

Loi de modernisation de notre système de santé

Comprendre et accompagner
les principaux changements



Table des matières

Introduction	4
Articles 3 et 4 - Un nouveau parcours éducatif en santé	5
Article 12 - Lutter contre la consommation d'alcool chez les mineurs	6
Article 13 - L'assouplissement des contraintes liées à la publicité pour l'alcool.....	6
Article 27 - La mise en place du paquet neutre.....	6
Article 28 - L'interdiction du vapotage dans certains lieux publics	6
Article 29 - L'interdiction de fumer dans un véhicule en présence de mineurs.....	7
Article 39 - Conditions de réalisation des Tests rapides d'orientation diagnostique (TROD)	7
Article 41 - La Réduction des Risques et des Dommages (RDRD)	8
Article 42 - La mission prévention des addictions des CSAPA.....	8
Article 43 - Expérimentation des Salles de Consommation à Moindre Risque	9
Article 44 - Repérage des conduites addictives en début d'incarcération	9
Article 64 - Les équipes de soins primaires, pour une coordination locale des acteurs de 1er recours	10
Article 65 - Les communautés professionnelles territoriales de santé et les contrats territoriaux de santé .	10
Les communautés professionnelles territoriales de santé (CPTS)	10
La création des contrats territoriaux de santé (CTS), un outil de formalisation au service de la coordination	11
Article 69 - La politique régionale de santé mentale	11
Article 74 - Les plateformes territoriales d'appui à la coordination des parcours de santé complexes	13
Article 83 - Généralisation du tiers payant.....	13
Article 85 - Le signalement des refus de soins confié aux ordres nationaux	14
Article 88 - Rendre visible l'offre disponible sur les territoires et mieux informer sur les produits de santé.	14
Article 89 - Le plan d'accompagnement global, un outil aux mains des Maisons Départementales des Personnes Handicapées	14
Article 90 - La médiation sanitaire et l'interprétariat linguistique, enfin reconnus !.....	15
Article 92 - Des projets pilotes « autonomie » seront expérimentés	15
Article 95 - La lettre de liaison, à présent opposable !.....	15
Article 96 - Le secret médical partagé et le dossier médical partagé.....	16
Le secret médical partagé	16
Le dossier médical partagé (DMP)	17
Article 99 - Le rétablissement du service public hospitalier.....	18
Article 100 - Les maisons d'accueil hospitalières dans le code de la santé publique.....	19
Article 158 - Le Projet Régional de Santé, territoires de santé, et Conseils Territoriaux de santé.....	21
Le Projet Régional de Santé	21
Territoires et conseils territoriaux de santé (CTS)	23

Introduction

La loi de modernisation de notre système de santé (LMNSS) a été promulguée le 26 janvier 2016. Fondée sur la Stratégie Nationale de Santé définie par le Gouvernement en 2013, cette Loi s'est construite autour de trois axes principaux :

- le renforcement de la prévention
- la réorganisation autour des soins de proximité à partir du médecin généraliste
- le développement des droits des patients

Durant toute l'année 2015, la mobilisation des professionnels de la santé a été forte, les débats longs et passionnés ! Alors que l'attention des médias s'est principalement tournée vers la mise en œuvre du tiers payant, de nombreuses autres mesures ont bousculé le paysage sanitaire et social.

La mobilisation de nos deux fédérations, en partenariat avec d'autres acteurs associatifs (UNIOPSS, collectif inter-associatif sur la RDR, FMAH, FNARS...) a favorisé plusieurs avancées dont nous nous félicitons : déploiement d'un parcours éducatif en santé, lutte contre le tabagisme, mesures concernant l'alcoolisation excessive des jeunes, dépistage des hépatites, projet pilote « autonomie », redéfinition et renforcement de la réduction des risques, y compris en milieu carcéral, protection des acteurs de la RDRD, consolidation de la mission prévention des addictions portées par les CSAPA, expérimentation des salles de consommation à moindre risque....

Nous regrettons toutefois que, malgré la mobilisation de nombreux acteurs du champ de la santé, les parlementaires aient voté l'assouplissement des contraintes liées à la publicité sur l'alcool, détricotant ainsi un peu plus la Loi Evin. D'autres avancées auraient dû trouver leur place dans ce texte comme la généralisation des services de coordination thérapeutique ou la prévention des expulsions locatives des personnes malades chroniques.

Parmi les autres mesures emblématiques adoptées, notons le maintien du PRAPS et des PASS, le renforcement de la lutte contre le refus de soins, la mise en place d'un programme pour l'hébergement des personnes en difficultés psychiques, le droit à l'oubli pour les anciens malades de certaines pathologies lourdes, ou encore la possibilité pour les usagers d'engager des actions de groupe face à certains préjudices subis dans le domaine sanitaire.

Cette loi restructure l'organisation institutionnelle du système de santé. Ses 227 articles prévoient, entre autres, la création des groupements hospitaliers de territoire, une réforme du Projet Régional de Santé, la création de communautés professionnelles territoriales de santé... Ces mesures, souvent complexes, sont parfois difficiles à appréhender par les adhérents de nos deux fédérations. Pourtant, elles n'en sont pas moins importantes, et nécessitent, pour certaines, un accompagnement attentif dans leur mise en œuvre territoriale.

Dans la continuité de la dynamique partenariale engagée entre nos deux fédérations, nous avons souhaité mutualiser nos compétences afin de co-construire et de proposer à nos adhérents cet outil que nous avons souhaité simple et accessible. A travers l'analyse d'une trentaine d'articles « clés » et des textes d'application qui les accompagnent, il s'agit de vous aider à identifier et à comprendre les principaux enjeux et réformes proposés dans cette Loi.

Les équipes de nos deux fédérations sont à votre disposition pour répondre à vos questions et apporter des éléments de précision.

Jean-Pierre COUTERON
Président de la Fédération Addiction



Léonard NZITUNGA
Président de la FNH VIH



Articles 3 et 4 - Un nouveau parcours éducatif en santé

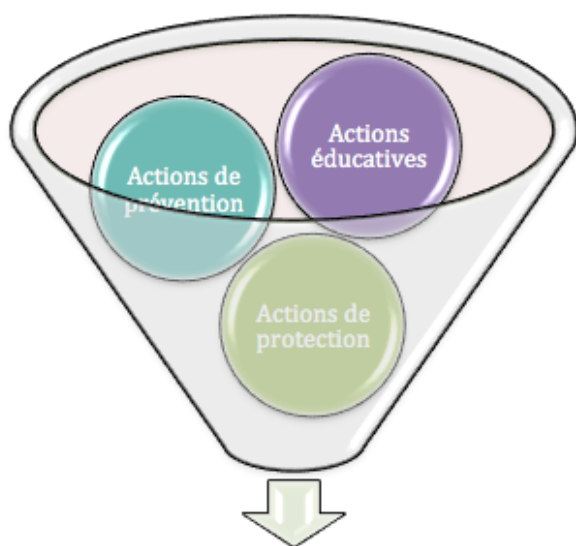
L'article 3 de la Loi modifie le code de l'éducation en créant **un parcours éducatif en santé** à l'attention des élèves. Celui-ci intègre notamment des actions de promotion de la santé et de prévention.

L'article 4 indique, quant à lui, que « **des acteurs de proximité non professionnels de santé concourent également à la promotion de la santé à l'école. Des actions tendant à rendre les publics cibles acteurs de leur propre santé sont favorisées...** ».

La circulaire n° 2016-008 du 28-1-2016 précise les modalités de mise en œuvre de ce nouveau parcours.

Elle rappelle que la mission de l'école en matière de santé consiste à :

- **faire acquérir à chaque élève les connaissances, les compétences et la culture** lui permettant de prendre en charge sa propre santé de façon autonome et responsable ;
- **mettre en œuvre** dans chaque école et dans chaque établissement **des projets de prévention** centrés sur les problématiques de santé, notamment celles susceptibles d'avoir un effet sur la réussite scolaire ;
- **créer un environnement scolaire favorable à la santé** et à la réussite scolaire de tous les élèves.



Parcours éducatif en santé

Le parcours éducatif en santé s'organise autour d'actions portant sur **trois axes** :

- **l'éducation**
- **la prévention** (conduites addictives, alimentation, activité physique...)
- **la protection**

Ce parcours mobilise l'ensemble de la communauté éducative ainsi que ses partenaires (municipalités, associations...). Il est rédigé par les équipes scolaires à l'échelle de la circonscription sous l'autorité de l'inspecteur de l'éducation nationale. Il est inscrit dans le projet pédagogique de l'école.

