur équilibre et de lutter contre les risques de précarisation et de stigmatisation.

Face aux carences actuelles, il est proposé d'inscrire dans la loi le principe d'un plan pour l'hébergement et le logement des personnes en souffrance psychique.

En déclinaison de ce plan, il s'agit :

- d'inscrire dans le PRS un **programme spécifique relatif au maintien dans le logement et à l'accès au logement et à l'hébergement des personnes en souffrance psychique,**
- **d'expérimenter des plateformes pluridisciplinaires (des consultations sociales de proximité)** – cf. p. 3 - associant et coordonnant les acteurs de la santé, du social, et du médico-social pour proposer aux personnes fragilisées socialement, dont les personnes en souffrance psychique, un accompagnement adapté à leurs besoins, dans leur lieu de vie.

² Le CCPA et ses déclinaisons régionales sont des instances de consultation, par les pouvoirs publics, de personnes ayant connu ou connaissant la précarité et d'intervenants sociaux dans le cadre de l'élaboration, de la mise en œuvre et de l'évaluation des politiques publiques.

ECAPITULATIF DES PROPOSITIONS A INTEGRER DANS LE PROJET DE LOI RELATIF A LA SANTE

Etablir une gouvernance de territoire qui lie sanitaire, médico-social et social

- Créer un **service public territorial santé-social** (et non uniquement un service public de santé)
- Définir pour chaque territoire des **parcours de santé-précarité** pour les personnes en situation de vulnérabilité sur la base d'un **cahier des charges-type** au niveau national
- Créer une troisième **commission Santé/social** de coordination des politiques publiques
- Rendre obligatoire pour les villes au-delà de 50 000 habitants les **contrats locaux de santé-social**
- Expérimenter dans le cadre des contrats locaux des plateformes pluridisciplinaires santé/social.

Simplifier l'accès aux droits et lutter contre le non-recours

- Fusionner l'**aide médicale d'Etat (AME)** et la **Couverture maladie universelle (CMU)**
- Rendre **automatique** l'attribution de la CMU-C aux bénéficiaires du RSA socle et l'ACS aux bénéficiaires de l'ASPA et de l'AAH
- Simplifier le **dossier de demande de CMU** (base et complémentaire), et mettre en place un **dossier de demande unique** pour les aides sociales (APL, RSA, CMU...)
- Généraliser le **tiers-payant** pour tous les patients

Associer les personnes en situation de précarité à la démocratie en santé (et non pas démocratie sanitaire)

- **Agréer le CCPA et les CCRPA** (conseils consultatifs Régionaux des Personnes Accueillies et Accompagnées) pour que leurs représentants puissent siéger au sein des instances de consultation/concertation en matière de santé.

Contribuer à la stabilisation des personnes ayant présenté ou présentant des troubles psychiques

- **Adopter un plan pour l'hébergement et le logement des personnes en souffrance psychique décliné en :**
 - un **programme spécifique au sein des PRS**
 - l'**expérimentation de plateformes pluridisciplinaires (des consultations sociales de proximité)** associant et coordonnant les acteurs de la santé, du social, et du médico-social.

La **FNARS** fédère 850 associations qui, à travers les 2 700 établissements et services qu'elles gèrent, accueillent, hébergent et accompagnent des personnes confrontées à la précarité (qui sont sans logement, sans ou avec de faibles ressources, sans emploi ou avec un contrat de travail précaire...). Parmi ses adhérents, un nombre important de structures médico-sociales telles que les lits-halte soins santé (LHSS) et appartements de coordination thérapeutique (ACT) dont l'objectif est d'assurer un rôle « passerelle » vers le droit commun. Le rôle de ces associations est d'accompagner ces personnes pour leur permettre de trouver ou retrouver une place dans la société.