LE PROGRAMME PIRATE

Export réalisé le 27/01/2024

NOS IDÉES VOUS PLAISENT ? PIRATEZ-LES !

SOMMAIRE

Affaires sociales et santé 4

Accès à la santé et confort du patient 5

Application de la loi Handicap 6

EXPOSE DES MOTIFS 6

Description 8

Approvisionnement durable pour la restauration collective 9

Création de "mairie mobile" 10

Exposé des motifs 10

Description 10

Droit à mourir dans la dignité 11

Exposé des motifs 11

Description 11

Interdire les Thérapies de conversion 15

Exposé des motifs 15

EXPOSE DES MOTIFS 15

Description 17

Introduction 18

Le 1er mai devient la Journée Internationale des travailleurs et des travailleuses 19

Exposé des motifs 19

Description 19

Législation sur les drogues 20

Libre circulation des travailleurs 21

L'Allocation aux Adultes Handicapés : une aide individuelle 22

- **Exposé des motifs :** 22
- **EXPOSE DES MOTIFS :** 22
- **Description** 22

Mesures d'urgence pour la santé et les hôpitaux 24

- **Exposé des motifs** 24
- **Description** 25

Politique de lutte contre les discriminations 27

- **Exposé des motifs** 27
- **EXPOSE DES MOTIFS** 27
- **Description** 29

Redonner du temps médical aux médecins 31

Un don du sang sans discrimination de genre ou de sexualité des donneurs 32

Un remboursement des protections hygiéniques pour mettre fin à la précarité menstruelle et établir une meilleure équité 33

Une meilleure prise en compte des personnes intersexes 35

- **Argumentaire** 35
- **Proposition** 35

AFFAIRES SOCIALES ET SANTÉ

ACCÈS À LA SANTÉ ET CONFORT DU PATIENT

Santé, Société, Europe

Au programme depuis Janvier 2019

Les pirates veulent un accès égal aux soins de santé pour tous, quelles que soient les ressources disponibles pour un État et soutiennent :

- La non discrimination (direct ou indirect) dans l'accès aux soins, quelles que soient les ressources disponibles pour un État.
- Des biens et services de santé accessibles à tous. Les États doivent assurer qu'aucune personne ne se heurte à des obstacles pour accéder à son droit à la santé, y compris l'accès à l'information sur la santé et les services de santé.
- Des biens et des services de santé abordable pour tout le monde indépendamment de leur niveau de revenus.
- Des lois et des politiques en matière de santé conçues et mises en œuvre de manière transparente et avec une participation significative des personnes concernées. Tous les systèmes de santé doivent inclure un cadre de responsabilité, qui devrait inclure l'accès à des mesures judiciaires efficaces ou à d'autres mesures appropriées en cas de violation du droit à la santé.
- Réduire les brevets sur les médicaments ou au moins éviter la prolongation administrative des brevets.
- Facilitation des usages transfrontaliers des soins : Améliorer les possibilités d'utilisation des systèmes de soins de santé à l'étranger et leur prise en charge par les compagnies d'assurance maladie nationales.
- Des cartes européennes d'assurance maladie pour le monde : Négociation de la validité de la carte européenne d'assurance maladie (carte bleue) dans les pays non-européens.
- Peu importe la structure des systèmes de santé (privé, public ou mixte), les services de santé doivent être disponible et de bonne qualité pour toutes les personnes et doivent garantir des soins de santé universels pour tous.

APPLICATION DE LA LOI HANDICAP

Société, Recherche, Institution

Au programme depuis Octobre 2020

EXPOSE 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.*
>
> *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 à traverser 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 5 indique avoir été confrontée à une situation de harcèlement sexuel au cours de leur 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 à 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 d'être recruté.

L'accès au logement étant complexe (entre 25 à 30% de chance 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, voir 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 pour 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'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 sanction contre les auteurs de discrimination.

DESCRIPTION

CONTENU DE LA PROPOSITION

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.

APPROVISIONNEMENT DURABLE POUR LA RESTAURATION COLLECTIVE

Santé, Société, Agriculture, Environnement

Au programme depuis Janvier 2017

Financer la mise en place de 50% d'approvisionnements durables (de saison, bio, locaux < 100 km) d'ici à 5 ans dans la restauration collective (organisation des producteurs et soutien à leurs activités locales, investissements dans les maillons de transformation) et remplacer 25% de la proposition de produits carnés par d'autres protéines.