POINTS DE VIGILANCE

- **Les stratégies d'intervention précoce et les actions de prévention des addictions doivent figurer dans ce nouveau parcours éducatif en santé.** En effet, elles constituent un levier efficace pour améliorer le bien-être et réduire les inégalités, en intervenant au moment où se développent les compétences et les connaissances utiles tout au long de la vie.
- **Les CSAPA porteurs de services de prévention et/ou de CJC doivent donc s'assurer auprès des établissements scolaires de leur territoire d'activité qu'ils sont bien identifiés** comme structures ressources sur la thématique des addictions dans le cadre de ce nouveau parcours.

Article 12 - Lutter contre la consommation d'alcool chez les mineurs

Cet article renforce la prévention, les contrôles et les sanctions liés à la consommation d'alcool par des mineurs. Il prévoit notamment :

- ❖ **de renforcer les messages de prévention de l'alcoolisme chez les jeunes** dans les campagnes publiques d'information
- ❖ **d'interdire les objets incitant directement les mineurs** à la consommation excessive d'alcool
- ❖ **de renforcer les sanctions** liées au fait de **provoquer directement un mineur à la consommation** habituelle et/ou excessive d'alcool
- ❖ **de rendre obligatoire pour le commerçant le contrôle de l'identité pour vérifier la majorité** des personnes achetant de l'alcool

[Le décret n° 2016-1329 du 6/10/2016](#) détermine la liste des objets considérés comme incitant directement à la consommation excessive d'alcool et dont la vente ou l'offre est interdite aux mineurs.

Article 13 - L'assouplissement des contraintes liées à la publicité pour l'alcool

Malgré la forte mobilisation des acteurs de santé, et en contradiction avec l'article précédent, l'adoption de **cet article vise à assouplir les contraintes liées à la publicité pour l'alcool, telles quelles étaient** initialement prévues par la Loi Evin.

L'article précise que « *ne sont pas considérés comme une publicité ou une propagande, les contenus, images, représentations, descriptions, commentaires ou références relatifs à une région de production, à une toponymie, à une référence ou à une indication géographique, à un terroir, à un itinéraire, à une zone de production, au savoir-faire, à l'histoire ou au patrimoine culturel, gastronomique ou paysager liés à une boisson alcoolique disposant d'une identification de la qualité ou de l'origine, ou protégée...* »

Article 27 - La mise en place du paquet neutre

Cet article entérine la mise en place du **paquet neutre**. Il précise que « *les unités de conditionnement, les emballages extérieurs et les suremballages des cigarettes et du tabac à rouler, le papier à cigarette et le papier à rouler les cigarettes sont neutres et uniformisés* ».

L'entrée en vigueur de la mesure est effective depuis **le 20 mai 2016**.

[Le décret n° 2016-334 du 21/03/2016](#) **précise les modalités de mise en œuvre du présent article**.

Article 28 - L'interdiction du vapotage dans certains lieux publics

Cet article **interdit de vapoter** dans certains lieux publics :

- ✓ **Les établissements scolaires et les établissements destinés à l'accueil, à la formation et à l'hébergement des mineurs**
- ✓ **Les moyens de transport collectif fermés**
- ✓ **Les lieux de travail fermés et couverts à usage collectif**

Article 29 - L'interdiction de fumer dans un véhicule en présence de mineurs

Cet article précise qu'il est désormais **interdit à tous les occupants d'un véhicule de fumer en présence d'un enfant de moins de 18 ans.**

Article 39 - Conditions de réalisation des Tests rapides d'orientation diagnostique (TROD)

Cet article conforte la base légale permettant d'utiliser les tests rapides d'orientation diagnostique VIH 1-2 et VHC. Il indique les conditions de réalisation des TROD ainsi que la liste des acteurs de santé pouvant être habilités à les réaliser, et notamment :

- ✓ les centres gratuits d'information, de dépistage et de diagnostic ;
- ✓ les organismes de prévention sanitaire habilités ;
- ✓ **les CSAPA et les CAARUD et les ACT** mentionnés au 9° de l'article L. 312-1 du code de l'action sociale et des familles.

L'article précise **également les conditions particulières de réalisation des TROD sur une personne mineure.**

L'arrêté du 1er août 2016 précise les conditions de réalisation TROD VIH et VHC en milieu médico-social ou associatif.

Il indique notamment que :

- ❖ les établissements ou services médico-sociaux mentionnés au 9° de l'article L. 312-1 du CASF peuvent réaliser des TROD **sous réserve d'une autorisation complémentaire**, délivrée par le Directeur Général de l'ARS. Cette autorisation est accordée dans la limite de la durée de l'autorisation de l'établissement ou du service.
- ❖ Les associations gestionnaires de ces établissements doivent signer **une convention d'habilitation**, conclue entre le Directeur Général de l'ARS territorialement compétente et le responsable de la structure associative, pour une **durée de cinq ans**. Pour ce faire, elles doivent compléter un dossier de demande d'habilitation, disponible sur le site internet de l'ARS concernée, ou sur demande auprès de celle-ci.

Deux cas de figures se présentent :

- les structures qui **ne pratiquent pas de TROD** doivent faire **une demande d'habilitation complète**.
- les structures qui **disposent déjà d'une convention d'habilitation pour les TROD VIH 1et 2** doivent faire **une demande d'avenant**, valide pour la durée de la convention restant à courir, pour pouvoir proposer des TROD VHC.
- ❖ **Les personnels non médicaux** doivent suivre **au préalable une formation** dont le contenu est prévu à l'annexe IV de l'arrêté.

POINTS DE VIGILANCE

- Le dossier de demande d'habilitation pour les associations est assez conséquent et peut s'avérer complexe à remplir. La Fédération Addiction a rédigé une note d'appui à l'attention des associations. Elle est téléchargeable sur son site www.federationaddiction.fr.

- L'attestation délivrée à l'issu de la formation des personnels non médicaux est **personnelle et nominative**. Lors d'un changement d'effectif, la structure doit donc anticiper la formation du (es) nouveau(x) professionnel(s), tant d'un point de vu organisationnel que financier.

Article 41 - La Réduction des Risques et des Dommages (RDRD)

Cet article introduit plusieurs modifications importantes concernant la réduction des risques :

- **la définition de la Réduction des Risques est précisée et va au delà du seul risque infectieux.** On utilise désormais l'appellation Réduction des Risques et **des Dommages** en cohérence avec la terminologie européenne.
- **l'adoption du terme « substances psychoactives »** permet, au delà du caractère licite ou illicite, d'ouvrir la RDRD, notamment aux questions d'alcool et de tabac
- **de nouveaux produits de santé** sont autorisés en vue de prévenir les overdoses
- **l'orientation et la dimension sociale de l'accompagnement** sont désormais mieux définies
- les CAARUD se voient confier de nouvelles missions :

- **l'analyse, la veille et l'information**, à destination des pouvoirs publics et des usagers, sur la composition des produits et la dangerosité des substances consommées ;

- **la promotion et la supervision des comportements, des gestes et des procédures de prévention des risques.** Le texte précise que la supervision consiste à mettre en garde les usagers contre les pratiques à risques, à les accompagner et à leur prodiguer des conseils relatifs aux modalités de consommation des substances afin de prévenir ou de réduire les risques de transmission des infections et les autres complications sanitaires. Elle ne comporte aucune participation active aux gestes de consommation.

L'article 41 prévoit également que **les intervenants** agissant conformément à leur mission de réduction des risques et des dommages **bénéficient de la protection mentionnée à l'article 122-4 du code pénal**. Cette dernière mention était particulièrement importante après l'avis émis par la Conseil d'Etat en octobre 2013 qui rappelait que la Loi pénale prévalait sur la Loi de santé. Cette situation exposait théoriquement les acteurs de la RDRD à des poursuites pénales pour complicité et/ou pour facilitation d'usage illicite de stupéfiants.

Enfin, l'article 41 réaffirme que la politique de **réduction des risques et des dommages** doit également s'appliquer aux **personnes détenues**, selon des modalités adaptées au milieu carcéral.

POINTS DE VIGILANCE

L'application de l'article 41 nécessite la **publication de plusieurs décrets précisant les modalités de mise en œuvre**. La Fédération Addiction suit de près la publication de ces décrets et leur contenu.

Les mesures prévues dans cet article doivent également **s'accompagner des moyens financiers nécessaires à leur mise en œuvre effective**. A ce titre, nous notons un effort particulier dans la circulaire budgétaire 2016 et dans le PLFSS 2017. Cependant, ces efforts ne sont pas encore suffisants et devront se poursuivre dans les prochaines années.

