

Texte en cours d'examen

N°47/L (19.03.19)

N°47bis/L (30.04.19)

N°47ter/L (28.05.19)

**Note législative n°47quater/L
2018/2019**

OBJET : Projet de loi relatif à l'organisation et à la transformation du système de santé

Commission saisie au fond : Affaires sociales
Rapporteur : Alain MILON (LR)
Commissions pour avis : Culture
: Aménagement du territoire et du développement durable
Première Assemblée saisie : Assemblée nationale
Lecture Sénat : du 3 au 6 juin 2019

Procédure accélérée

TEXTE ELABORE PAR LE SENAT

1. Les mesures votées par le Sénat pour faciliter l'installation des jeunes médecins dans les territoires utilisent plusieurs leviers :

► **Agir sur la formation :**

Des principes ont été affirmés dans la loi (art.1) :

- Intégrer l'objectif de répartition équilibrée des futurs professionnels sur le territoire dans les objectifs généraux des formations de santé.
- Faire primer le critère des besoins de santé du territoire sur celui de la capacité d'accueil des facultés.

La formation initiale des professionnels de santé a été modifiée pour l'adapter au plus près des besoins, avec plusieurs mesures (art. 2) :

- Généraliser la possibilité pour les étudiants internes d'effectuer leurs stages à l'extérieur des hôpitaux publics : dans les établissements de santé privés et en médecine de ville. Le découplage entre les différents modes d'exercice doit, en effet, débiter dès les études médicales.
- Pour pouvoir développer les stages hors hôpital, il est également prévu de faciliter l'agrément des praticiens maîtres de stage accueillant des étudiants de 2^{ème} et 3^{ème} cycles.
- Permettre aux 3 500 étudiants de dernière année (3^{ème} année actuellement, probablement 4^{ème} année dans un futur proche) de 3^{ème} cycle des études de médecine générale, d'exercer de façon autonome dans les territoires, tout en favorisant la construction de leur projet professionnel. Cette dernière année d'internat deviendrait ainsi une année professionnalisante hors hôpital, dans les territoires.

► **Privilégier l'incitation des jeunes médecins à un ancrage rapide dans un territoire avec la mesure suivante :**

- Exonérer de cotisations sociales leurs revenus d'activité dès lors qu'ils s'installent dans les trois ans suivant l'obtention de leur diplôme dans des zones déficitaires. Le bénéfice de cette exonération sera conditionné à une durée de cinq ans au moins d'activité continue à la suite de cette installation.

► **Instaurer une obligation de négocier, dans le cadre de la convention nationale entre les syndicats de médecins et l'assurance maladie, sur la contribution des médecins à la réduction des inégalités territoriales.**

2. La pratique des « délégations de tâches » entre professionnels de santé sont un des moyens pour faciliter l'accès aux soins, c'est pourquoi le Sénat a soutenu les mesures suivantes :

- Sécuriser la faculté ouverte aux infirmiers d'adapter la posologie de certains traitements sur la base des résultats d'analyse biologique : un même traitement pouvant s'appliquer à différentes situations cliniques, il faudra que l'arrêté pris après avis de la Haute autorité de la santé (HAS) précise les pathologies pouvant être concernées.
- Ouvrir la possibilité de désigner un infirmier référent au sein d'une équipe de soin par le patient en perte d'autonomie ou en affection longue durée.
- Mettre en place de manière effective le dispositif du pharmacien correspondant qui pourra renouveler périodiquement des traitements chroniques, ajuster, si besoin, leur posologie et effectuer des bilans de médicaments.
- Permettre aux pharmaciens de délivrer certains médicaments sous prescription médicale obligatoire selon des protocoles établis par la HAS.

- Permettre aux pharmaciens de prescrire des vaccins qui font l'objet de prescriptions médicales obligatoires.
- Autoriser les sages-femmes à prescrire et pratiquer des vaccinations auprès d'enfants dont la liste sera définie par la HAS.

3. Dans le même temps, le Sénat a renforcé la place des élus locaux dans le pilotage territorial de la santé

- ▶ Donner la possibilité aux maires de pouvoir accueillir au sein de leur commune des médecins-adjoints (art. 5).
- ▶ Confier la présidence du conseil de surveillance des agences régionale de santé (ARS) à un élu local et renforcer les prérogatives de ce conseil en lui permettant de se saisir de toute question relevant du champ de compétences de l'ARS (art. 19 bis AA).
- ▶ Désigner cinq maires et non leurs représentants pour la concertation avec les élus dans le cadre de la mise en œuvre du projet régional de santé et ses orientations, notamment sur l'accès aux soins et l'évolution de l'offre en santé (art. 7).
- ▶ Renforcer les prérogatives du conseil de surveillance des établissements publics de santé où siègent, notamment, des représentants des collectivités territoriales (art. 10 quater). Il s'agit de lui permettre de :
 - se faire communiquer systématiquement les documents nécessaires à l'exercice de ses missions ;
 - voir communiquer à son président, par le directeur, les documents stratégiques et financiers préparatoires et décisionnels nécessaires à l'exercice de ses missions;
 - être informé du contrat pluriannuel d'objectifs et de moyens (CPOM) passé avec l'ARS et de ses modifications.
- ▶ Supprimer la participation de parlementaires, introduite par l'Assemblée nationale, dans ces différentes instances :
 - le conseil territorial de santé (art. 7D),
 - le conseil de surveillance des établissements publics de santé (art. 10 ter),
 - le conseil de surveillance des ARS (art. 19 bis A).Le rapporteur a souligné que ces initiatives illustrent les limites de la suppression du cumul des mandats pour les parlementaires, mais qu'elles ne constituent pas pour autant une réponse opérante.