La commande publique représente un potentiel considérable de débouchés pour les productions locales.

Donner de la nourriture saine à nos enfants ou aux personnes hospitalisées est un positionnement de bon sens, et bien que l'intention soit affirmée, les moyens proposés sont largement insuffisants. Nous proposons que des sources de financement telles que les FEADER (financement européen des projets régionaux) ou les PAT (Plans Alimentaires Territoriaux) soient orientés vers ces dynamiques, en soutenant notamment les associations locales d'accompagnement des porteurs de projet, de promotion de l'alimentation responsable, etc.

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 12ème 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. A 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.

INTERDIRE LES THÉRAPIES DE CONVERSION

Société

Au programme depuis Octobre 2020

EXPOSÉ DES MOTIFS

Catégorie Statique : Société civile

Tags : institutions, société, recherche

EXPOSE 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.*
>
> *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 5 indique avoir été confrontée à une situation de harcèlement sexuel au cours de leur 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 à 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 a une consonance francophone. Ce n'est pas beaucoup mieux dans le secteur public où les personnes d'origine immigrée ont presque 10 % de chances d'être recrutées.

L'accès au logement étant complexe (entre 25 à 30% de chance 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, voir 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 pour 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 ces discriminations sont-elles aussi présentes dans l'ensemble de la société, de l'école au monde du travail.

Comme l'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 sanction contre les auteurs de discrimination.

DESCRIPTION

CONTENU DE LA PROPOSITION

INTERDIRE LES THÉRAPIES DE CONVERSION

L'expression « thérapie de conversion », née aux États-Unis dans les années 1950, renvoie à un ensemble de pratiques visant à modifier l'orientation sexuelle ou l'identité de genre d'une personne. Ces « thérapies » se basent sur le postulat que l'homosexualité et la transidentité sont des maladies qu'il conviendrait de guérir. Elles peuvent être menées discrètement par des thérapeutes autoproclamés « experts » de cette question, ou bien par certains représentants ou fidèles de cultes ou de croyances, qui se proposent de « guérir » les homosexuels et les transgenres sous couvert d'une lecture dévoyée de leur religion ou de leurs croyances. Elles peuvent prendre la forme d'entretiens, de stages, d'exorcisme ou encore de traitements par électrochocs et injection d'hormones. Ces pratiques peuvent également altérer le jugement de la victime en lui faisant croire qu'une modification de son orientation sexuelle ou de son identité de genre est possible.

Ces « thérapies » ne reposent évidemment sur aucun fondement médical ou thérapeutique et le législateur français ne peut rester sourd à l'attention des citoyennes, des citoyens et des médias pour le sujet.

Suivant la condamnation de ces "thérapies" par le Parlement européen en 2018, le Parti Pirate demande à ce que soient interdites et lourdement sanctionnées les pratiques visant à changer l'orientation sexuelle d'une personne.

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

LÉGISLATION SUR LES DROGUES

Santé, Europe

Au programme depuis Janvier 2019

La majorité des conventions internationales concernant la préparation, la manipulation et la consommation de substances psychoactives sont obsolètes et ne reposent pas sur des faits scientifiques. Par exemple, des preuves scientifiques montrent que la légalisation du cannabis entraîne moins de dommages pour les personnes et la société que la prohibition.

Les pirates européens proposent que l'UE :

- Travaille pour changer les conventions internationales concernant les substances psychoactives en intégrant un point de vue scientifique;
- Met en place un cadre facilitant l'approche scientifique qui devrait notamment permettre de partager des informations et de contribuer au financement de la recherche sur les substances psychoactives;
- Plaide en faveur de la légalisation et de la réglementation du cannabis dans les différents États membres comme moyen de restreindre le marché noir.

LIBRE CIRCULATION DES TRAVAILLEURS

Santé, Travail, Économie, Société, Europe

Au programme depuis Janvier 2019

Les ressortissants de l'UE travaillant dans un autre pays de l'UE doivent surmonter des dizaines d'obstacles administratifs pour travailler et de s'intégrer pleinement dans un autre pays de l'UE - notamment à cause des différents systèmes de sécurité social, de différents modes de remboursement de ces systèmes, à l'inscription aux systèmes de santé, etc.