Article 42 - La mission prévention des addictions des CSAPA

L'article 42 inscrit la **prévention des addictions comme une mission obligatoire des centres de soins, d'accompagnement et de prévention en addictologie (CSAPA)**. Cette mesure est une reconnaissance de l'importance et de la spécificité de la mission de prévention des addictions, notamment en direction des publics jeunes. Elle conforte le continuum de réponses porté par les CSAPA sur les territoires : prévention, intervention précoce, réduction des risques et des dommages, soins

POINTS DE VIGILANCE

A ce jour, les ARS tardent à mettre en œuvre cette mesure.

L'élaboration des nouveaux projets régionaux de santé doit être un levier pour définir de véritables stratégies territoriales d'intervention précoce et de prévention, en recentrant leur mise en œuvre sur le dispositif des CSAPA qui porte règlementairement cette mission, en articulation et en partenariat avec les autres acteurs du territoire.

L'inscription dans la Loi de la mission obligatoire de prévention des addictions portée par le dispositif des CSAPA doit s'accompagner des financements pérennes, nécessaires à sa mise en œuvre effective.

Article 43 - Expérimentation des Salles de Consommation à Moindre Risque

Cet article prévoit, qu'à titre expérimental et pour une durée maximale de 6 ans, les **CAARUD désignés** par arrêté du ministre chargé de la santé, après avis du DG de l'ARS et en concertation avec le maire de la commune concernée, **peuvent ouvrir, dans des locaux distincts de ceux habituellement utilisés, une salle de consommation à moindre risque (SCMR)**.

Dans ces espaces, les personnes majeures usagères de substances psychoactives seront autorisées à détenir les produits destinés à leur consommation personnelle et à les consommer sur place, sous la supervision d'une équipe pluridisciplinaire comprenant des professionnels de santé et du secteur médico-social, également chargée de faciliter leur accès aux soins.

L'article précise que la personne qui détient pour son seul usage personnel et consomme des stupéfiants à l'intérieur d'une SCMR ne peut être poursuivie pour usage illicite et détention illicite de stupéfiants.

Il indique également que les professionnels intervenant à l'intérieur de la salle de consommation ne peuvent être poursuivis pour complicité d'usage illicite de stupéfiants et pour facilitation de l'usage illicite de stupéfiants.

L'arrêté du 22 mars 2016 définit le cahier des charges national relatif à cette expérimentation.

POINTS DE VIGILANCE

La Fédération Addiction se félicite de l'adoption de cet article permettant enfin l'expérimentation de SCMR sur notre territoire. Celles-ci viennent renforcer la palette de réponses déjà proposées en matière de réduction des risques et des dommages.

Nous devons cependant rester attentifs à ce que d'autres réponses, complémentaires, puissent être expérimentées et proposées aux usagers de nos dispositifs, en particulier celles prévues à l'article 41 de la Loi.

Article 44 - Repérage des conduites addictives en début d'incarcération

L'article 44 institut, **en début d'incarcération, l'obligation de réaliser un bilan de santé relatif à la consommation de produits stupéfiants, de médicaments psychotropes, d'alcool et de tabac.**

POINTS DE VIGILANCE

Un projet visant à accompagner le déploiement de cette mesure est actuellement mené par la Fédération Addiction, en partenariat avec l'APSEP et ASPMP, et avec le soutien de la Direction de l'administration pénitentiaire (DAP), la Direction Générale de la Santé (DGS) et la Mission Interministérielle de Lutte contre les Drogues et les Conduites Addictives (MILDECA).

Article 64 - Les équipes de soins primaires, pour une coordination locale des acteurs de 1er recours

L'article 64 définit l'équipe de soins primaires comme un **ensemble de professionnels de santé constitué autour de médecins généralistes de premier recours**, choisissant d'assurer leurs activités de soins de premier recours sur la base **d'un projet de santé** qu'ils élaborent.

L'objet de cette équipe est de **mieux coordonner l'offre de 1^{er} recours**. Elle a pour objectif d'assurer une **meilleure coordination des acteurs, la prévention, l'amélioration et la protection de l'état de santé de la population, ainsi que la réduction des inégalités sociales et territoriales de santé**.

Ce niveau de coordination est **strictement local**, il fait appel uniquement à l'offre de premier recours en recentrant explicitement l'organisation de la mission sur la médecine de ville. **Elle peut prendre la forme d'un centre de santé ou d'une maison de santé**. Pour rappel, les centres de santé sont principalement portés par des structures à but non lucratif (mutuelles, associations).

POINTS DE VIGILANCE

Ce niveau de coordination n'intègre pas l'offre médico-sociale. Il est donc important qu'au niveau local ces équipes de soin primaire puissent identifier facilement l'ensemble des ressources disponibles (LAM, ACT, LHSS CSAPA, CAARUD, consultations hospitalières spécialisées...).

Pour se faire, en plus de leur participation aux communautés professionnelles territoriales de santé, ces équipes pourront s'appuyer sur les nouvelles plateformes territoriales d'appui aux parcours de santé complexes prévue par la Loi (voir ci-dessous).

Article 65 - Les communautés professionnelles territoriales de santé et les contrats territoriaux de santé

Les communautés professionnelles territoriales de santé (CPTS)

Cet article crée **une nouvelle forme de coordination territorialisée**, la communauté professionnelle territoriale de santé. Celle-ci intègre dans sa gouvernance les équipes de soins primaires précédemment citées, les établissements sociaux et médico-sociaux, et les autres acteurs de santé impliqués dans le PRS.

Cette CPTS répond à un double besoin :

- ✓ **Décliner localement le Projet Régional de Santé** à partir d'un projet de santé qui lui est propre
- ✓ **Renforcer la coordination et l'adhésion des acteurs de santé** pour organiser des parcours de santé

Les communautés professionnelles territoriales de santé



Bien que **l'initiative de constituer une CPTS relève** en première intention **de la volonté des acteurs locaux**, l'absence de mobilisation sera prise en compte par **l'ARS qui pourra constituer ces nouvelles communautés**.

Les membres de la communauté professionnelle territoriale de santé doivent **formaliser un projet de santé**, qu'ils transmettent à l'ARS et dans lequel est **précisé le territoire d'action de la CPTS**.

La CPTS peut bénéficier de l'appui des plateformes territoriales d'appui aux parcours de santé complexes (PTA).

POINTS DE VIGILANCE

Les CPTS constituent un espace important de **coordination** mais aussi de **planification et de formalisation** de la politique locale de santé. Pour nos adhérents, il est important de **veiller à ce que les thématiques addictions et maladies chroniques soient bien identifiées et prises en compte**.

La création des contrats territoriaux de santé (CTS), un outil de formalisation au service de la coordination

Sur la base d'un **diagnostic territorial et des projets de santé qu'elles ont élaboré**, les équipes de soins primaires et les CPTS peuvent conclure avec l'ARS un contrat territorial de santé (CTS).

Ce CTS définit :

- les **actions** assurées par ses signataires, leurs missions et leurs engagements,
- les **moyens** qu'ils y consacrent
- les **financements alloués**, notamment sur la base du FIR
- les **modalités de suivi et d'évaluation**

POINTS DE VIGILANCE

Les CTS formalisent au niveau local les activités déployées par les acteurs de santé et les ressources financières mobilisables pour les mettre en oeuvre. Pour nos adhérents, il est important de **veiller à ce que leurs activités soient bien identifiées et intégrées dans ces CTS**.

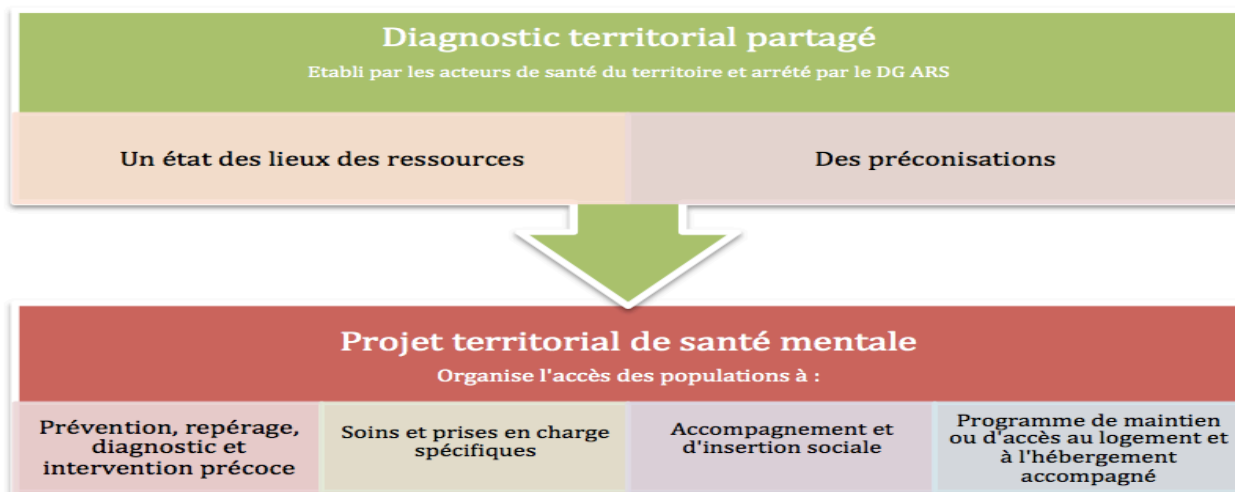
Article 69 - La politique régionale de santé mentale

Cet article **redéfinit la politique régionale de santé mentale** en y intégrant les actions de prévention, de diagnostic, de soins, de réadaptation et d'insertion sociale. Il rappelle que **cette politique est mise en œuvre par de multiples acteurs**, dont les médecins libéraux et les acteurs sociaux et médico-sociaux.

