

LE PROGRAMME

PIRATE

Export réalisé le 11/02/2025

NOS IDÉES VOUS PLAISENT ? PIRATEZ-LES !



SOMMAIRE

Affaires sociales et santé	4
Application de la loi Handicap	5
Exposé des motifs	5
Description	7
Création de « mairie mobile »	8
Exposé des motifs	8
Description	8
Droit à mourir dans la dignité	9
Exposé des motifs	9
Description	9
Introduction	13
Le 1er mai devient la Journée Internationale des travailleurs et des travailleuses	14
Exposé des motifs	14
Description	14
Mesures d'urgence pour la santé et les hôpitaux	15
Exposé des motifs	15
Description	16
Politique de lutte contre les discriminations	18
Exposé des motifs	18
EXPOSÉ DES MOTIFS	18
Description	20

Proposition de loi en faveur de l'accompagnement à la santé sexuelle des personnes handicapées 22
Redonner du temps médical aux médecins 25
Supprimons les sanctions pénales pour la simple consommation de drogues 26
Exposé des motifs 26
Description 26
Un remboursement des protections hygiéniques pour mettre fin à la précarité menstruelle et établir une meilleure équité 28
Une meilleure prise en compte des personnes intersexes 30
Argumentaire 30
Proposition 30



AFFAIRES SOCIALES ET SANTÉ

APPLICATION DE LA LOI

HANDICAP

Société, Recherche, Institutions

Au programme depuis Octobre 2020

EXPOSÉ DES MOTIFS

Depuis des dizaines d'années, nous savons que l'idéal de l'article 1er de notre Constitution n'est pas une réalité pour de nombreux citoyens.

L'article premier dit :

La France est une République indivisible, laïque, démocratique et sociale. Elle assure l'égalité devant la loi de tous les citoyens sans distinction d'origine, de race ou de religion. Elle respecte toutes les croyances. Son organisation est décentralisée.

La loi favorise l'égal accès des femmes et des hommes aux mandats électoraux et fonctions électives, ainsi qu'aux responsabilités professionnelles et sociales.

En effet, de nombreux signaux nous indiquent que la France n'assure pas aujourd'hui l'égalité devant la loi et que notre société est traversée par de nombreuses discriminations. Des actions ont déjà été menées, mais nous ne sommes même pas au milieu du guet. Sans que de réelles actions soient mises en place, nous ne pourrions que constater, année après année, les dégâts que provoquera notre inaction à l'application du premier principe de notre Constitution.

DU SEXISME STRUCTUREL

Le sexisme repose sur l'idée que les femmes sont inférieures aux hommes. Cette croyance a traversé les siècles et les sociétés. Ces dernières années, de nombreuses avancées ont été réalisées, les femmes ont gagné de nombreux combats. Mais, si sur le plan du droit, les femmes sont l'égal des hommes, la réalité est tout autre.

En ce qui concerne le travail, 82 % des détentrices d'emplois à temps partiel sont des femmes (source : Eurostat – INSEE, 2013), ce qui représente une femme active sur trois (DARES, 2012). À temps de travail et fonction identique, une femme gagne en moyenne 18,5 % de moins qu'un homme (INSEE, 2015). Une femme active sur cinq indique avoir été confrontée à une situation de harcèlement sexuel au cours de sa vie professionnelle.

Le harcèlement est d'ailleurs encore très présent dans notre société, que ce soit dans la rue, dans les transports en commun ou à n'importe quel endroit de notre société. Il y a tellement d'exemples, tous les jours, qu'en citer ici est tout simplement impossible.

DU RACISME STRUCTUREL

Le défenseur des droits a publié en 2020 un rapport nommé « Discriminations et origines : l'urgence d'agir » qui a jeté un regard froid sur les discriminations issues du racisme. Les chiffres sont terribles.

En France métropolitaine, l'origine réelle ou supposée constitue le deuxième critère de discrimination après le sexe : 11 % des individus déclarent avoir vécu une ou des discrimination(s) en raison de l'origine ou de la couleur de peau au cours des cinq dernières années.

Après le sexisme, c'est la deuxième cause de discrimination en France. Que ce soit pour l'accès à l'emploi, au logement ou à l'éducation, les discriminations racistes sont présentes à chaque moment de la société. Un individu ayant un nom à consonance arabophone doit envoyer 1/3 de CV en plus pour décrocher le même nombre d'entretiens qu'un individu, dont le nom à une consonance francophone. Ce n'est pas beaucoup mieux dans le secteur public où les personnes d'origine immigrée ont presque 10 % de chances en moins d'être recrutées.

L'accès au logement étant complexe (entre 25 à 30 % de chances en moins d'obtenir un premier rendez-vous pour la location d'un logement privé), les immigrés et descendants d'immigrés se retrouvent dans les mêmes banlieues, les mêmes quartiers. Ils auront à subir alors les stéréotypes de ces quartiers.

Mais comme le sexisme, le racisme se vit comme une expérience quotidienne, dans la vie de tous les jours. Contrôles de police répétés, insultes, humiliations, méfiance par défaut.

DES DISCRIMINATIONS LIÉES AU HANDICAP ET À L'ÉTAT DE SANTÉ

Les discriminations liées au handicap ont donné lieu à une loi (11 février 2005, pour l'égalité des droits et des chances), mais là encore, beaucoup de mots et peu d'action.

L'accès à l'éducation est parfois complexe, surtout pour les enfants ayant un handicap mental. Les auxiliaires de vie scolaire ne sont pas ou peu formés, les classes d'intégration (CLIS/ULIS) sont souvent sous-équipées. Les Maisons du Handicap (MDPH) sont plus souvent perçues comme des établissements inefficaces, voire contre-productifs par les personnes en situation de handicap ou leurs familles.

Moins de 40 % des personnes en situation de handicap ont un emploi contre plus de 65 % pour les personnes valides. Seule une entreprise sur deux respecte la loi du 10 juillet 1987 sur la présence de personnes handicapées dans leur effectif.

Dans la vie de tous les jours, une loi avait fixé pour 2015 l'objectif de rendre les bâtiments publics accessibles. Humiliation de plus, le Parlement a repoussé de 3 à 9 ans les délais pour respecter la loi... jusqu'à la prochaine fois ?

DES DISCRIMINATIONS SUR L'ORIENTATION SEXUELLE

Homophobie, transphobie, les personnes LGBTQI+ souffrent au jour le jour de rejet, d'injure et de violence. Être agressé pour un baiser dans la rue, subir des pressions et du harcèlement de la part du corps médical semble être les premières discriminations auxquelles nous pouvons penser. Mais ces discriminations sont elles aussi présentes dans l'ensemble de la société, de l'école au monde du travail.

Comme l'a écrit en 2017 le défenseur des droits Jacques Toubon :

Défendre la non-discrimination des personnes LGBT, c'est défendre des valeurs universelles d'égalité et de dignité pour toutes et tous.

Agir contre les discriminations liées à l'orientation sexuelle

CONCLUSION

Après cette énumération éprouvante, conclure l'exposé de cette proposition ne sera pas simple. On remarque bien que les discriminations décrites ici sont transverses, présentes partout dans la société, que ce soit de manière larvée et discrète, mais aussi parfois de manière bien visible. Ne doutons pas que nous n'avons pas fait le tour, dans cette présentation, de l'ensemble des discriminations présentes dans notre société.

Pour corriger cela, nous avons besoin d'information précise pour permettre aux chercheurs et aux décideurs politiques d'agir, de ne pas nier le problème. Cela doit se faire de manière sérieuse, dans le respect strict des personnes et de leur vie privée.

Mais nous pouvons aussi agir. Sur le traitement des plaintes et l'application de sanctions contre les auteurs de discrimination.

DESCRIPTION

APPLICATION DE LA LOI HANDICAP

La loi du 11 février 2005 est simple, facilement compréhensible et ne donne pas lieu à une lecture alternative. Elle précise à son article 41 :

L'accessibilité est due à tous, et notamment aux personnes handicapées, quel que soit le type de handicap, physique, sensoriel, cognitif, mental ou psychique

Le Parti Pirate demande à ce que cette loi soit maintenant appliquée de manière stricte, 15 ans après sa promulgation et 5 ans après son application théorique. Il n'est plus question de négocier un nombre d'années quand des personnes sont tout simplement privées du droit de se déplacer.

CRÉATION DE « MAIRIE MOBILE »

Institutions, Communes

Au programme depuis Janvier 2020

EXPOSÉ DES MOTIFS

Les services administratifs d'une mairie sont un outil central pour de nombreuses démarches. Cependant, il est fréquent qu'en campagne, des personnes ne puissent avoir accès à ses services, que ce soit à cause de difficultés personnelles (personnes âgées, personnes en situation de handicap, en maladie) mais aussi de l'éloignement de plus en plus fréquent des bureaux.

Il est important de constater que loin d'améliorer cela, les « maisons de services » proposées par le gouvernement en 2019 risquent d'aggraver la situation en éloignant encore plus le centre de service de l'endroit où vivent les gens.