Par conséquent, l'UE devrait encourager ses États membres à supprimer les obstacles administratifs à la libre circulation des travailleurs en harmonisant les systèmes de sécurité sociale et les systèmes de santé publique, notamment en harmonisant les paiements dans ces systèmes, en partageant l'information entre les États membres et en sécurisant les paiements des retraites publiques lorsqu'un citoyen travaille dans plusieurs pays de l'UE.

L'ALLOCATION AUX ADULTES HANDICAPÉS : UNE AIDE INDIVIDUELLE

Société, Économie

Au programme depuis Janvier 2021

EXPOSÉ DES MOTIFS :

Catégorie Statique : Affaires sociales et santé

Tags : économie, société

EXPOSE DES MOTIFS :

Le mot "individuelle" a toute son importance.

Aujourd'hui, une personne ayant un handicap voit son allocation (aux adultes handicapées, l'AAH) soumise au revenu du foyer, c'est-à-dire que si cette personne vit en couple, alors l'allocation dépend des revenus de la personne partageant le foyer. Toutefois, bien que cela donne une vision solidaire du couple, cela rend surtout la personne handicapée dépendante du ou de la conjointe puisque son revenu personnel a diminué depuis son changement de situation. Que ce soit donc au niveau de sa propre autonomie, de sa capacité à prendre seule des décisions, et parce que la vie à deux n'est pas éternelle, cela n'est pas acceptable. En effet, la perte de revenu peut obliger la personne handicapée à rester dans une situation qui n'est plus souhaitable.

C'est pour ces raisons, et au premier plan la perte d'autonomie, que l'AAH doit être une allocation individuelle.

À noter que ce point n'a que peu d'interaction avec le revenu de base, même s'il s'appuie sur la même idée fondamentale qu'un individu doit pouvoir être autonome.

DESCRIPTION

Afin que l'AAH, Allocation aux Adultes Handicapés, devienne une aide individuelle, le Parti Pirate s'impliquera dans le changement du code de la Sécurité Sociale, notamment dans l'article L821-3 :

L'allocation aux adultes handicapés peut se cumuler avec les ressources personnelles de l'intéressé **et, s'il y a lieu, de son conjoint, concubin ou partenaire d'un pacte civil de solidarité** dans la limite d'un plafond fixé par décret, **qui varie selon qu'il est marié, concubin ou partenaire d'un pacte civil de solidarité et a une ou plusieurs personnes à sa charge.**

Les rémunérations de l'intéressé tirées d'une activité professionnelle en milieu ordinaire de travail et les indemnités de fonction des élus locaux sont en partie exclues du montant des ressources servant au calcul de l'allocation selon des modalités fixées par décret.

En le modifiant comme suit :

L'allocation aux adultes handicapés peut se cumuler avec les ressources personnelles de l'intéressé ~~et, s'il y a lieu, de son conjoint, concubin ou partenaire d'un pacte civil de solidarité~~ dans la limite d'un plafond fixé par décret. ~~, qui varie selon qu'il est marié, concubin ou partenaire d'un pacte civil de solidarité et a une ou plusieurs personnes à sa charge.~~

Les rémunérations de l'intéressé tirées d'une activité professionnelle en milieu ordinaire de travail et les indemnités de

fonction des élus locaux sont en partie exclues du montant des ressources servant au calcul de l'allocation selon des modalités fixées par décret.

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 mis 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 empilement de niches sociales, il faut corréler 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 (définit 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 ouvré 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

EXPOSE 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.*
>
> *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 à traverser 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 5 indique avoir été confrontée à une situation de harcèlement sexuel au cours de leur 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 à 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 d'être recruté.

L'accès au logement étant complexe (entre 25 à 30% de chance 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, voir 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 pour 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'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 sanction 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.

REDONNER DU TEMPS MÉDICAL AUX MÉDECINS

Santé

Au programme depuis Septembre 2022

- Les salariés n'ont pas besoins de justifier un congé pour raison de maladie de moins de 4 jours par un certificat médical. Ni pour un congé enfant malade de la même durée. Après 12 jours d'arrêt non justifié par année calendaire, un certificat d'arrêt maladie est demandé dès le premier jour d'arret.