Cette politique de santé mentale s'appuie sur :

- **un diagnostic territorial partagé** en santé mentale, élaboré par les acteurs de santé du territoire. Il comprend un état des lieux des ressources disponibles et identifie les insuffisances dans l'offre de prévention et de services sanitaires, sociaux et médico-sociaux ainsi que les difficultés d'accès, de coordination et de continuité de l'offre. Il émet des préconisations pour y remédier
- **un projet territorial de santé mentale** élaboré par l'ensemble des acteurs du territoire intervenant dans ce champ. Il vise à :
 - améliorer l'accès des personnes à des parcours de santé et de vie sécurisés et sans rupture.
 - organiser la coordination territoriale de second niveau
 - définir les actions à entreprendre afin de répondre aux besoins identifiés par le diagnostic territorial partagé
 - organiser les conditions d'accès de la population à l'offre de services (de la prévention aux soins)

La politique territoriale de santé mentale



Le projet territorial en santé mentale prévoit notamment un **programme relatif au maintien dans le logement et d'accès au logement et à l'hébergement accompagné** pour les personnes en souffrance psychique qui en ont besoin.

L'article prévoit également qu'un **contrat territorial de santé mentale** peut être conclu entre l'ARS et les acteurs du territoire participant à la mise en œuvre de ces actions. Il définit les missions et engagements des signataires, les moyens qu'ils y consacrent et les modalités de financement, de suivi et d'évaluation. Ces actions peuvent être déclinées au sein de **conseils locaux de santé mentale**.

L'article prévoit également, pour les établissements publics hospitaliers signataires d'un même contrat territorial de santé mentale, la possibilité de créer des communautés psychiatriques de territoire entre établissements.

POINTS DE VIGILANCE

Les établissements fédérés au sein de nos deux réseaux doivent veiller à :

- être effectivement **associés à l'élaboration du diagnostic territorial partagé** et que ce dernier prenne effectivement en compte les différentes problématiques rencontrées par les publics qu'ils accueillent
- ce que le **programme territorial de santé mentale** issu de ce diagnostic **propose effectivement des réponses adaptées aux enjeux territoriaux identifiés**, en s'appuyant sur l'ensemble des acteurs impliqués (sanitaire, sociaux, médicosociaux...). Les **comorbidités psychiatriques doivent être mieux repérées et prises en charge** de manière complémentaire et articulée entre les dispositifs spécialisés en addictologie et du champ de la santé mentale
- que les personnes en situation d'addiction et/ou de maladies chroniques puissent bénéficier du **programme relatif au maintien dans le logement et d'accès au logement et à l'hébergement accompagné**

Article 74 - Les plateformes territoriales d'appui à la coordination des parcours de santé complexes

L'article 74 prévoit la mise en place de **fonctions d'appui aux professionnels pour la coordination des parcours de santé complexes (PTA)**.

L'article précise que le **parcours de santé est dit complexe lorsque l'état de santé, le handicap ou la situation sociale du patient rend nécessaire l'intervention de plusieurs catégories de professionnels de santé, sociaux ou médico-sociaux**.

Le recours aux fonctions d'appui est **déclenché par le médecin traitant** ou un médecin en lien avec ce dernier.

Pour assurer l'organisation de ces fonctions d'appui, l'ARS peut constituer, par convention avec un ou plusieurs acteurs de santé, une ou plusieurs **plateformes territoriales d'appui à la coordination des parcours de santé complexes**.

Ces plateformes proposent 3 types de services :

- **l'information et l'orientation des professionnels vers les ressources sanitaires, sociales et médico-sociales** de leurs territoires
- **l'appui à l'organisation des parcours complexes**, dont l'organisation des admissions en établissement et des sorties. En cela, la plateforme **apporte une aide pour coordonner les interventions des professionnels sanitaires, sociaux et médico-sociaux autour du patient**.
- **le soutien aux pratiques et aux initiatives professionnelles** en matière d'organisation et de sécurité des parcours, d'accès aux soins et de coordination.

Le décret du 4 juillet précise les modalités de mise en œuvre de ces plateformes.

POINTS DE VIGILANCE

Nous devons rester vigilants à ce que ces nouvelles PTA :

- **identifient bien toutes les ressources territoriales mobilisables et leurs champs d'intervention respectifs**, tant sur la thématique addiction (CSAPA, CAARUD, CJC, réseaux de santé addictions, microstructures, consultations hospitalières, CT, CTR...) que sur celles des maladies chroniques (ACT, LHSS, LAM...).
- **s'appuient sur les dispositifs thématiques déjà présents sur les territoires** (réseaux de santé addiction...)

Article 83 - Généralisation du tiers payant

Cet article pose les bases de la généralisation du tiers payant. Cette modalité de tarification permettra aux usagers de nos dispositifs d'être dispensés de l'avance des frais lors des consultations chez les professionnels libéraux.

Cette mesure sera appliquée progressivement à compter :

- du 1^{er} juillet 2016 pour les personnes atteintes par une pathologie chronique et en ALD et les femmes enceintes sur la base du volontariat et à compter du 31 décembre 2016 de façon obligatoire
- du 1^{er} janvier 2017 pour l'ensemble des patients, uniquement sur la partie assurance maladie obligatoire et sur la base du volontariat
- du 30 novembre 2017 pour tous et de façon obligatoire

Le décret du 03 août 2016 précise aux professionnels de santé les garanties et délais de paiement en cas de pratique du tiers payant.

POINTS DE VIGILANCE

Pour bénéficier du tiers payant, il est essentiel que la **personne dispose d'une carte vitale et s'inscrive dans un parcours de soins coordonnés** tel que défini par la réforme de l'assurance maladie de 2004.

Le terme tiers payant peut entraîner des confusions car en l'espèce il **s'agit uniquement d'un remboursement de la partie « assurance maladie » pas de celle des organismes complémentaires (mutuelles)**.

Article 85 - Le signalement des refus de soins confié aux ordres nationaux

Cet article pose de nouvelles bases de la prise en compte des refus de soins, en confiant cette mission aux ordres nationaux des médecins, chirurgiens et sages-femmes.

Ces derniers sont à présent chargés, avec l'appui d'associations de patients agréées, d'évaluer l'application du principe de non-discrimination dans l'accès à la prévention et aux soins.

Les Ordres devront mesurer l'importance et la nature des pratiques de refus de soins par les moyens qu'ils jugent appropriés.

Le décret n° 2016-1009 du 21/07/2016 précise les modalités d'évaluation des pratiques de refus de soins.

POINTS DE VIGILANCE

Bien que cet article écarte les associations ne disposant pas d'un agrément de représentativité des usagers de santé, **nos deux fédérations incitent leurs adhérents à notifier aux organismes locaux d'assurance maladie (CPAM, caisses RSI, MSA...) les refus de soins constatés.**

Article 88 - Rendre visible l'offre disponible sur les territoires et mieux informer sur les produits de santé

Cet article prévoit la création d'un **service public chargé de la diffusion** gratuite, et la plus large possible, **des informations relatives à la santé et aux produits de santé**, notamment à l'offre sanitaire, médico-sociale et sociale auprès du public

Ce service sera placé sous l'autorité du ministre en charge de la santé, avec le concours des Caisses Nationales d'Assurance Maladie, de la Caisse Nationale de Solidarité pour l'Autonomie, des agences et des autorités compétentes dans le champ de la santé publique et des agences régionales de santé.