Il est aussi connu que si, pour de nombreuses personnes, le numérique peut résoudre en partie les problèmes liés à cette distance, la fracture numérique est encore bien présente et ne doit pas être ignorée dans la gestion d'une mairie.

DESCRIPTION

Le Parti Pirate propose que soit mis en place un système dit de « mairie mobile » permettant à une personne le nécessitant d'avoir, par un simple appel téléphonique, un rendez-vous à domicile avec une personne pouvant répondre à ses demandes (déposer un formulaire, faire le point sur un dossier en cours).

Dans le cadre de petite commune, il serait envisageable de mutualiser ce service pour le rendre disponible au plus de citoyens en ayant besoin.

DROIT À MOURIR DANS LA DIGNITÉ

Santé, Société

Au programme depuis Juin 2016

Statut : VOTÉ Date de Vote : AGD 2016

EXPOSÉ DES MOTIFS

Dans le cadre des libertés, il y a, en France, la liberté fondamentale à mourir selon sa conscience et ses conditions qui reste encore à « conquérir ». Nous devons avoir le choix, selon notre conscience, de pouvoir décider de notre propre mort à tout moment, ce qui dans un certain nombre de cas n'est pas possible sans la participation de tiers, qui sont aujourd'hui pénalement responsables.

DESCRIPTION

Le Parti Pirate soutient que chaque citoyen a le droit de mourir dans la dignité selon sa conscience, ses choix, ses termes, ses conditions, ou, dans le cas d'une incapacité constatée, à faire respecter les directives anticipées qu'il aurait confiées à un tiers.

À cet effet, le Parti Pirate soutient l'action de l'Association pour le Droit de Mourir dans la Dignité et reprend les modifications de la loi préconisées par celle-ci :

EXPOSÉ DES MOTIFS

Depuis des décennies, la prise de conscience, par une majorité de citoyens, des problèmes liés à la fin de vie en France a permis d'initier des débats et d'aboutir à la loi du 22 avril 2005 relative aux droits des malades et à la fin de vie.

Cependant, en 2011, on meurt toujours mal en France malgré cette loi qui, bien que consacrant une évolution positive concernant la place faite aux malades et aux mourants, et contrairement aux assertions de son auteur, est loin de régler toutes les situations.

Notre législation permet de « laisser mourir », alors que 94 % de la population interrogée (sondage IFOP – octobre 2010) approuve le recours à l'euthanasie.

Un rapport publié par The Economist classe la France, parmi 33 pays de l'OCDE étudiés, au 12^e rang des pays dans lesquels on meurt le mieux, derrière notamment les pays qui ont été les premiers à légaliser l'euthanasie (Pays-Bas et Belgique). Par ailleurs, selon l'étude MAHO (Mort à l'Hôpital) publiée en 2008, les soignants considèrent que seulement 35 % des décès s'y déroulent dans des conditions acceptables.

Selon l'ancien président de la Société de réanimation de langue française, ce sont 15 à 20 000 arrêts des soins qui sont pratiqués chaque année en France sur des patients en réanimation, conduisant à une mort certaine, sans avoir la connaissance de leur volonté.

Il est impensable que le législateur se satisfasse de pratiques qui sont de l'ordre de la « transgression », revendiquées par certains philosophes ou membres du corps médical.

Il convient donc, en réponse aux souhaits lucides et responsables de nos concitoyens, de modifier la loi *actuelle et d'autoriser dans le droit français, dans un cadre rigoureux et humain, l'euthanasie et le suicide assisté, dans le cas de pathologies avérées à tendances invalidantes telles qu'elles sont définies à l'article 1er de la présente proposition de loi.*

Mais nul ne peut se targuer de savoir par avance quelle sera réellement, lorsqu'il sera arrivé à la fin de sa vie, sa volonté ; c'est pourquoi la présente proposition de loi de légalisation de l'aide active à mourir inclut également, comme dans les pays du Benelux, un dispositif relatif à l'accès universel aux soins palliatifs, ce qui implique davantage de moyens et un maillage complet du territoire.

Chacun se verra ainsi reconnaître le droit d'aborder sa fin de vie dans le respect des principes de liberté, d'égalité et de fraternité qui fondent notre République.

ARTICLE 1ER

L'article L. 1110-9 du code de la santé publique est complété par un alinéa ainsi rédigé :

Toute personne majeure et capable, en phase avancée ou terminale, même en l'absence de diagnostic de décès à brève échéance, atteinte d'au moins une affection accidentelle ou pathologique avérée, grave, incurable et/ou à tendance invalidante et incurable, infligeant une souffrance physique ou psychique constante et inapaisable ou qu'elle juge insupportable, peut demander à bénéficier, dans les conditions strictes prévues au présent titre, d'une aide active à mourir ou d'un suicide assisté.

ARTICLE 2

Il est inséré, à la suite de l'article L. 1110-9 du même code, un article ainsi rédigé :

Article L. 1110-9-1 : Est réputée décédée de mort naturelle en ce qui concerne les contrats où elle est partie la personne dont la mort résulte d'une aide active à mourir ou d'un suicide assisté mis en œuvre selon les conditions et procédures prescrites par le code de santé publique. Toute clause contraire est réputée non écrite.

ARTICLE 3

Après l'article L. 1111-10 du même code, il est inséré un article ainsi rédigé :

Article L. 1111-10-1 : Lorsqu'une personne majeure et capable, en phase avancée ou terminale, même en l'absence de diagnostic de décès à brève échéance, atteinte d'au moins une affection accidentelle ou pathologique avérée, grave, incurable et/ou à tendance invalidante et incurable, infligeant une souffrance physique ou psychique constante et inapaisable ou qu'elle juge insupportable, demande à son médecin le bénéfice d'une aide active à mourir ou d'un suicide assisté, celui-ci doit s'assurer de la réalité de la situation dans laquelle se trouve la personne concernée.

Après examen du patient, étude de son dossier et, s'il y a lieu, consultation de l'équipe soignante, le médecin doit faire appel, pour l'éclairer, dans un délai maximum de 48 heures, à un autre praticien de son choix.

Les médecins vérifient le caractère libre, éclairé, réfléchi et constant de la demande présentée, lors d'un entretien au cours duquel ils informent l'intéressé des possibilités thérapeutiques, ainsi que des solutions alternatives en matière d'accompagnement de fin de vie.

Les médecins peuvent, s'ils le jugent souhaitable, renouveler l'entretien dans les 48 heures.

Les médecins rendent leurs conclusions sur l'état de l'intéressé dans un délai de quatre jours au plus à compter de la demande initiale du patient.

Lorsque les médecins constatent au moins une affection accidentelle ou pathologique avérée, grave, incurable et/ou à tendance invalidante et incurable, infligeant une souffrance physique ou psychique

constante et inapaisable ou que la personne juge insupportable, et donc la situation d'impasse thérapeutique dans laquelle se trouve la personne ainsi que le caractère libre, éclairé, réfléchi et réitéré de sa demande, l'intéressé doit, s'il persiste, confirmer sa volonté, le cas échéant, en présence de la ou des personnes de confiance qu'il a désignées.

Le médecin respecte cette volonté.

L'acte d'aide active à mourir, pratiqué sous le contrôle du médecin, par lui-même ou, dans le cas d'un suicide assisté, par le patient, s'il le souhaite et est en capacité de le faire, en milieu hospitalier ou au domicile du patient ou dans les locaux d'une association agréée à cet effet, ne peut avoir lieu avant l'expiration d'un délai de deux jours à compter de la date de confirmation de la demande. Toutefois, ce délai peut être abrégé à la demande de l'intéressé si le médecin estime que cela est de nature à préserver la dignité de celui-ci telle qu'il la conçoit pour lui-même.

L'intéressé peut, à tout moment et par tout moyen, révoquer sa demande.

Les conclusions médicales et la confirmation de la demande sont versées au dossier médical. Dans un délai de huit jours ouvrables à compter du décès, le médecin qui a apporté son concours à l'aide active à mourir ou au suicide assisté adresse à la commission régionale de contrôle prévue à la présente section un rapport exposant les conditions du décès. A ce rapport sont annexés les documents qui ont été versés au dossier médical en application du présent article ; la commission contrôle la validité du protocole. Le cas échéant, elle transmet à l'autorité judiciaire compétente.

ARTICLE 4

L'article L. 1111-11 du même code est ainsi rédigé :

Article L. 1111-11 : Toute personne majeure et capable peut rédiger des directives anticipées pour le cas où elle serait un jour hors d'état d'exprimer sa volonté. Ces directives anticipées indiquent les souhaits de la personne relatifs à sa fin de vie. Elles sont révocables à tout moment.

Le médecin doit les respecter car elles demeurent valables sans conditions de durée.