- 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.

- Interdiction de demander des certificats pour les crèches ou autres collectivités recevant des enfants. Ces certificats ne peuvent être demandé pour servir uniquement l'intérêt de l'établissement. (par exemple : certificat enfant malade exigé pour ne pas payer la cantine).

- Les assureurs ont interdiction 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 systeme de santé afin de faire réaliser leurs expertises.

- Les infirmiers, kinésithérapeutes, orthophoniste et podologues évaluent la pertinence des soins et peuvent poursuivre les soins tant que c'est nécessaire.Il n'y a pas de nécessité d'ordonnances spécifique dédiés aux soins propre pour chacunes des professions paramédicales. En cas de doute, un échange avec le médecin est recommandé..

- Lorsque le handicap physique ou psychique est connu comme fixe. Il n'est pas demandé de renouvellement du dossier médical par la MDPH de manière automatique et périodique.

UN DON DU SANG SANS DISCRIMINATION DE GENRE OU DE SEXUALITÉ DES DONNEURS

Santé, Société

Au programme depuis Juin 2019

Le Parti Pirate souhaite mettre fin aux critères discriminants de genre et de sexualité en ce qui concerne les dons de sang, les dons de plaquettes et les dons de plasma.

Jusqu'en 2016, il était interdit aux hommes non-hétérosexuels de donner leur sang lors des différentes collectes organisées par l'Établissement Français du Sang (EFS). Depuis lors, la législation le permet, à condition que le dernier rapport homosexuel soit daté d'un an minimum. De nombreuses personnes se battent donc pour abolir cette règle d'un an d'abstinence sexuelle, abolition qui avait été proposée à l'Assemblée nationale en 2018, mais avait été finalement refusée, malgré le soutien de nombreuses personnalités et associations.

Cette règle obsolète, originellement présente pour limiter les risques de donneurs atteints du VIH, stigmatise les donneurs non-hétérosexuels. Pourtant, l'immense majorité des hommes non-hétérosexuels ne présentent pas de risques de contamination par le VIH, ce qui conduit une partie d'entre eux à mentir pour pouvoir donner leur sang, tandis que d'autres se résignent à ne pouvoir donner. En parallèle à cela, beaucoup luttent pour gagner ce droit.

Par ailleurs, l'EFS appelle régulièrement les citoyens à donner leur sang, et se trouve régulièrement en situation de pénurie, pénurie provoquée notamment par les filtres trop nombreux bloquant l'accès au don à une partie de la population.

En accord avec nos principes de respect de la vie privée et de solidarité, autoriser le don du sang indépendamment de la sexualité ou du genre des donneurs de sang permettrait de mettre fin à cette stigmatisation, et relâcherait par là-même la pression mise sur les stocks sanguins de l'EFS.

https://discourse.partipirate.org/t/debats-2019-06-un-don-du-sang-sans-discrimination-de-genre-ou-de-sexualite-des-donneurs/14006

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, nous proposons 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.

Actuellement, le remboursement des protections hygiéniques, qu'il s'agisse des tampons, cups, serviettes ou culottes spéciales, n'est pas garanti. En 2018, la LMDE a pris l'initiative d'en proposer le remboursement, en fournissant simplement un ticket de caisse ou une facture.

Cependant, cette situation est un cas rare, et 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.

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, cancérogènes, 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.

de l'amendement 80% sur la protection à usage unique

Les protections réutilisables, malgré un coût initial potentiellement plus élevé, sont plus économiques à long terme. En accord avec la ligne environnementale du parti pirate, leur utilisation contribue à diminuer la quantité totale de déchets. Aussi nous souhaiterions inclure à la motion une dimension environnementale incitative en faveur des protections renouvelables.

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% 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
- http://wiki.partipirate.org/Session_Juin*2019*-_Vote_du_16/06/2019#Un_remboursement_des_protections_hygi%C3%A9niques_pour_mettre*fin*%C3%A0_la_pr%C3%A9carit%C3%A9_menstruelle*et*%C3%A9tablir_une*meilleure*%C3%A9quit%C3%A9
- 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.