POINTS DE VIGILANCE

Nos deux fédérations veilleront à ce que l'offre en santé proposée par les **établissements et services adhérents soit bien identifiée et valorisée dans cette plateforme**, ceci afin d'accroître la visibilité et la reconnaissance des actions proposées.

Article 89 - Le plan d'accompagnement global, un outil aux mains des Maisons Départementales des Personnes Handicapées

Face aux constats trop nombreux de ruptures de parcours induites par des orientations inappropriées et des indisponibilités d'équipement, le législateur a créé un nouvel outil, **le plan d'accompagnement global (PAG)**.

Ce PAG est une composante du plan personnalisé de compensation (PPC).

Il est **élaboré par l'équipe pluridisciplinaire de la Maison Départementale des Personnes Handicapées (MDPH)** avec l'accord de la personne concernée.

Il a pour but **d'identifier les établissements et services pouvant accompagner la personne en situation de handicap** et il précise **la nature et la fréquence des accompagnements** d'une manière opérationnelle.

Le PAG désigne nommément **un référent de parcours**.

Pour initier ou réviser le PAG, le Directeur de la MDPH peut convoquer un groupe opérationnel de synthèse réunissant les établissements et services et les professionnels qui concourent à l'accompagnement. Le PAG est soumis en dernier lieu à la commission des droits et de l'autonomie (CDAPH) de la MDPH.

Article 90 - La médiation sanitaire et l'interprétariat linguistique, enfin reconnus !

Cet article conforte les missions de médiation sanitaire et d'interprétariat linguistique. Il précise que ces missions visent à améliorer l'accès aux droits, à la prévention et aux soins des personnes éloignées des systèmes de prévention et de soins, en prenant en compte leurs spécificités.

Des référentiels de compétences, de formation et de bonnes pratiques définissant et encadrant les modalités d'intervention des acteurs et leur place dans le parcours de soins des personnes concernées seront définis par décret. Ils préciseront également les conditions d'inclusion des personnes concernées pour ces accompagnements.

La Haute autorité de santé (HAS) aura pour mission de répondre aux exigences de qualité de ces référentiels.

Un décret à paraître précisera les conditions d'application de cet article.

Article 92 - Des projets pilotes « autonomie » seront expérimentés

Cet article vise à **expérimenter, dans le cadre de projets pilotes, et pendant une durée de cinq ans, des projets d'accompagnement sanitaire, social et administratif des personnes atteintes de maladies chroniques ou étant particulièrement exposées au risque** d'une telle maladie ainsi que des personnes handicapées. Il s'agit notamment de dispenser des informations, des conseils, des soutiens et des formations qui favorisent et facilitent le retour aux droits et à l'autonomie.

L'arrêté du 17 mars 2016 fixe le cahier des charges de ces projets expérimentaux.

Il précise notamment les catégories d'acteurs pouvant porter ces projets expérimentaux :

- les associations d'usagers ;
- les associations et organismes de promotion de la santé et d'éducation pour la santé ;
- les structures ou équipes sanitaires et médico-sociales (établissements, professionnels de santé, équipes de soins primaires, communautés professionnelles territoriales de santé ...), en s'appuyant prioritairement sur des professionnels formés à l'éducation thérapeutique ou œuvrant sur les déterminants de santé ;
- les assureurs obligatoires et complémentaires ;
- les collectivités territoriales.

Les CAARUD sont exclus de cet appel à projet. En effet, selon les pouvoirs publics, ce type d'accompagnement fait d'ores déjà partie intégrante de leurs missions.

L'arrêté précise « *qu'une attention devra être portée à ce que les projets soient portés par des associations de patients et d'usagers en santé, de préférence agréées* ».

[Un appel à projet national](#), lancé en juin dernier, a permis aux ARS de sélectionner les projets retenus, après une vérification des critères d'éligibilité.

Article 95 - La lettre de liaison, à présent opposable !

Cet article pose la base législative de la lettre de liaison. Ainsi, le praticien qui adresse un patient vers un établissement de santé doit accompagner sa demande d'une lettre de liaison synthétisant les informations nécessaires à la prise en charge du patient. A sa sortie, le patient, ainsi que son médecin traitant et le praticien qui l'a adressé à l'établissement de santé, sont synthétiquement destinataires d'une lettre de liaison comportant les éléments utiles à la continuité des soins.

Le décret n° 2016-995 du 20/07/2016 **précise les conditions de mise en oeuvre de cette lettre de liaison (opposable à partir du 1^{er} janvier 2017)** ainsi que les éléments obligatoirement contenus dans cette lettre :

→ **Lorsque le praticien adresse un patient à un établissement de santé**, il doit préciser :

- synthèse des informations nécessaires à la prise en charge du patient
- motifs de la demande d'hospitalisation
- traitements en cours
- allergies connues

Cette lettre est adressée par messagerie sécurisée ou par tout moyen garantissant la confidentialité des informations. Elle est également versée au dossier médical partagé du patient.

→ **Lors de la sortie, l'établissement de santé remet une lettre de liaison au patient**. Elle est également transmise le même jour, par messagerie sécurisée ou par tout moyen garantissant la confidentialité des informations, **au médecin traitant et au praticien qui a adressé le patient**. Cette lettre de liaison contient les éléments suivants :

- Identification du patient, du médecin traitant, et du praticien « adresseur »,
- identification du médecin de l'établissement de santé qui a assuré la prise en charge
- motifs, dates et modalités d'entrée et de sortie d'hospitalisation
- synthèse médicale du séjour
- identification de micro-organismes multirésistants ou émergents, l'administration de produits sanguins ou dérivés du sang, la pose d'un dispositif médical implantable
- traitements prescrits à la sortie de l'établissement et ceux arrêtés durant le séjour et le motif d'arrêt ou de remplacement
- annonce d'éventuels résultats d'examens ou informations qui compléteront cette lettre de liaison
- suites à donner, le cas échéant, y compris d'ordre médico-social, tels que les actes prévus et à programmer, recommandations et surveillances particulières.

POINTS DE VIGILANCE

Il est essentiel que **l'accompagnement médico-social et les traitements existants soient bien précisés** dans cette lettre de liaison, en amont de l'hospitalisation.

Inversement, **au moment de la sortie, il est important que l'accompagnement médico-social souhaité soit expressément cité dans la lettre remise au patient**, à son médecin traitant et, le cas échéant, au praticien que l'a orienté vers l'établissement de santé.

Article 96 - Le secret médical partagé et le dossier médical partagé

Le secret médical partagé

Cet article redéfinit le champ du secret professionnel qui s'applique aux professionnels de santé ainsi qu'aux établissements des secteurs sanitaire, social et médico-social.

L'article précise qu'un **professionnel peut échanger avec d'autres professionnels des informations relatives à une même personne prise en charge, à condition** qu'ils participent **tous à sa prise en charge et que ces informations soient strictement nécessaires** à la coordination ou à la continuité des soins, à la prévention ou au suivi médico-social et social.

- Lorsque ces professionnels **appartiennent à la même équipe de soins, les informations transmises par le patient sont réputées confiées à l'ensemble de l'équipe**. Cependant, la loi rappelle que **toutes les informations ne sont pas pour autant partageables entre plusieurs professionnels au seul prétexte qu'ils font partie de la même équipe de soins**.
- Dans le cas d'un partage **entre des professionnels ne faisant pas partie de la même équipe de soins, le partage d'informations requiert le consentement préalable de la personne**.
- Dans tous les cas, **la personne doit être dument informée de son droit d'exercer une opposition à l'échange et au partage d'informations la concernant**. Elle peut exercer ce droit à tout moment.

Les décrets n°2016-994 et n°2016-996 du 20 juillet 2016 précisent les conditions d'échange et de partage d'informations entre professionnels de santé et autres professionnels des champs social et médico-social ainsi que les conditions d'accès aux informations de santé à caractère personnel. Ils fixent notamment **la liste des professionnels susceptibles d'échanger ou de partager des informations relatives à une même personne** prise en charge ainsi que **les particularités liées aux personnes mineures**.

Le décret n° 2016-1349 du 10/10/2016 précise quant à lui les modalités de recueil du consentement préalable au partage, entre des professionnels ne faisant pas partie de la même équipe de soins, d'informations nécessaires à la prise en charge d'une personne.

POINTS DE VIGILANCE

La mise en œuvre de cet article nécessite de repréciser, au sein de chaque établissement, des process garantissant le secret des informations communiquées par les personnes accompagnées (recherche de consentement, procédures de partage de l'information, systèmes d'information adaptés...).

Le dossier médical partagé (DMP)

L'article 96 transforme le dossier médical personnel en **dossier médical partagé (DMP)**. Sa conception, sa mise en œuvre et **sa gestion sont confiées à la Caisse nationale d'assurance maladie**.