Dans ces directives, la personne indique ses souhaits en matière de limitation ou d'arrêt de traitement. Elle peut également indiquer dans quelles circonstances elle désire bénéficier d'une aide active à mourir, ou d'un suicide assisté, telle que régie par le présent code. Elle désigne dans ce document la ou les personnes de confiance chargées de la représenter et qui auront accès à son dossier médical. Les directives anticipées sont inscrites sur un registre national automatisé tenu par la commission nationale de contrôle des pratiques relatives au droit de mourir dans la dignité, instituée par l'article L. 1111-14 du présent code. Toutefois, cet enregistrement ne constitue pas une condition nécessaire pour la validité du document.

En complément, un fichier national des directives anticipées géré par un organisme indépendant des autorités médicales, est créé dès la promulgation de la présente loi. Une association peut être habilitée par arrêté à gérer ce fichier national. Les autorités médicales ou tous médecins ont l'obligation de consulter ce fichier dès lors qu'une personne en phase avancée ou terminale d'au moins une affection reconnue grave et incurable ou dans un état de dépendance incompatible avec sa dignité est admise dans un service hospitalier.

La directive anticipée ainsi que le nom de la ou des personnes de confiance sont enregistrés sur la Carte vitale des assurés sociaux.

ARTICLE 5

Après l'article L. 1111-13 du même code sont insérés deux articles ainsi rédigés :

Article L. 1111-13-1 : Lorsqu'une personne majeure et capable, en phase avancée ou terminale, même en l'absence de diagnostic de décès à brève échéance, atteinte d'au moins une affection accidentelle ou

pathologique avérée, grave, incurable et/ou à tendance invalidante et incurable, infligeant une souffrance physique ou psychique constante et inapaisable ou jugée insupportable se trouve dans l'incapacité d'exprimer une demande libre et éclairée, elle peut néanmoins bénéficier d'une aide active à mourir, à la condition que cette volonté résulte de ses directives établies dans les conditions mentionnées à l'article L. 1111-11. La ou les personnes de confiance saisissent de la demande le médecin. Après examen du patient, étude de son dossier et, éventuellement, consultation de l'équipe médicale soignante assistant au quotidien l'intéressé, il fait appel pour l'éclairer à un autre praticien de son choix. Le médecin établit dans un délai de quatre jours au plus à compter de leur saisine pour avis un rapport indiquant si l'état de la personne concernée correspond aux conditions exprimées dans ses directives anticipées auquel cas elles doivent être respectées impérativement.

Lorsque le rapport conclut à la possibilité d'une aide active à mourir ou d'un suicide assisté, la ou les personnes de confiance doivent confirmer la volonté constante du patient. Le médecin respecte cette volonté. L'acte d'aide active à mourir ne peut intervenir avant l'expiration d'un délai de deux jours à compter de la date de confirmation de la demande.

Dans un délai de huit jours ouvrables à compter du décès, le médecin qui a apporté son concours à l'aide active à mourir ou au suicide assisté adresse à la commission régionale de contrôle prévue à la présente section un rapport exposant les conditions du décès. À ce rapport sont annexés les documents qui ont été versés au dossier médical en application du présent article ainsi que les directives anticipées ; la commission contrôle la validité du protocole. Le cas échéant, elle transmet à l'autorité judiciaire compétente.

Article L. 1111-13-2 : En cas de pronostic vital engagé à très brève échéance, le médecin peut, après en avoir informé la commission régionale qui se réserve la possibilité de dépêcher auprès de lui un médecin-conseiller, ramener l'ensemble du protocole à quatre jours.

ARTICLE 6

L'article L. 1111-12 du même code est ainsi rédigé :

Lorsqu'une personne majeure et capable, en phase avancée ou terminale, même en l'absence de diagnostic de décès à brève échéance, atteinte d'au moins une affection accidentelle ou pathologique avérée, grave, incurable et/ou à tendance invalidante et incurable, infligeant une souffrance physique ou psychique constante et inapaisable ou jugée insupportable et hors d'état d'exprimer sa volonté a désigné une personne de confiance en application de l'article L. 1111-6, l'avis de cette dernière prévaut sur tout autre avis, y compris médical, à l'exclusion des directives anticipées, dans les décisions d'investigation, d'intervention ou de traitement prises par le médecin. La personne de confiance a le même droit d'accès au dossier médical que le titulaire.

ARTICLE 7

Le dernier alinéa de l'article L. 1110-5 du même code est ainsi complété :

Le médecin n'est pas tenu d'apporter son concours à la mise en œuvre de l'aide active à mourir ou du suicide assisté ; dans le cas d'un refus de sa part, il doit, dans un délai de deux jours, s'être assuré de l'accord d'un autre praticien et lui avoir transmis le dossier. Des listes départementales de médecins volontaires seront tenues par la commission nationale de contrôle des pratiques relatives au droit de mourir dans la dignité, instituée par l'article L. 1111-14 du présent code.

ARTICLE 8

L'article L. 1110-9 du même code est ainsi rédigé :

Toute personne en fin de vie, dont l'état le requiert et qui le demande, a un droit universel d'accéder à des soins palliatifs et à un accompagnement. Chaque département français et territoire d'outre-mer doit être pourvu d'unités de soins palliatifs en proportion du nombre de ses habitants.

INTRODUCTION

Institutions, Société, Travail, Santé, Europe

Au programme depuis Janvier 2019

Toute personne a droit au plus haut niveau possible de qualité des soins de santé. Cela inclut les soins de santé préventifs, curatifs et palliatifs. Cela inclut aussi les déterminants sociaux sous-jacents de la santé, comme une nourriture saine, de l'eau potable, l'assainissement de base et un logement convenable, des conditions de travail sûres et saines et un environnement sain.

LE 1ER MAI DEVIENT LA JOURNÉE INTERNATIONALE DES TRAVAILLEURS ET DES TRAVAILLEUSES

Société, Travail

Au programme depuis Juin 2020

EXPOSÉ DES MOTIFS

Cette mesure, purement symbolique, permet de redonner son sens originel au premier mai et également de mettre fin à la pratique des politiques de parler davantage du « travail » que des luttes qui l'accompagnent.

DESCRIPTION

Ajout d'un point programme : « Renommage du 1er mai en Journée Internationale des travailleurs et des travailleuses », qui stipule que :

- Les élu.e.s pirates parleront du 1er mai comme « la Journée Internationale des travailleurs et des travailleuses »
- Les élu.e.s pirates militeront activement pour l'utilisation de cette expression pour qualifier le 1er mai auprès de toutes et de tous

MESURES D'URGENCE POUR LA SANTÉ ET LES HÔPITAUX

Économie, Santé, Société

Au programme depuis Avril 2020

EXPOSÉ DES MOTIFS

Depuis trop longtemps, l'assurance maladie et l'hôpital public souffrent de sous-financement. Cette situation tient autant à une compression des dépenses de santé qu'à une insuffisance des recettes.

D'une part, l'objectif national des dépenses d'assurance maladie (ONDAM) est, chaque année, limité par le Gouvernement à environ 2 %, alors qu'il faudrait le porter à 4,5 % pour répondre à l'évolution naturelle des dépenses de santé et exiger dans le même temps un effort de rattrapage pour combler trente ans d'austérité. Première victime de ces logiques comptables, le budget hospitalier est devenu, pour les gouvernements successifs, la principale variable d'ajustement de l'équilibre financier des comptes de la Sécurité sociale. En France, six hôpitaux sur dix sont désormais en déficit, ce qui empêche mécaniquement l'investissement dans les services, et pèse ensuite sur la qualité de l'accueil des patientes et patients et sur la qualité des soins.

D'autre part, les multiples dispositifs d'exonérations de cotisations sociales patronales qui sont faites au nom de la baisse du prétendu « coût du travail » assèchent les recettes de la Sécurité sociale. En 2019, ces dispositifs représentent une somme de 63 milliards d'euros, en augmentation de 40 % par rapport à 2017. Si l'État s'engageait initialement à compenser intégralement ces pertes pour le budget de la Sécurité sociale, ce n'est plus le cas désormais. À cela s'ajoute la fraude patronale aux cotisations sociales (travail illégal ou dissimulé) qui représenterait une perte annuelle de 20 milliards d'euros selon la Cour des comptes.

Pour les établissements hospitaliers des outre-mer, la situation financière se complique davantage avec l'inadaptation du coefficient géographique. Créé en 2006 lors de la mise en place de la tarification à l'activité (la T2A) pour compenser les surcoûts supportés par les établissements de santé des régions d'outre-mer (à l'exception de Mayotte qui perçoit une dotation forfaitaire) et de la Corse, ce coefficient ne joue pas son rôle. Si le surcoût lié aux salaires des personnels de santé est, pour l'essentiel, pris en compte, il en va différemment pour les charges relatives à l'acheminement des médicaments et matériels médicaux, au droit d'octroi, aux frais de maintenance ainsi que pour les coûts de constructions immobilières.