4. Reconnaître l'hétérogénéité des territoires et donner plus de souplesse dans les dispositifs de structuration du système de santé

- ▶ Dans le cadre des projets territoriaux de santé (art. 7) qui devront organiser une coopération entre les acteurs, le Sénat a souhaité :
 - Recentrer le contenu du projet territorial de santé, afin de permettre aux acteurs de cibler leur action sur un nombre limité de priorités, en s'adaptant aux besoins des territoires.

- Substituer à l'approbation par l'ARS du projet territorial de santé, une procédure de « silence vaut acceptation ».
- Prévoir une concertation des élus, au niveau départemental, au moins une fois par an par le directeur de l'ARS.
- Donner la possibilité aux élus d'entendre le directeur de l'ARS lorsque les circonstances le justifient.
- Préciser que les intercommunalités participent à l'élaboration et à la mise en œuvre du PTS.

► S'agissant des hôpitaux de proximité (art. 8) :

Le Sénat a précisé certaines des missions assignées à ces établissements pour insister sur la nécessaire articulation avec l'offre libérale ambulatoire :

- en soulignant que ces acteurs ont une responsabilité partagée pour assurer la permanence des soins et la continuité des prises en charge, ce qui conduit à préciser la portée de la notion de « responsabilité territoriale » prévue par le texte ;
- en précisant que l'offre de consultations spécialisées proposée doit être appréciée en fonction de l'offre libérale présente au niveau du territoire.

Il a également complété les missions de ces établissements en prévoyant dans chaque hôpital de proximité un plateau e-santé qui offrira aux patients une opportunité supplémentaire de recourir à un professionnel de santé dans un cadre sécurisé en termes de pratique médicale et d'encadrement.

Tout en approuvant le maintien d'une offre chirurgicale dans ces établissements, le Sénat a circonscrit le champ des actes concernés aux « actes programmés ».

► Soutenir et accompagner les dynamiques locales dans la mise en place des groupements hospitaliers de territoire (GHT) sans imposer le même niveau de « centralisation » à tous les groupements (art. 10) avec les dispositions suivantes :

- Compléter les prérogatives du comité territorial des élus locaux afin de l'associer plus étroitement à la stratégie de prise en charge du GHT. Il devra donner un avis sur le projet médical partagé, le projet de soins partagé et les conventions de partenariat et d'association entre le GHT et les autres établissements du territoire.
- Conditionner la mise en place d'une commission médicale de groupement à l'accord des CME des établissements parties.
- La commission médicale de groupement devra émaner de ces mêmes CME afin de pas être coupée du terrain et de préserver l'attractivité de la fonction de membre ou président de CME.
- Rendre optionnelle la mutualisation de la fonction de gestion des ressources humaines médicales.
- Conditionner l'évolution vers une fusion des différentes instances médicales ou de direction à une démarche de volontariat des établissements parties à un groupement.
- Modifier les attributions de la commission médicale d'établissement (CME) en « miroir » de celle de la commission médicale de groupement, en lui confiant la mise en œuvre de la stratégie médicale de l'établissement.
- Supprimer la mutualisation au niveau du groupement de la planification et du financement des investissements : selon le rapporteur, cela ne résoudra pas les difficultés de fond auxquelles sont confrontés les établissements de santé en

raison des modalités de financement des investissements qui en font une variable d'ajustement dans le cadre contraint des tarifs hospitaliers et de l'Ondam.

5. Le volet "numérique" du texte a été enrichi par le Sénat

- ▶ Intégrer les informations relatives à la perte d'autonomie des personnes âgées aux données recueillies dans le cadre du système national des données de santé (SNDS). La collecte de ces données permettrait de mettre en place une véritable politique de la prévention de la perte d'autonomie et de conduire un pilotage plus précis des dépenses de santé des personnes dépendantes accueillies en établissement (Ehpad), qui bénéficient en même temps du forfait versé à l'établissement et des dépenses de soins de ville.
- ▶ Préciser le cadre législatif des obligations d'interopérabilité et de sécurité applicables aux systèmes d'information et outils numériques en santé. (art. 12 A).
Le rapporteur a pointé le défaut d'interopérabilité des logiciels et outils numériques en santé comme le principal obstacle à la transformation numérique du système de soins.
Les obstacles à l'interopérabilité des services et outils numériques en santé ne permettent pas aux usagers d'exploiter pleinement le potentiel d'utilisation et de traitement de leurs données et se voient donc pénalisés dans l'amélioration de la qualité de leur parcours de soins. Le traitement par les professionnels des données accumulés par le patient à l'occasion des différentes étapes de son parcours reste particulièrement complexe.
- ▶ Accélérer la mise en place d'un espace numérique de santé et généralisation du dossier médical partagé :
 - L'ouverture automatique pour chaque usager de son espace numérique de santé (ENS) lui donnant accès à ses données et services numériques de santé devient automatique sauf opposition de la personne. (art. 12).
 - Rendre l'ouverture automatique du dossier médical partagé (DMP) pour tous les usagers du système de santé, comme pour l'ENS.
Chaque usager garde la possibilité d'exercer son droit d'opposition : il se verra informé par la caisse d'assurance maladie préalablement à l'ouverture de son dossier de la possibilité d'exercer son droit d'opposition avant que cette ouverture soit effective et pourra toujours clôturer, à tout moment, son dossier (art. 12 quater).
 - Ouvrir l'accès au dossier médical en santé au travail aux professionnels de santé habilités des établissements de santé. (art. 12 quinquies).

Note établie par Valérie Martinie (poste : 28-91, v.martinie@senat.fr)