Le DMP vise à favoriser la prévention, la coordination, la qualité et la continuité des soins des patients.

Chaque professionnel de santé doit **inscrire dans le DMP** :

- l'ensemble des **éléments diagnostiques et thérapeutiques** nécessaires à la coordination des soins
- les principaux **éléments résumés relatifs au séjour dans un établissement de santé**
- **une synthèse annuelle** rédigée par le médecin traitant
- les **données nécessaires à la coordination des soins issues des procédures de remboursement ou de prise en charge** sont également inscrites dans le DMP.

Ces informations doivent être versées dans le DMP le jour de la consultation, de l'examen ou de son résultat, à l'origine de leur production et au plus tard le jour de la sortie du patient après une hospitalisation.

Le DMP est créé pour **l'ensemble des bénéficiaires de l'assurance maladie**, sous réserve du consentement exprès de la personne ou de son représentant légal.

Le patient dispose d'un accès direct, par voie électronique, au contenu de son dossier.

- ✓ Il peut consulter la liste des professionnels qui ont accès à son dossier médical partagé et la modifier à tout moment.
- ✓ Il peut prendre connaissance des traces d'accès à son dossier.
- ✓ Il peut rendre inaccessible certaines informations;

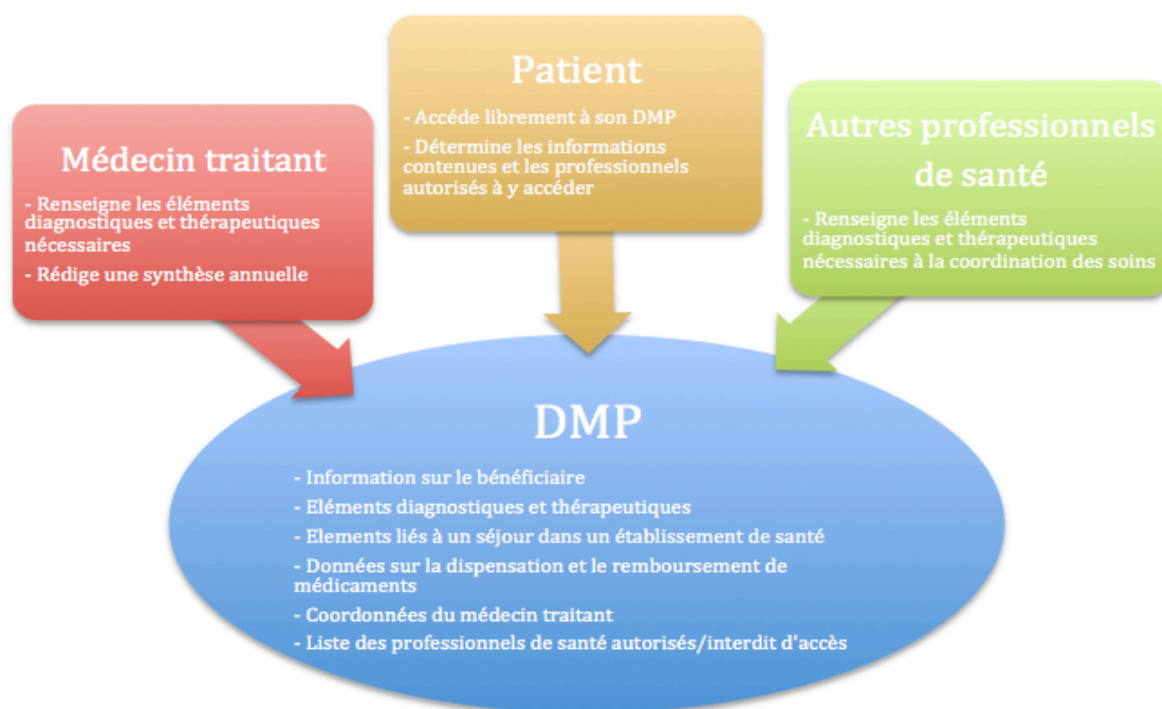
Cependant, **le médecin traitant dispose d'un droit lui permettant d'accéder, par dérogation à l'ensemble des informations** contenues dans ce dossier.

Le décret n°2016-914 du 4 juillet 2016 relatif au dossier médical partagé précise :

- les modalités de création et de clôture du DMP
- les conditions de recueil du consentement du titulaire (par tout moyen, y compris de façon dématérialisée),
- les éléments d'information contenus dans le DMP.
- les conditions d'accès en lecture et d'alimentation du dossier par les différents acteurs de la prise en charge des patients (consultation par voie électronique depuis un site internet ou via des logiciels respectant les référentiels d'interopérabilité et de sécurité)
- les conditions dans lesquelles certaines informations peuvent être rendues inaccessibles.
- le rôle et le champ d'intervention de la CNAMTS

Le décret indique par ailleurs que **le dossier médical partagé ne se substitue pas au dossier que tient chaque établissement de santé ou chaque professionnel de santé**, quel que soit son mode d'exercice, dans le cadre de la prise en charge d'un patient.

Le dossier médical partagé (DMP)



POINTS DE VIGILANCE

Il est important que les professionnels **informent les usagers accueillis sur ce nouveau DMP, son fonctionnement ainsi que leurs droits** (acceptation ou refus de la création du dossier, accessibilité et maîtrise des informations contenues ainsi des professionnels autorisés à le consulter...).

Article 99 - Le rétablissement du service public hospitalier

Cet article **ré-introduit pour les établissements de santé publics et privés à but non lucratif (ESPIC) le service public hospitalier (SPH)**. Ces établissements doivent respecter l'ensemble des obligations inhérentes au SPH dans toutes leurs activités.

Ils ont notamment pour obligation **le diagnostic, la surveillance, le traitement des maladies, des blessés et des femmes enceintes**. Ils doivent également **mener des actions de prévention et d'éducation à la santé**.

Les établissements participant au SPH mettent en place au regard du PRS **des consultations PASS** (permanence d'accès aux soins de santé).

Le directeur général de l'ARS peut solliciter tout établissement de santé en vue d'assurer la permanence de soins.

Un décret en Conseil d'Etat précise les critères objectifs qui président à la délivrance des autorisations afin que le statut des établissements ne soit pas déterminant.

Article 100 - Les maisons d'accueil hospitalières dans le code de la santé publique

Les maisons d'accueil hospitalières existaient depuis près d'un demi-siècle sans base législative. A proximité des hôpitaux, ces structures d'hébergement pour les personnes malades hospitalisées en ambulatoire ou pour les proches des personnes hospitalisées répondent à une demande croissante d'hébergement pour les personnes en situation de précarité. A présent reconnu dans le code de la santé publique, ces établissements devront suivre un cahier des charges national qui sera précisé par décret. Sous l'égide du Directeur général de l'agence régionale de santé ces structures disposent à présent d'un cadre fonctionnement souple leur permettant de se déployer sur l'ensemble du territoire national. Regrettons que les modalités de tarification ne soient pas précisées à travers cette loi.

Article 107 - Les Groupements hospitaliers de territoires

Cet article prévoit la création d'un nouveau mode de coopération entre les établissements publics de santé à l'échelle d'un territoire : les Groupements hospitaliers de territoires (GHT).

Ils se substituent aux communautés hospitalières de territoires existantes.

L'objectif de ces GHT est :

- ✓ de **rationaliser les modes de gestion** par une mise en commun de fonctions ou par des transferts d'activités entre établissements ;
- ✓ de **renforcer la coopération entre les établissements publics** de santé ;
- ✓ d'assurer **une meilleure prise en charge du patient** et une égalité territoriale d'accès à des soins sécurisés et de qualité.

Les **GHT ne sont pas dotés de la personnalité morale**. Leurs membres signent une convention constitutive, conclue pour une **durée de 10 ans**. Elle comprend :

- ✓ **Un volet relatif aux modalités d'organisation et de fonctionnement du GHT ;**
- ✓ **Un volet relatif au projet médical partagé (PMP).**

La convention constitutive définit également l'**établissement support** chargé d'exercer certaines activités pour le compte des autres membres du GHT (fonctions administratives, d'achats, techniques, logistiques, juridiques, de formation initiale et continue...). Il s'agit là d'une fonction stratégique.