Adapter ce coefficient à la réalité des coûts locaux contribuerait à réduire drastiquement le déficit de la plupart des établissements de santé des outre-mer. Pour La Réunion qui n'a connu qu'une augmentation d'un point en douze ans, cette revalorisation apparaît comme indispensable puisqu'elle mettrait fin à une distorsion grandissante entre les charges des établissements de santé publics et leurs ressources. Les efforts consentis par les personnels et leur engagement sans faille porteront alors d'autant plus que cette réévaluation constituera une réponse durable à un déficit surtout structurel.

Il convient désormais de sortir de cette logique de réduction des dépenses de santé et de consolider les recettes de la Sécurité sociale. Telle est l'ambition du titre Ier qui prévoit plusieurs mesures fortes pour financer les besoins en santé et l'hôpital en public. Elles permettraient ainsi de fixer d'ores et déjà un ONDAM à 4,5 %, soit une augmentation de 5 milliards d'euros par an, tout en investissant de manière massive dans les hôpitaux. Ainsi, les nouvelles recettes de l'assurance maladie seraient utilisées prioritairement pour embaucher 100 000 agents hospitaliers et titulariser les contractuels dans le cadre d'un grand plan d'embauche et de formation. Il serait accompagné d'un plan d'investissements hospitaliers porté par l'État afin de moderniser les hôpitaux.

Le service public hospitalier est en état d'urgence, et les récentes mobilisations dans plus de la moitié des services d'urgence en 2019 ne sont que le miroir grossissant de la crise hospitalière caractérisée par un manque de moyens et de personnels, la

stagnation des salaires, une augmentation de l'activité et des passages, et la déficience de la médecine de ville. La crise de la COVID-19 n'a fait que mettre en lumière de manière prégnante et dramatique ce qui était sous nos yeux depuis des mois, voire des années.

Sortir l'hôpital des exigences de concurrence et de rentabilité est devenu un impératif pour garantir sur tout notre territoire des soins de proximité et de qualité. Il est indispensable de prendre en considération dans l'élaboration du diagnostic territorial de santé, la réalité socioéconomique qui est un déterminant à fort impact sur les besoins en proximité des professionnels de santé. Ainsi, les territoires en grandes difficultés économiques doivent pouvoir bénéficier d'un maillage de santé renforcé. C'est l'objet du titre II de cette proposition que de mettre en œuvre des mesures d'urgence pour garantir un service public hospitalier renforcé.

Le premier constat est le suivant : l'accès à des soins de qualité dépend de plus en plus de la capacité de nos concitoyennes et concitoyens à payer leurs frais de santé. Ces dernières années les restes à charge après intervention de l'assurance maladie obligatoire n'ont cessé d'augmenter. Les mesures de déremboursement, les participations forfaitaires à la charge des assurés sur les consultations, ou encore les franchises médicales sur les médicaments ont conduit à un désengagement progressif de la Sécurité sociale dans la prise en charge des frais de santé, laissant une place de plus en plus significative aux complémentaires santé et notamment aux assureurs privés.

À travers le titre III, nous proposons donc de répondre en premiers lieux par une meilleure prise en charge des soins par la Sécurité sociale.

Repris avec modification d'une partie de la proposition de loi des députés Alain Bruneel et Pierre Dharréville : http://www.assemblee-nationale.fr/dyn/15/textes/l15b2330_proposition-loi

DESCRIPTION

TITRE I

ARTICLE 1ER

Arrêt progressif sur deux ans de l'allègement de cotisation patronale d'assurance maladie (ou allègement CICE) qui représente un coût annuel de 22,1 milliards d'euros pour l'assurance maladie. Ce dispositif, qui est distribué aux entreprises sans contreparties, a montré son inefficacité en terme de création d'emplois.

ARTICLE 2

Suppression en deux ans du dispositif « Fillon » d'allègements généraux de cotisations patronales sur les bas salaires, qui outre son coût annuel pour les finances sociales (23 milliards d'euros pour la sécurité sociale en 2018, dont 11 milliards d'euros pour la seule branche maladie), encourage la création d'emplois peu qualifiés et mal rémunérés.

ARTICLE 3

Mise en place de cotisations sociales sur les revenus financiers des entreprises, sur la même base que les taux de cotisations sociales payées par les employeurs sur les salaires.

ARTICLE 4

Exonération temporaire pour les établissements publics de santé et les EHPAD publics de taxe sur les salaires (comme cela se fait déjà pour l'État et les collectivités territoriales de manière non temporaire). Cette mesure permettra de redéployer 4 milliards d'euros dans l'activité hospitalière, notamment pour financer des réouvertures de lits, des embauches et des revalorisations salariales dans l'ensemble des services. Cette exonération est mise en place pour 5 ans, avec la possibilité de prolonger une fois.

ARTICLE 5

Création d'un principe de non-prolifération des mesures de réduction de cotisations sociales. Depuis 20 ans, les dispositifs d'exonération se sont empilés sans que leur efficacité en terme de créations d'emplois, d'investissement, de formation ou

de revalorisation salariale ne soit clairement démontrée. On dénombre ainsi 92 dispositifs d'exonération ou d'exemptions en 2019, selon l'annexe 5 du PLFSS 2019. Afin de mettre un terme à cet empiement de niches sociales, il faut corréliser toute mesure nouvelle d'exonération sociale à la suppression dans la même proportion d'un dispositif d'exonération existant.

ARTICLE 6

Revalorisation du coefficient géographique applicable aux établissements publics de santé des Outre-mer en fonction des surcoûts réellement supportés. Historiquement instauré pour compenser des surcoûts spécifiques liés à des particularités locales, ce coefficient a très peu progressé, engendrant des déficits structurels et des sous-investissements dans les structures hospitalières.

TITRE II

ARTICLE 7

Instauration d'un seuil minimal de présence hospitalière (défini dans l'article 8) dans chaque bassin de vie de sorte que le maillage du système public de santé garantisse l'accès à un établissement de santé à moins de 30 minutes du domicile en transports.

ARTICLE 8

L'hôpital de proximité est un établissement assurant obligatoirement des activités de médecine d'urgence, de chirurgie et d'obstétrique. À ce titre, ils disposent d'un service d'urgences ouvert en permanence, d'une maternité de niveau I, d'un service de chirurgie, et de services de soins de suite et de structures pour les personnes âgées, en lien avec un réseau de centres de santé et la psychiatrie de secteur.

TITRE III

ARTICLE 9

Suppression de la participation forfaitaire à la charge de l'assuré lors d'une consultation ainsi que les franchises médicales sur les médicaments.

ARTICLE 10

Généralisation du tiers payant intégral pour les professionnels de santé relevant de la médecine de ville. De cette manière, les assurés n'auront plus à avancer de frais sur l'ensemble des dépenses de soins, qu'elles relèvent de l'assurance maladie ou des complémentaires santé. Mise en place d'une obligation de paiement des médecins à 5 jours ouvrés pour l'assurance maladie et à 12 jours concernant les complémentaires santé.

ARTICLE 11

Mise en place du remboursement intégral par l'assurance maladie des vaccins obligatoires en mettant à contribution les industriels pharmaceutiques.

POLITIQUE DE LUTTE CONTRE LES DISCRIMINATIONS

Société

Au programme depuis Octobre 2020

EXPOSÉ DES MOTIFS

Catégorie Statique : Société civile

Tags : institutions, société, recherche

EXPOSÉ DES MOTIFS

Depuis des dizaines d'années, nous savons que l'idéal de l'article 1er de notre Constitution n'est pas une réalité pour de nombreux citoyens.

L'article premier dit :

La France est une République indivisible, laïque, démocratique et sociale. Elle assure l'égalité devant la loi de tous les citoyens sans distinction d'origine, de race ou de religion. Elle respecte toutes les croyances. Son organisation est décentralisée.

La loi favorise l'égal accès des femmes et des hommes aux mandats électoraux et fonctions électives, ainsi qu'aux responsabilités professionnelles et sociales.

En effet, de nombreux signaux nous indiquent que la France n'assure pas aujourd'hui l'égalité devant la loi et que notre société est traversée par de nombreuses discriminations. Des actions ont déjà été menées, mais nous ne sommes même pas au milieu du guet. Sans que de réelles actions soient mises en place, nous ne pourrons que constater, année après année, les dégâts que provoquera notre inaction à l'application du premier principe de notre Constitution.

DU SEXISME STRUCTUREL

Le sexisme repose sur l'idée que les femmes sont inférieures aux hommes. Cette croyance a traversé les siècles et les sociétés. Ces dernières années, de nombreuses avancées ont été réalisées, les femmes ont gagné de nombreux combats. Mais, si sur le plan du droit, les femmes sont l'égal des hommes, la réalité est tout autre.

En ce qui concerne le travail, 82 % des détentrices d'emplois à temps partiel sont des femmes (source : Eurostat – INSEE, 2013), ce qui représente une femme active sur trois (DARES, 2012). À temps de travail et fonction identique, une femme gagne en moyenne 18,5 % de moins qu'un homme (INSEE, 2015). Une femme active sur cinq indique avoir été confrontée à une situation de harcèlement sexuel au cours de sa vie professionnelle.

Le harcèlement est d'ailleurs encore très présent dans notre société, que ce soit dans la rue, dans les transports en commun ou à n'importe quel endroit de notre société. Il y a tellement d'exemples, tous les jours, qu'en citer ici est tout simplement impossible.

DU RACISME STRUCTUREL

Le défenseur des droits a publié en 2020 un rapport nommé « Discriminations et origines : l'urgence d'agir » a jeté un regard

froid sur les discriminations issues du racisme. Les chiffres sont terribles.

En France métropolitaine, l'origine réelle ou supposée constitue le deuxième critère de discrimination après le sexe : 11 % des individus déclarent avoir vécu une ou des discrimination(s) en raison de l'origine ou de la couleur de peau au cours des cinq dernières années.

Synthèse du rapport Discrimination et origines : l'urgence d'agir 2020

Après le sexisme, c'est la deuxième cause de discrimination en France. Que ce soit pour l'accès à l'emploi, au logement ou à l'éducation, les discriminations racistes sont présentes à chaque moment de la société. Un individu ayant un nom à consonance arabophone doit envoyer 1/3 de CV en plus pour décrocher le même nombre d'entretiens qu'un individu, dont le nom à une consonance francophone. Ce n'est pas beaucoup mieux dans le secteur public où les personnes d'origine immigrée ont presque 10 % de chances en moins d'être recrutées.

L'accès au logement étant complexe (entre 25 à 30 % de chances en moins d'obtenir un premier rendez-vous pour la location d'un logement privé), les immigrés et descendants d'immigrés se retrouvent dans les mêmes banlieues, les mêmes quartiers. Ils auront à subir alors les stéréotypes de ses quartiers.

Mais comme le sexisme, le racisme se vit comme une expérience quotidienne, dans la vie de tous les jours. Contrôle de police répété, insultes, humiliations, méfiance par défaut.

DES DISCRIMINATIONS LIÉES AU HANDICAP ET À L'ÉTAT DE SANTÉ

Les discriminations liées au handicap ont donné lieu à une loi (11 février 2005, pour l'égalité des droits et des chances), mais là encore, beaucoup de mots et peu d'action.

L'accès à l'éducation est parfois complexe, surtout pour les enfants ayant un handicap mental. Les auxiliaires de vie scolaire ne sont pas ou peu formés, les classes d'intégration (CLIS/ULIS) sont souvent sous-équipées. Les Maisons du Handicap (MDPH) sont plus souvent perçues comme des établissements inefficaces, voire contre-productifs par les personnes en situation de handicap ou leurs familles.

Moins de 40 % des personnes en situation de handicap ont un emploi contre plus de 65 % pour les personnes valides. Seule une entreprise sur deux respecte la loi du 10 juillet 1987 sur la présence de personnes handicapées dans leur effectif.

Dans la vie de tous les jours, une loi avait fixé pour 2015 l'objectif de rendre les bâtiments publics accessibles. Humiliation de plus, le Parlement a repoussé de 3 à 9 ans les délais pour respecter la loi... jusqu'à la prochaine fois ?

DES DISCRIMINATIONS SUR L'ORIENTATION SEXUELLE

Homophobie, transphobie, les personnes LGBTQI+ souffrent au jour le jour de rejet, d'injure et de violence. Être agressé pour un baiser dans la rue, subir des pressions et du harcèlement de la part du corps médical semble être les premières discriminations auquel nous pouvons penser. Mais ses discriminations sont elles aussi présentes dans l'ensemble de la société, de l'école au monde du travail.

Comme l'a écrit en 2017 le défenseur des droits Jacques Toubon :

Défendre la non-discrimination des personnes LGBT, c'est défendre des valeurs universelles d'égalité et de dignité pour toutes et tous.

Agir contre les discriminations liées à l'orientation sexuelle

CONCLUSION

Après cette énumération éprouvante, conclure l'exposé de cette proposition ne sera pas simple. On remarque bien que les discriminations décrites ici sont transverses, présentes partout dans la société, que ce soit de manière larvée et discrète,

mais aussi parfois de manière bien visible. Ne doutons pas que nous n'avons pas fait le tour, dans cette présentation, de l'ensemble des discriminations présentes dans notre société.

Pour corriger cela, nous avons besoin d'information précise pour permettre aux chercheurs et aux décideurs politiques d'agir, de ne pas nier le problème. Cela doit se faire de manière sérieuse, dans le respect strict des personnes et de leur vie privée.

Mais nous pouvons aussi agir. Sur le traitement des plaintes et l'application de sanctions contre les auteurs de discrimination.

DESCRIPTION

CONTENU DE LA PROPOSITION

CRÉATION D'UN NOUVEL OBSERVATOIRE DES DISCRIMINATIONS

Le Parti Pirate propose la création d'un grand observatoire des discriminations, fusionnant l'observatoire existant avec l'observatoire national sur la formation, la recherche et l'innovation sur le handicap.

Ce nouvel observatoire indépendant sera doté d'un budget lui permettant de réaliser l'ensemble de ses missions. L'éthique, la transparence et le respect d'une déontologie stricte seront les bases de cet observatoire.

Les missions de cet observatoire seront :

1. De produire annuellement un rapport concernant les discriminations en France ;
2. Pour cela l'observatoire devra, en collaboration avec l'INSEE, l'INED et la CNIL, étudier la faisabilité technique et éthique d'un dispositif statistique permettant de mettre en avant ces discriminations ;
3. Ces données devront être mises en contexte par un groupe d'experts puis mises à disposition des chercheurs ;
4. De réaliser des actions de « testing » concernant les discriminations (que ce soit dans le cadre du travail ou de l'accès au logement) ;
5. De réaliser une veille scientifique sur les évolutions dans le monde de la discrimination ainsi que des méthodes pour quantifier ou pour lutter contre les discriminations.

ACTION DE GROUPE CONTRE LES DISCRIMINATIONS

Les actions de groupe, possibles en France depuis quelques années, sont particulièrement limitées, mais elles peuvent être lancées lorsqu'elles concernent les discriminations au travail. Suivant le rapport de 2020 du Défenseur des droits, le Parti Pirate souhaite :

1. Élargir les actions de groupe aux discriminations concernant l'accès aux biens et services (notamment le logement) en plus des discriminations concernant l'emploi ;
2. Permettre plus rapidement à une association, qui se constituerait autour d'une certaine cause, de lancer une action du groupe ;
3. Créer un fonds de financement de ces recours collectifs.

APPLIQUER LES SANCTIONS JUDICIAIRES CONTRE LES AUTEURS DE DISCRIMINATIONS

Comme le demande le Défenseur des droits dans son rapport de 2020, le Parti Pirate propose de modifier la loi n° 2008-496 du 27 mai 2008 portant diverses dispositions d'adaptation au droit communautaire dans le domaine de la lutte contre les discriminations pour :

1. Permettre au juge civil d'ordonner des expertises et de prononcer des mesures correctrices sous astreinte à l'encontre des organisations condamnées dans des contentieux individuels pour des faits de discriminations structurelles ;
2. Prévoir la possibilité d'accorder des amendes civiles en cas de discrimination directe ou de harcèlement discriminatoire.

PROPOSITION DE LOI EN FAVEUR DE L'ACCOMPAGNEMENT À LA SANTÉ SEXUELLE DES PERSONNES HANDICAPÉES

Justice, Santé, Société

Au programme depuis juillet 2023

La France connaît un large déni sur la question de la sexualité des personnes handicapées. A l'instar d'autres catégories de la population, comme les personnes âgées, la sexualité des personnes en situation de handicap est un véritable tabou. Pour preuve, les appels à l'aide réguliers d'établissements de santé, d'établissements médico-sociaux et même des familles qui ne savent pas comment rendre possible, dans un cadre légal et sûr, une liberté sexuelle à des personnes qui ne peuvent pas vivre une intimité affective et/ou sexuelle sans être accompagnées.

Le cadre juridique français toujours plus répressif

Aujourd'hui, accompagner sexuellement une personne handicapée est considéré comme de la prostitution et, par voie de conséquence, une personne handicapée qui a recours à ce service commet un délit de recours à la prostitution (création de ce délit en 2016 par la loi n° 2016-444 du 13 avril 2016 visant à renforcer la lutte contre le système prostitutionnel et à accompagner les personnes prostituées). NB. Ce n'est pas la prostitution qui est sanctionnée, c'est bien le recours à la prostitution, également appelé la pénalisation du client. Sans l'interdire formellement, le législateur a pour objectif l'abolition de la prostitution, d'où le terme d'abolitionnisme (auquel on peut largement préférer celui de prohibitionnisme).

De plus, mettre en relation une personne en demande d'accompagnement avec un ou une accompagnante, même de manière entièrement bénévole, c'est du proxénétisme.

Des faits qui ne sont en réalité jamais poursuivis en justice car « tout le monde sait, mais personne ne veut voir ».