Le projet médical partagé est l'élément central sur lequel repose le groupement. Elaboré pour une période maximale de 5 ans, il définit :

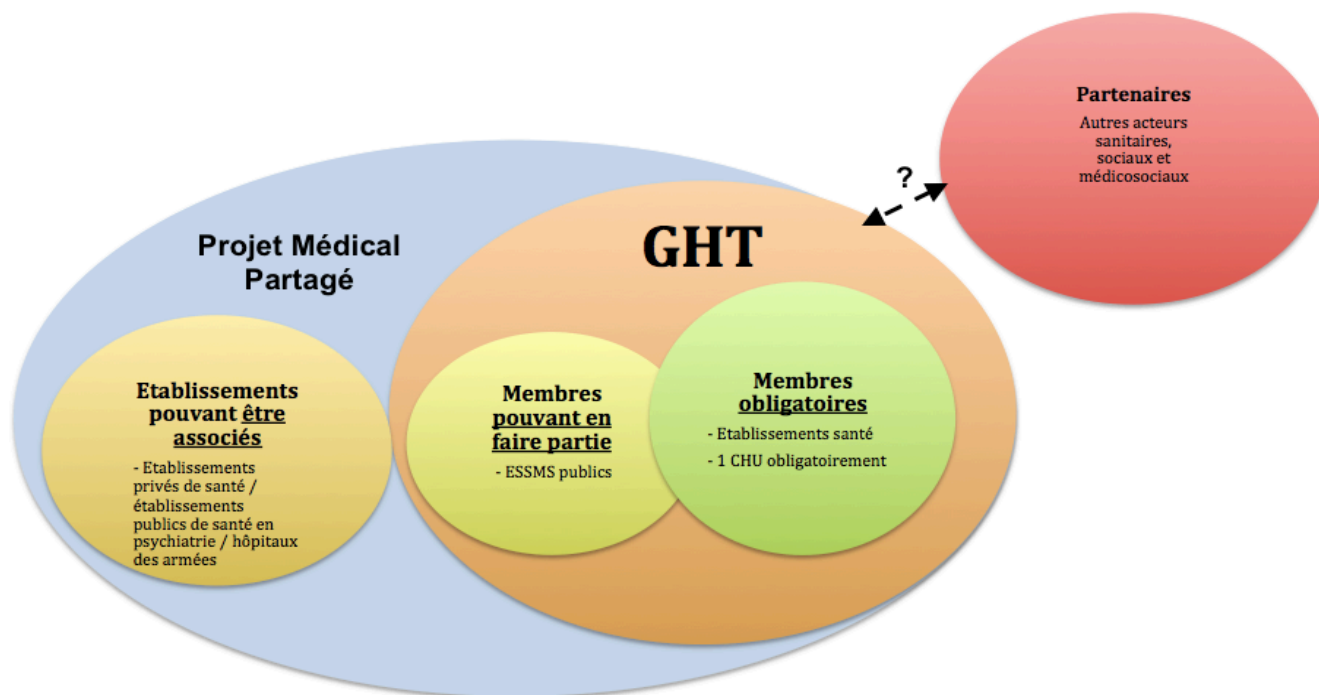
- **les objectifs médicaux** et les objectifs en matière d'amélioration de la qualité et de la sécurité des soins ;
- l'organisation **par filière d'une offre de soins graduée ainsi que sa déclinaison par établissement** (activités de consultations, activités ambulatoires, d'hospitalisation, plateaux techniques ; urgences et soins non programmés ; activités d'hospitalisation à domicile ; de prise en charge médico-sociale ; biologie et imagerie médicale...) ;
- **la répartition des emplois médicaux et pharmaceutiques ;**
- **les modalités de suivi de sa mise en œuvre et de son évaluation.**

Les équipes médicales concernées participent à la rédaction du PMP. Celui-ci est soumis pour avis au collège ou à la commission médicale de groupement.

Tous les **établissements publics de santé**, sauf dérogation, ont l'**obligation d'adhérer** à un GHT.

Les établissements et services sociaux et médicosociaux (ESSMS) publics peuvent **décider d'adhérer** à un GHT.

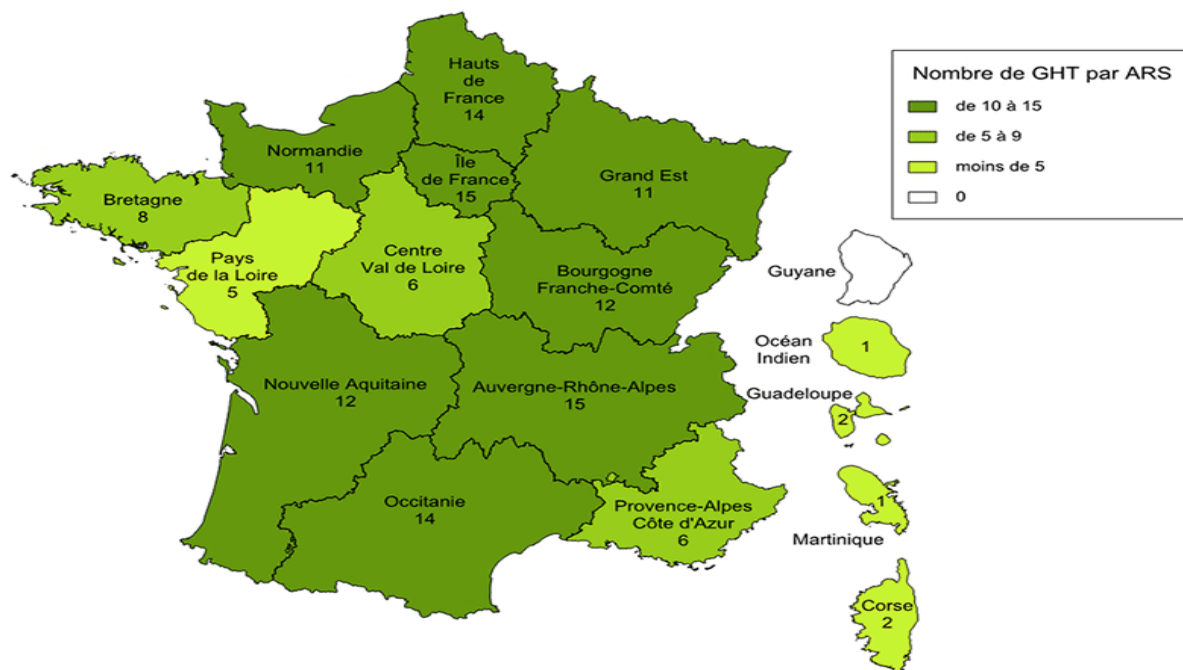
Enfin, **certains établissements de santé** peuvent **être associés** au projet médical partagé d'un GHT, sans pour autant en devenir membres.



Le décret n° 2016-524 du 27/04/2016 pose les conditions de déploiement des GHT. Le calendrier est très contraint :

- ✓ 1 juillet 2016 : arrêt du périmètre des GHT et envoi des conventions constitutives aux ARS
- ✓ 1 janvier 2017 : arrêt des objectifs médicaux et de l'organisation par filière de l'offre de soins graduée
- ✓ 1 juillet 2017 finalisation du projet médical partagé

Les GHT en région



POINTS DE VIGILANCE

La mise en place des GHT soulève **beaucoup d'interrogations et d'inquiétudes** chez les acteurs de santé.

Malgré la forte mobilisation de nos fédérations **nous regrettons que ni la Loi, ni le décret du 27 avril ne fasse obligation aux GHT :**

- de **s'appuyer sur les grandes priorités de santé définies collectivement au niveau régional et territorial** pour élaborer leur projet médical partagé (PRS et projets de santé établis par les CPTS notamment)
- **d'associer les acteurs de santé du territoire** dans les travaux d'élaboration du PMP
- **de prendre en compte et de s'articuler avec l'offre de santé déjà présente sur les territoires**, qu'elle soit médicosociale, sociale ou libérale

Les filières thématiques qui se formalisent dans des GHT ne peuvent répondre seules à la diversité des problématiques et des besoins. Elles doivent donc s'inscrire dans une offre de santé globale et s'articuler avec les autres présents sur le territoire.

D'un point de vue pratique, le calendrier de mise en œuvre imposé aux GHT rend impossible toute tentative d'articulation entre les grandes priorités de santé définies dans les nouveaux PRS et celles des PMP (projet médical partagé finalisés au 1^{er} juillet 2017 – PRS finalisé fin 2017).

Nos deux Fédérations incitent leurs adhérents à **demeurer attentifs et vigilants** au déploiement des GHT sur leur territoire. En effet, si cette nouvelle forme de coopération **peut effectivement permettre de renforcer et compléter l'offre sanitaire sur les territoires**, elle peut aussi être **source de complexité et de difficultés (risque d'hospitalo-centrisme, absence d'articulation stratégique et opérationnelle, création et/ou redéploiement d'offres de soins venant se superposer aux offres d'acteurs de santé déjà présents sur le territoire).**

Article 158 - Le Projet Régional de Santé, territoires de santé, et Conseils Territoriaux de santé

Le Projet Régional de Santé

Cet article simplifie l'architecture du projet régional de santé (PRS) en remplaçant le plan stratégique régional de santé (PSRS) par un cadre d'orientation stratégique et en fusionnant les schémas prévention, offre de soins et médicosocial.