Les textes internationaux

Le Conseil de l'Europe recommande depuis 1992 une ouverture des Etats sur ces questions et indique que « des mesures appropriées devraient être prises pour assurer aux personnes handicapées et en particulier aux personnes handicapées mentales des conditions de vie telles que leurs relations affectives et sexuelles puissent se développer normalement » ; « les réponses aux différents besoins de l'ensemble des personnes handicapées devraient être offertes prioritairement dans le cadre général des services sociaux, sans perdre de vue, dans certains cas, que des services spécifiques seront nécessaires pour répondre à des besoins particuliers de cet ensemble ; et que ces services devraient procurer le maximum possible d'autonomie à la personne handicapée ».

Les Règles pour l'égalisation des chances des handicapés publiées par l'Organisation des Nations Unies en 1993 et la Convention relative aux droits des personnes handicapées de l'ONU de 2006 affirment également l'existence d'un droit à la vie affective et sexuelle sans « *discriminations fondées sur le handicap* ». Les Etats s'engagent à garantir « aux personnes handicapées une égale et effective protection juridique contre toute discrimination, quel qu'en soit le fondement » à travers « des aménagements raisonnables ».

Pour aller plus loin quand aux textes internationaux : [<https://www.cairn.info/revue-reliance-2008-3-page-74.htm>]

Les débats en France

La législation française actuelle revient donc à nier la liberté sexuelle d'une certaine catégorie de la population et à pénaliser la pratique de l'accompagnement sexuel des personnes handicapées. Cette pénalisation conduit également à maintenir dans la peur les associations qui essaient de mettre en lien celles et ceux qui ont un besoin, avec celles et ceux qui se sont formés pour répondre au mieux à ce besoin.

Le débat avait pourtant été ouvert en 2011 par le rapport CHOISSY (du nom du député qui démissionna quelques mois après avoir rendu ses préconisations au premier Ministre Fillon). Voir

[<https://www.vie-publique.fr/files/rapport/pdf/114000695.pdf>] Sous l'intitulé « PASSER DE LA PRISE EN CHARGE... A LA PRISE EN COMPTE », ce rapport montrait toute les subtilités du sujet, mais également les difficultés politiques à venir : "Parler de la sexualité de la personne handicapée renvoie à la moralité et donc à un jugement de valeur des personnes. Doit-on juger, peut-on juger quand l'entourage de la personne ressent lui-même un malaise confus à l'évocation de ce sujet ? Le rapporteur a bien compris que si un texte réglementaire ou législatif devait voir le jour, les effets ne pourraient concerner que les seules personnes handicapées n'ayant pas accès à leur propre corps. (...) La plupart de celles et ceux qui portent la parole évoquent un manque évident de formation aussi bien chez les professionnels que pour les accompagnants sociaux ou familiaux, mais nombreux sont celles et ceux qui lucidement reconnaissent que, si les mentalités n'ont pas encore suffisamment évolué, un chemin a été défriché par les initiatives associatives et ouvert par les lois successives et les actions positives du Gouvernement. (...) C'est un devoir de vigilance qui s'impose à la conscience du monde politique, c'est aussi un moyen de faire évoluer les mentalités et de changer le regard que la société porte sur les personnes handicapées. "

L'année suivante, Roselyne Bachelot en tant que Ministre de la Santé saisit le « Comité consultatif national d'éthique pour les sciences de la vie et de la santé » (CCNE). Le Comité rendra un avis négatif en s'appuyant sur le « principe de non-utilisation marchande du corps humain ».

A nouveau saisi en 2020 par Sophie Cluzel, Secrétaire d'État chargée des Personnes handicapées, le comité consultatif national d'éthique rend un nouvel avis (avis n°118) qui se conclut de manière ambiguë : « Le CCNE ne peut discerner quelque devoir et obligation de la part de la collectivité ou des individus en dehors de la facilitation des rencontres et de la vie sociale, facilitation bien détaillée dans la Loi qui s'applique à tous. Il semble difficile d'admettre que l'aide sexuelle relève d'un droit-créance assuré comme une obligation de la part de la société et qu'elle dépende d'autres initiatives qu'individuelles. » [https://www.ccne-ethique.fr/sites/default/files/2021-02/avis_ndeg118.pdf] Traduction : « rendons les lieux de dragues accessibles aux handicapées, mais on ne peut pas accepter ce qui s'apparente à de la prostitution, même si on comprend bien la difficulté... ».

Le champ et les limites de la présente proposition de loi

Dans ce débat emprunt autant de morale que de méconnaissance de la réalité (voire d'aversion farouche), il est proposé une motion sous forme de proposition de loi dépénalisant le fait de mettre en lien des personnes formées à l'accompagnement sexuel avec des personnes en ayant besoin. Pour parvenir à son objectif, la proposition ne touche pas à la définition de la pénalisation du recours à la prostitution, ni au délit de proxénétisme. Elle crée en revanche une exception à ces délits en imposant la reconnaissance de l'activité des associations qui deviennent agréées sur le modèle des associations d'usagers du système de santé. En d'autres termes : si une association qui obtient l'agrément (avec le sérieux de ses formations et la qualité de la mise en relation) met en lien des gens de manière bénévole, cette action ne peut pas être qualifiée de proxénétisme et la personne handicapée qui en bénéficie ne commet pas un délit de recours à la prostitution.

La lutte pour la reconnaissance des droits des travailleurs et travailleuses du sexe doit se poursuivre en parallèle, mais il s'agit ici de reconnaître l'importance de l'accompagnement sexuel des personnes handicapées et du travail des associations. De plus, il n'y a pas que les travailleurs et travailleuses du sexe qui sont concernées. La formation à ce type d'accompagnement est essentielle, pour les personnes qui le prodiguent (TDS ou non), comme, au final, pour les personnes qui en bénéficient.

Enfin, il est à relever que la formation à l'accompagnement sexuel des personnes handicapées a été jugée licite (même si ce n'est pas un arrêt de haute Cour, il n'a jamais été remis en cause : voir Tribunal de grande instance de Strasbourg, Ordonnance du 6 mars 2015, Référé civil, n° 15/00173 ; note P. Missoffe, « L'admission judiciaire d'une formation théorique à l'assistance sexuelle pour les personnes en situation de handicap », in La Revue des droits de l'homme, Actualités Droits-Libertés : [<http://journals.openedition.org/revdh/1084>]). On ne peut donc pas reprocher à cette proposition de loi de donner

un agrément à une association pour des activités illégales, ce qui augmente ses chances d'être reprise par des parlementaires.

Le parti pirate propose que soit créée un agrément pour les associations oeuvrant dans le champ de l'accompagnement à la santé sexuelle des personnes handicapées.

Le parti pirate propose que la mise en relation bénévole par une association agréée, d'une personne en situation de handicap avec une personne formée à l'accompagnement sexuel, ne puisse pas être qualifié de proxénétisme.

Le parti pirate propose enfin que la personne handicapée qui bénéficie du service d'accompagnement à la santé sexuelle ne puisse pas être poursuivi pour le délit de recours à la prostitution.

Pour cela, le parti pirate propose que soit envoyée à l'ensemble des députés français, la proposition de loi suivante :

Proposition de loi en faveur de l'accompagnement à la vie affective et à la santé sexuelle des personnes handicapées

Article 1 Il est ajouté à l'article 225-6 du Code pénal, la phrase : « Hors le cas prévu à l'article L. 1114-8 du Code de la santé publique. »

Article 2 Il est ajouté à l'article 611-1 du Code pénal, l'alinéa 2: « L'alinéa précédent ne s'applique pas aux personnes visées par l'article L. 114 du Code de l'action sociale et des familles ayant recours à une mise en relation par les associations agréées au sens de l'article L. 1114-8 du Code de la santé publique ».

Article 3 I. Le code de la santé publique est ainsi modifié ; l'article L.1114-8 du Code de la santé publique est créé et ainsi rédigé :

« 1°. Les associations, régulièrement déclarées, ayant pour activité l'accompagnement à la vie affective et à la santé sexuelle des usagers du système de santé font l'objet d'un agrément délivré par l'autorité administrative compétente au niveau national. L'agrément est prononcé sur avis conforme d'une commission nationale qui comprend des représentants de l'Etat, dont un membre du Conseil d'Etat et un membre de la Cour de cassation en activité ou honoraire, des représentants de l'Assemblée nationale et du Sénat et des personnalités qualifiées en raison de leur compétence ou de leur expérience dans le domaine associatif.

L'agrément est notamment subordonné à l'activité effective et publique de l'association dans le domaine de l'accompagnement à la vie affective et à la santé sexuelle des usagers du système de santé, ainsi qu'aux actions de formation et d'information qu'elle conduit, à la transparence de sa gestion, à sa représentativité et à son indépendance. Les conditions d'agrément et du retrait de l'agrément ainsi que la composition et le fonctionnement de la commission nationale sont déterminés par décret en Conseil d'Etat. Seules les associations agréées représentent les usagers du système de santé dans les instances hospitalières ou de santé publique.