L'article rappelle également que le PRS définit, en cohérence avec la stratégie nationale de santé et dans le respect des lois de financement de la sécurité sociale, **les objectifs pluriannuels de l'agence régionale de santé** dans ses domaines de compétences, **ainsi que les mesures tendant à les atteindre, y compris en matière de prévention**, de promotion de la santé et d'accompagnement médico-social.

Ce qui change :

→ Le PRS est désormais constitué :

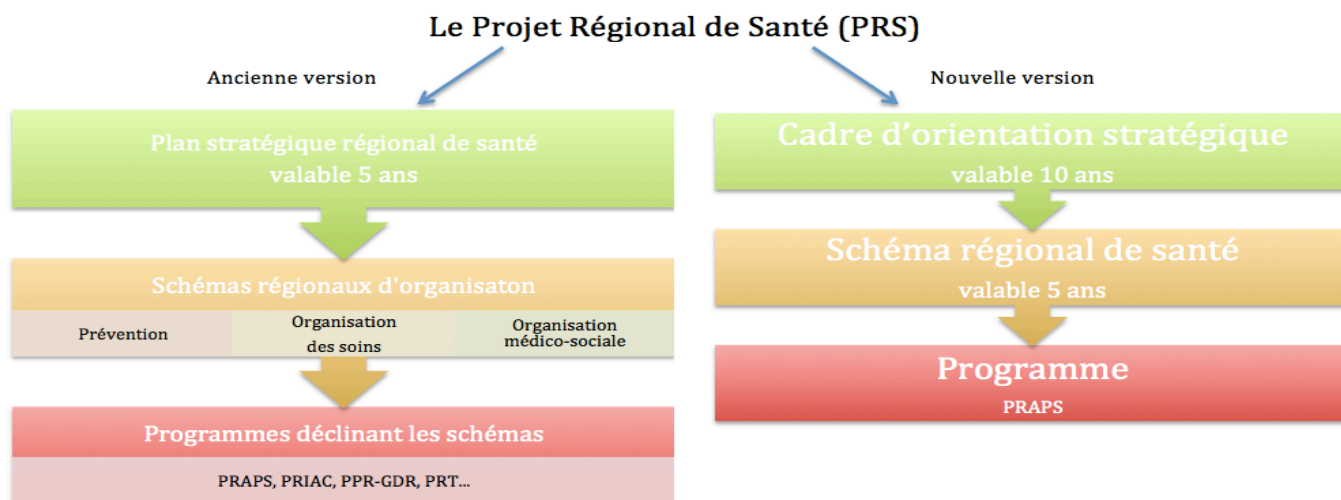
- **d'un cadre d'orientation stratégique**, qui détermine des objectifs généraux et les résultats attendus à 10 ans ;
- **d'un seul schéma régional de santé**, établi pour 5 ans, sur la base d'une évaluation des besoins sanitaires, sociaux et médico-sociaux. Il détermine des prévisions d'évolution et des objectifs opérationnels

- **Les programmes visant à décliner les trois anciens schémas sont supprimés** à l'exception du programme régional à la prévention et aux soins des personnes les plus démunies (PRAPS).

- Avec la mise en place des grandes régions (loi n° 2015-29 du 16 janvier 2015), le périmètre géographique et populationnel d'exercice de certains PRS est largement étendu.

Ce qui ne change pas :

- Malgré la fusion autour d'un document unique, les règles d'opposabilité ne restent pas les mêmes pour tous les acteurs ou offreurs de services. Ainsi, **le schéma régional de santé ne s'applique pas aux professionnels de santé libéraux, par contre il reste opposable aux établissements sociaux et médico-sociaux.**



Le décret n° 2016-1025 du 26/07/2016 précise le calendrier et les conditions de mise en œuvre du PRS. **Les PRS devront être publiés au plus tard le 31/12/2016.**

POINTS DE VIGILANCE

La simplification du PRS vise à favoriser une **approche moins cloisonnée et sectorielle**. Nous devons donc être attentifs à ce que cette transversalité soit une opportunité de :

- **rendre plus visible les problématiques d'addiction et les maladies chroniques**
- **co-construire des parcours de santé plus adaptés aux besoins et aux situations des personnes**
- **consolider une offre de santé diversifiée, cohérente et complémentaire**

Les objectifs définis dans le PRS en matière d'addiction et de maladies chroniques doivent tenir compte des moyens financiers disponibles et/ou mobilisables pour les mettre en œuvre.

Dans le cadre des travaux d'élaboration du PRS, la Fédération Addiction a rédigé, avec l'appui de ses Unions Régionales, **une contribution écrite**, transmise aux ARS.

Territoires et conseils territoriaux de santé (CTS)

L'article 158 prévoit également que l'ARS **délimite de nouveaux territoires de démocratie sanitaire à l'échelle infrarégionale**, de manière à couvrir l'intégralité du territoire de la région.

Par ailleurs, le Directeur Général de l'ARS constitue **un conseil territorial de santé (CTS) sur chacun de ces territoires**. Ces CTS se substituent aux actuelles conférences de territoire.

Ils sont composés de représentants des élus, des collectivités territoriales, des services départementaux de protection maternelle et infantile, et des différentes catégories d'acteurs du système de santé du territoire concerné.

Ils ont pour objectifs :

- de veiller à conserver **la spécificité des dispositifs** et des démarches locales de santé fondées sur **la participation des habitants**
- d'organiser, au sein d'une formation spécifique, **l'expression des usagers**, en intégrant celle des personnes en situation de pauvreté ou de précarité.
- de **participer à la réalisation du diagnostic territorial partagé** dont l'objet est d'identifier les besoins sanitaires, sociaux et médico-sociaux de la population concernée en s'appuyant sur des données d'observation
- de **contribuer à l'élaboration, à la mise en œuvre, au suivi et à l'évaluation du projet régional de santé**, en particulier sur les dispositions concernant **l'organisation des parcours de santé**

[Le décret n° 2016-1024 du 26/07/2016](#) fixe la composition de ces CTS. Il apparaît regrettable que le **secteur médico-social accueillant des personnes confrontées à des difficultés spécifiques (ACT, LAM, LHSS CSAPA, CAARUD,)** ne soient pas expressément cités aux côtés des champs afférents aux personnes âgées et aux personnes en situation de handicap.

Cette absence constitue **un frein à la prise en compte effective des problématiques addictives et de maladies chroniques dans ces instances**.

POINTS DE VIGILANCE

Malgré l'absence de sièges réservés aux établissements médicosociaux accueillant des personnes confrontées à des difficultés spécifiques, **il est important que nos adhérents se mobilisent et se positionnent dans ces nouvelles instances territoriales de démocratie en santé** au sein desquelles nous pouvons **faire entendre nos propositions** en matière d'addictologie et de maladies chroniques.



La Fédération Addiction constitue un réseau national représentatif de l'addictologie. Elle fédère 210 adhérents personnes morales- soit plus de 800 établissements - de dimension nationale, régionale ou locale et 400 adhérents personnes physiques. Ils interviennent dans le soin, la prévention, l'intervention précoce, l'accompagnement et la Réduction des

Risques et des Dommages dans une approche transdisciplinaire des addictions. Organisée en unions régionales, la Fédération Addiction propose à ses adhérents des espaces de réflexion et d'élaboration au plus près des contextes et des enjeux locaux. Elle travaille sur la base d'une démarche participative qui s'appuie sur les pratiques professionnelles de terrain qu'elle «transforme» et valorise en « expertise collective ».

www.federationaddiction.fr



La FNH-VIH et autres pathologies rassemble les associations gestionnaires d'hébergements médico-sociaux au service des personnes malades chroniques ou confrontés à des troubles spécifiques. Elle agit pour le développement d'une offre à but non lucratif permettant d'accompagner et de prévenir les conséquences de la maladie, de la précarité sociale et financière et de la perte de logement. Elle œuvre

pour que les associations adhérentes puissent répondre à leurs multiples sollicitations et apportent des réponses pluridisciplinaires qui s'inscrivent dans une perspective de retour aux droits et à l'autonomie.

www.fnh-vih.org

Loi de modernisation de notre système de santé

Comprendre et accompagner
les principaux changements