2°. L'éventuelle activité d'entremise des associations ne satisfaisant pas aux conditions du paragraphe précédent encourent les peines prévues à l'article 225-12 du code pénal ».

Article 4 Un décret en Conseil d'Etat détermine les conditions d'application de l'article L. 1114-8 du Code de la santé publique et la composition de la commission nationale chargée de délivrer l'agrément. Le décret entrera en vigueur au plus tard dans les dix huit mois suivant la publication de la loi.

REDONNER DU TEMPS MÉDICAL AUX MÉDECINS

Santé

Au programme depuis Septembre 2022

La démographie des médecins généralistes est en baisse constante depuis plus de 10 ans alors que la population française augmente et vieillit, ce qui provoque une augmentation des besoins de soins. Les délais pour un rendez-vous médical s'allongent, de plus en plus de localités sont qualifiées de « déserts médicaux ». Les projections décrivent une aggravation de cette pénurie dans les années à venir pour revenir au niveau actuel vers 2030 puis une augmentation des effectifs.

Les médecins généralistes restant se plaignent de devoir exécuter de nombreuses tâches administratives, qui pourraient disparaître et libérer ainsi du temps pour prendre en charge plus de patients. Si la législation concernant les certificats de sport a été assouplie avec la loi du 2 mars 2022, la rédaction de certificats de non contre-indication à la pratique sportive continue à occuper un temps toujours trop long dans la semaine des médecins généralistes. De même la loi a évolué dans le bon sens concernant les prescriptions de pédicure-podologue, d'orthophonie et de kinésithérapie.

Il reste néanmoins encore beaucoup de prescriptions de soins qui pourraient être évitées. Le Parti Pirate propose de :

1. Supprimer le besoin de certificat médical pour une absence maladie ou enfant malade de moins de 4 jours. Après 12 jours d'arrêt non justifié par année calendaire, un certificat d'arrêt maladie est demandé dès le premier jour d'arrêt.
2. D'interdire aux crèches et autres collectivités recevant des enfants de demander un certificat médical pour justifier une absence pour maladie de moins de 4 jours.
3. D'interdire aux assureurs de demander des certificats médicaux aux médecin généralistes. Si l'assureur souhaite évaluer l'état de santé d'un assuré, il recrute un médecin expert qu'il finance lui même. Des sanctions financières lourdes sont prévues pour dissuader les assureurs d'utiliser le système de santé afin de faire réaliser leurs expertises.
4. Supprimer les ordonnances spécifiques dédiés aux soins propre pour chacune des professions paramédicales (infirmiers, kinésithérapeutes, orthophoniste et podologues). Les professionnels évaluent eux-même la pertinence des soins et peuvent poursuivre les soins tant que c'est nécessaire. En cas de doute, un échange avec le médecin est recommandé.
5. Supprimer le renouvellement automatique et périodique du dossier médical par la MDPH lorsque le handicap physique ou psychique est connu comme fixe.
6. Créer un questionnaire de santé adapté à chaque sport servirait de certificat déclaratif d'aptitude à la pratique sportive. Il est obligatoire et permettrait le dépistage de contre-indication liées à la pratique sportive. Il serait renouvelable chaque année. Il est obligatoire pour les clubs de fournir des conseils à chaque pratiquant et de demander un avis médical suivant les difficultés observées remettant en cause la bonne pratique du sport concerné afin de le poursuivre.

SUPPRIMONS LES SANCTIONS

PÉNALES POUR LA SIMPLE

CONSOMMATION DE DROGES

Société, Santé

Au programme depuis Novembre 2023

EXPOSÉ DES MOTIFS

Le programme du Parti Pirate demande jusqu'à ce jour (oct. 2023, voir le point : "Législation sur les drogues") que soit libéralisé l'usage du cannabis. Il est souhaitable d'aller plus loin.

Les citoyens majeurs doivent d'abord être considérés par défaut comme capables de juger par eux-mêmes si l'usage d'une substance peut leur être bénéfique ou nuisible. Ils ne doivent pas être considérés par défaut comme inaptes à choisir ou à comprendre leur intérêt.

Les arguments développés pour demander que soit libéralisé l'usage du cannabis sont tout aussi valables pour d'autres substances. Notamment, nous rappelons qu'il n'est pas démontré que la prohibition soit la solution la plus efficace. Par ailleurs, nous réaffirmons que la recherche sur les substances psychoactives doit être facilitée et le cadre réglementaire qui la régit doit être assoupli (notamment par la révision de l'Article L3411-2 du code de la santé publique).

Les Pirates soutiennent les initiatives comme celles de la Société Psychédélique Française. Avec eux, nous reprenons la pétition du Collectif pour une Nouvelle Politique des Drogues (CNPD) : « Supprimons les sanctions pénales pour la simple consommation de drogues ». Si celle-ci aboutit, elle forcera le parlement à se saisir de cette question. En conséquence, nous vous invitons sans tarder à signer et à diffuser largement cette pétition :

<https://societepsychedelique.fr/fr/blog/petition-pour-changer-la-politique-des-drogues>.

DESCRIPTION

Le Parti Pirate soutien la proposition suivante :

« PROPOSITION DE LOI

CHAPITRE IER – MODIFICATIONS DU CODE DE LA SANTÉ PUBLIQUE

Le code de la santé publique est modifié conformément aux articles 2 à 11 de la présente loi.

Article 2 L'article L. 3421-1 est ainsi modifié : 1° L'alinéa 1 est supprimé. 2° Le deuxième alinéa est ainsi modifié : a) Les mots « si l'infraction est commise » sont remplacés par les mots : « L'usage illicite de l'une des substances ou plantes classées comme stupéfiants » ; b) Les mots : « , les peines sont portées à » sont remplacés par les mots : « est puni de » ; 3° L'alinéa 3 est supprimé.

Article 3 Au premier alinéa de l'article L. 3421-2 les mots : « les cas » sont remplacés par les mots : « le cas ».

Article 4 Les alinéas 2 et 3 de l'article L. 3421-4 sont supprimés.

Article 5 Au premier, deuxième et sixième alinéa de l'article L. 3421-5 les mots « au second alinéa de » sont remplacés par les mots : « à l'article ».

Article 6 Au premier alinéa de l'article L. 3421-7, les mots : « au second alinéa de » sont remplacés par les mots : « à l'article ».

Article 7 Au premier alinéa de l'article L. 3424-1, les mots : « les délits » sont remplacés par les mots : « le délit ».

Article 8 Au premier alinéa de L. 3425-2, les mots : « des peines » sont remplacés par les mots « de la peine ».

Article 9 Au premier alinéa de l'article R. 3421-1, les mots : « des peines aggravées prévues au troisième alinéa de » sont remplacés par les mots : « la peine prévue à ».

Article 10 Au premier alinéa de l'article R. 3421-2, les mots : « des peines aggravées prévues au troisième alinéa de » sont remplacés par les mots : « la peine prévue à ».

Article 11 Au premier alinéa de l'article R. 3421-3, les mots : « des peines aggravées prévues au troisième alinéa de » sont remplacés par les mots : « la peine prévue à ».

Article 12 Au premier alinéa de l'article L.3422-1, les mots : « En cas d'infraction à l'article L. 3421-1 et » sont remplacés par les mots : « En cas d'infraction à l'article L. 3421-1 aux ».

CHAPITRE 2 DISPOSITIONS DIVERSES

Article 12 L'article 41-2 du code de procédure pénale est ainsi modifié : 1° A l'alinéa 17 sont ajoutés les mots suivants : « lorsque l'intéressé a commis l'infraction prévue à l'article L. 3421-1 du code de la santé publique » ; 2° A l'alinéa 19 , les mots : « fait usage de stupéfiants » sont remplacés par les mots : « a commis l'infraction prévue à l'article L. 3421-1 du code de la santé publique »

Article 13 Au premier alinéa de l'article L. 6232-15 du code des transports, les mots : « du deuxième alinéa » sont supprimés.

Article 14 Le code du sport est ainsi modifié : 1° Le 14ème alinéa de l'article R. 221-15 est supprimé. 2° L'article L. 212-9 est ainsi modifié : a) Le 8ème alinéa est remplacé par l'alinéa suivant : « 8° Au chapitre VII du titre Ier du livre III du code de la sécurité intérieure » ; b) Le 9ème alinéa est remplacé par l'alinéa suivant : « Aux articles L. 212-14, L. 232-25 à L. 232-27, L. 241-2 à L. 241-5 et L. 332-3 à L. 332-13 du présent code. » c) Le 10ème alinéa est supprimé. »

UN REMBOURSEMENT DES PROTECTIONS

HYGIÉNIQUES POUR METTRE FIN À LA PRÉCARITÉ

MENSTRUELLE ET ÉTABLIR UNE MEILLEURE ÉQUITÉ

Santé, Société

Au programme depuis Juin 2019

Afin de promouvoir l'utilisation de protections réutilisables, Le Parti Pirate propose d'associer un remboursement des protections à usage unique à 80% à un remboursement à 100% des protections réutilisables. Associé à ce dispositif, toutes les protections seront disponibles en accès libre dans les plannings familiaux, les centres médico-sociaux, les maisons de santé, les collèges et lycées, les pénitenciers pour femmes et les associations en contact régulier avec des usagers précaires qui en feront la demande.

Les fabricants de protections à usage unique qui souhaiteront soumettre leurs produits au remboursement par l'Assurance Maladie devront inclure dans leur cahier des charges des dispositions améliorant la recyclabilité de leurs produits et sélectionner des matériaux et des modes de production ne présentant pas de risques pour l'environnement.

Les composants des protections hygiéniques devront faire l'objet d'une mention claire et détaillée sur l'emballage.

Les substances parfumantes, en priorité celles présentant des effets irritants et sensibilisants cutanés, ne pourront pas entrer dans la composition des protections hygiéniques.

Les matériaux composant les protections intimes devront être exempts de pesticides, d'agents Cancérigènes Mutagènes ou Reprotoxiques (CMR), de perturbateurs endocriniens et de sensibilisants cutanés.

Des mesures de promotion des protections réutilisables seront mises en œuvre :

- Des affichages promouvant les protections réutilisables seront arborés dans les lieux de soins
- Les professionnels de santé seront sensibilisés à l'usage des protections réutilisables et seront encouragés à promouvoir ces dispositifs
- La promotion des protections réutilisables sera ajoutée au programme d'éducation sexuelle

Je propose ici de réécrire une partie de la motion de manière à y inclure les dernières avancées :

Certaines avancées ont pu avoir lieu pour faciliter l'accès aux protections hygiéniques, notamment réutilisables pour les moins de 26 ans. En 2018, la LMDE a pris l'initiative d'en proposer le remboursement, en fournissant simplement un ticket de caisse ou une facture. La plupart des assurances et mutuelles ne prennent pas encore en compte ces frais supplémentaires, s'élevant à plusieurs dizaines ou centaines d'euros par an et par personne.

Cependant le remboursement des protections hygiéniques, qu'il s'agisse des tampons, cups, serviettes ou culottes spéciales, n'est toujours pas garanti pour tout le monde.

Des études ont par ailleurs montré que, dans de nombreux endroits sur Terre, les personnes n'ayant pas les moyens de se procurer des protections hygiéniques doivent se débrouiller comme elles le peuvent : torchons, journaux, mouchoirs, ce qui conduit bien entendu à des désastres en matière d'hygiène, et à un repli sur soi de certaines d'entre elles, n'osant sortir ou aller étudier par honte.

Ainsi, d'après des recherches menées pour étudier l'accès aux protections hygiéniques, un tiers des personnes concernées

ne changeraient pas suffisamment de protections ou devraient passer par des protections non homologuées.

En accord avec nos principes d'équité, le remboursement des protections hygiéniques serait une avancée non négligeable pour un égal accès à des conditions d'hygiène décentes.

La Caisse primaire d'assurance maladie prend déjà en charge de nombreux dispositifs comme les pansements, les compresses, les lunettes, les prothèses. Considérant que les protections intimes sont en contact avec la peau ou avec les muqueuses internes et peuvent être associées à un risque sanitaire grave, mais restent toutefois indispensables, elles sont assimilables à des dispositifs médicaux.

Un modèle préconisant le seul remboursement des protections réutilisables pourrait exclure du dispositif les bénéficiaires les plus précaires : sans domicile fixe, adolescentes et jeunes femmes, personnes incarcérées. En effet, ces différentes catégories de population peuvent ne pas bénéficier des conditions matérielles leur permettant d'entretenir correctement les protections réutilisables. De plus le caractère très intime du sujet nécessite la pleine confiance des utilisatrices qui sinon se trouveraient exclues du dispositif, faute de trouver un dispositif qui leur convienne, ce modèle n'a donc pas été retenu.

Les protections intimes à usage unique sont très largement majoritaires sur le marché actuel, nous supposons que leur statut de référence est pour partie le fruit d'habitudes et d'une dimension culturelle, les jeunes reproduisant les pratiques de leurs parents.

Un rapport de l'ANSES publié en 2018 fait état de nombreuses substances chimiques présentant des effets perturbateurs endocriniens, cancérigènes, sensibilisants cutanés ou présentant des risques de toxicité divers. Même si ce rapport ne met pas en évidence de franchissement de dose seuil dans les dispositifs testés, il alerte sur la présence d'autres sources d'exposition à ces substances (environnementale, alimentaires, produits de grande consommation) qui ne permettent pas d'exclure un risque sanitaire.

Aussi, nous proposons de rendre contraignante les recommandations de l'ANSES en matière de sécurité sanitaire aux fabricants qui soumettraient leur produit au remboursement, ces points pourraient facilement être évalués par le dispositif de l'Assurance Maladie.

Un chiffrage a été effectué et est disponible [ici](#).

Un modèle préconisant le seul remboursement des protections réutilisables pourrait exclure du dispositif les bénéficiaires les plus précaires : sans domicile fixe, adolescentes et jeunes femmes, personnes incarcérées, ces différentes catégories de population pouvant ne pas bénéficier des conditions matérielles leur permettant d'entretenir correctement les protections réutilisables. De plus le caractère très intime du sujet nécessite la pleine confiance des utilisatrices qui sinon se trouveraient exclues du dispositif faute de trouver un dispositif qui leur conviennent, ce modèle n'a donc pas été retenu.

À noter que le remboursement à 80 Pourcents des dispositifs jetables occasionnerait un reste à charge de moins d'un euro par utilisatrice et par cycle, ce qui constituerait une avancée notable indépendamment du mode de protection retenu.

[\[https://discourse.partipirate.org/t/debats-2019-06-un-remboursement-des-protections-hygieniques-pour-mettre-fin-a-la-precarite-menstruelle-et-etablir-une-meilleure-equite/14007\]](https://discourse.partipirate.org/t/debats-2019-06-un-remboursement-des-protections-hygieniques-pour-mettre-fin-a-la-precarite-menstruelle-et-etablir-une-meilleure-equite/14007)

[\[http://wiki.partipirate.org/SessionJuin2019\]](http://wiki.partipirate.org/SessionJuin2019)

[\[https://www.anses.fr/fr/system/files/CONSO2016SA0108Ra.pdf\]](https://www.anses.fr/fr/system/files/CONSO2016SA0108Ra.pdf)

UNE MEILLEURE PRISE EN COMPTE DES PERSONNES INTERSEXES

Santé, Société

Au programme depuis Juin 2021

Actuellement, les personnes intersexuées, c'est-à-dire nées avec des attributs sexuels mâle et femelle, subissent des traitements encore peu connus du public et pouvant pourtant amener à de véritables drames.

ARGUMENTAIRE

Ajout au programme « Santé » de la phrase suivante : Le Parti Pirate souhaite interdire les interventions médicales visant à attribuer arbitrairement un genre aux personnes intersexes, jusqu'à ce qu'elles soient en capacité de pouvoir s'autodéterminer.

Parce que leur corps est considéré comme différent, les enfants et adultes intersexes subissent de multiples violations de leurs droits humains, tels que le droit à la santé, à l'intégrité physique, à l'égalité, à la non-discrimination et le droit à ne pas devoir subir la torture ou de mauvais traitements.

On peut constater que les médecins, peu sensibilisés, prennent la décision de retirer une partie des attributs sexuels, comme s'il s'agissait d'une « réparation », puis conseillent aux parents d'éduquer leurs enfants comme s'ils n'avaient jamais été intersexes, tout en prescrivant un traitement hormonal. Pourtant, mutiler et hormoner des corps sains peut aussi créer d'autres problèmes de santé par la suite.

Cela conduit nombre des personnes intersexes à se retrouver déboussolées et les mène parfois à la dépression, voire au suicide, n'étant pas en accord avec la décision prise par le corps médical.

Pourtant, notre société a évolué, et malgré le fait que les stéréotypes de genres masculin et féminin soient encore monnaie courante, ils ne sont plus hégémoniques, et chaque individu devrait pouvoir choisir sa manière de vivre sans se restreindre à une case « homme » ou « femme ».

Interdire la pratique médicale visant à choisir arbitrairement le sexe d'une personne avant que celui-ci soit à même de décider serait une avancée importante pour ces personnes, leur permettant de vivre la vie qu'elles souhaitent et non pas la vie que d'autres auraient décidée pour elles.

En accord avec les principes d'équité et de solidarité, et pour permettre à ces personnes de s'épanouir dans leur corps, et de décider d'elles-mêmes de son éventuelle modification chirurgicale, interdire les modifications chirurgicales visant à attribuer un genre à un enfant serait une avancée majeure.

PROPOSITION

Le Parti Pirate demande l'interdiction des chirurgies de réassignation sexuelles et autres interventions médicales visant à attribuer un genre à une personne intersexe qui n'en aurait pas fait explicitement la demande.