**CAISSE NATIONALE D’ASSURANCE MALADIE**

**UNION NATIONALE DES CAISSES D’ASSURANCE MALADIE**

**CONSEIL**

**Réunion du 17 janvier 2019**

**PROJET DE LOI RELATIF À L’ORGANISATION ET A LA TRANSFORMATION DU SYSTEME DE SANTE**

Notre système de santé, bien que performant, est confronté aujourd’hui à de fortes contraintes (vieillissement de la population, augmentation des maladies chroniques, inégale répartition des acteurs en santé et difficultés d’accès aux soins, transformations technologiques) qui le fragilise et qui nécessite la mise en place de mesures structurelles permettant une meilleure organisation des soins et renforçant la qualité des prises en charge adaptée aux besoins des patients mais également des professionnels de santé.

Sur la base du plan gouvernemental « Ma Santé 2022 », l’objectif majeur de la politique de santé définie par l’Etat est d’inscrire le patient au cœur de la prise en charge et de créer un engagement collectif de tous les acteurs en santé afin de garantir à tous une meilleure prévention et un accès à des soins de qualité.

Dans ce cadre, le présent projet de loi met tout d’abord l’accent sur la qualité de la prise en charge et la structuration des soins permettant de placer le patient au cœur de la prise en charge et de lui permettre ainsi d’être un véritable acteur de sa santé. Pour cela, il est proposé la création d’un véritable collectif de soins associant l’ensemble des professionnels de santé intervenant dans le parcours de soins du patient (ville, hôpital, médico-social) et permettant ainsi de faciliter l’accès aux soins et de fluidifier les parcours tout en améliorant la qualité, la sécurité et la pertinence des soins dispensés.

Ensuite, il s’agit d’adapter les métiers du soin qui subissent également les transformations du système de santé. La refonte des formations des professionnels de santé est envisagée par la réforme des études en santé pour une meilleure adaptation des connaissances et compétences aux futurs enjeux. Les coopérations et passerelles entre professions sont fortement encouragées.

Enfin, le projet de loi met en avant le rôle de l’innovation et du numérique dans le système de santé.

Le présent projet de loi de santé repose sur 5 titres :

* décloisonner les parcours de formation et des carrières des professionnels de santé ;
* créer un collectif de soins au service des patients et mieux structurer l’offre dans les territoires ;
* développer le numérique en matière de santé ;
* présenter diverses mesures de simplification et de sécurisation ;
* regrouper les ratifications et modifications d’ordonnances.

**Titre Ier : Décloisonner les parcours de formation et les carrières des professionnels de santé**

***Chapitre Ier: Reformer les études en santé et renforcer la formation tout au long de la vie***

**Article 1 : Suppression du numerus clausus et refonte de l’accès aux premiers cycles des études de santé**

Cet article prévoit la rénovation du mode d’accès aux études médicales, pharmaceutiques, odontologiques et maïeutiques en supprimant le *numerus clausus* déterminant l’accès en deuxième année de premier cycle, et en permettant l’accès à ces études à partir de voies diversifiées.

L’ensemble du processus demeurera exigeant et sélectif afin de garantir un haut niveau de compétences pour les futurs professionnels du système de santé.

Le nombre d’étudiants formés dans les études de médecine, pharmacie, odontologie et maïeutique sera déterminé dans le cadre de modalités de régulation, tenant compte des capacités de formation et des besoins du système de santé, et reposant sur une concertation étroite entre les universités et les agences régionales de santé.

Les nombres d’élèves médecins, pharmaciens et chirurgiens-dentistes militaires continueront à être fixés, comme aujourd’hui, par les ministres concernés.

Ces évolutions visent à :

- éviter les redoublements d’étudiants ayant validé une année universitaire,

- diversifier les profils des étudiants par l’intermédiaire de passerelles entre les formations,

- permettre une orientation progressive de l’étudiant vers la formation la plus adaptée à ses connaissances, compétences et aptitudes,

- favoriser les enseignements communs entre plusieurs filières pour l’acquisition d’une culture partagée,

- améliorer la qualité de vie des étudiants.

Cette réforme est applicable dès la rentrée 2020.

**Article 2 : Réforme du 2ème cycle des études médicales et suppression des ECN**

Cet article propose de réformer les modalités d’accès au troisième cycle des études de médecine, supprimer les « épreuves classantes nationales » pour faire reposer la procédure d’affectation sur un ensemble de critères associant les connaissances et les compétences des étudiants, évaluées par des épreuves plus diverses et plus pertinentes, ainsi que leur parcours et projet professionnel.

Le dispositif envisagé garantira une compétence minimale des internes en début de formation et permettra de revaloriser, dans le travail des étudiants au cours du second cycle, l’acquisition de compétences et la construction du projet professionnel.

Les modalités de cette révision seront précisées par un décret en Conseil d’Etat.

**Article 3** : **Recertification des compétences**

Cet article vise à mettre en place un dispositif de recertification des médecins permettant de s’assurer du maintien d’un haut niveau de compétences de ces professionnels tout au long de la carrière professionnelle, ce que ne prévoit pas le cadre juridique actuel. Une vérification de l’état des connaissances et des compétences des médecins (qui prendrait la forme d’une évaluation qualitative) pourrait être opérée tous les 6 ans par exemple. Ce serait une obligation pour les médecins qui s’inscriront à l’Ordre à partir d’une date à déterminer. Ces mesures seront prises par voie d’ordonnances.

***Chapitre II : Faciliter les débuts de carrière et répondre aux enjeux des territoires***

**Article 4 : Adaptation du cadre du CESP au regard de différentes évolutions (réforme des études en santé, évolution du cadre d’intégration des PADHUE) et sécurisation de son bénéfice en cas d’évolution du zonage**

Cet article a pour objet de réviser les contrats d’engagement de service public (CESP) créés en 2009 à l’attention des étudiants bénéficiant d’une aide mensuelle en contrepartie de leur engagement à exercer leurs fonctions dans des zones caractérisées par une offre de soins insuffisante ou des difficultés d’accès aux soins. Il prévoit l’élargissement du dispositif aux praticiens à diplômes étrangers hors Union Européenne et sa sécurisation en cas d’évolution du zonage établi les ARS pour permettre de prioriser les aides financières à l’installation des médecins.

**Article 5 : Recours au statut de médecin adjoint**

Cet article aborde le recours au statut de médecin adjoint qui permet à un interne en médecine d’assister un médecin en secteur ambulatoire en cas d'afflux saisonnier ou exceptionnel de population, lequel est réservé actuellement aux zones touristiques. Il étend ce dispositif aux zones caractérisées par des difficultés dans l’accès aux soins, ou lorsqu’il est constaté une carence particulière par l’Ordre (par exemple en cas de carence ponctuelle de l’offre de soins liée à l’état de santé d’un médecin l’obligeant à réduire son activité).

**Chapitre III : *Fluidifier les carrières entre la ville et l’hôpital pour davantage d’attractivité***

**Article 6 : Création d’un statut unique de praticien hospitalier associé à la suppression du concours, pour faciliter l’entrée dans la carrière, diversifier les parcours professionnels (reconnaissances des valences non cliniques) et faciliter l’exercice mixte**

Cet article a pour objectif de renforcer l’attractivité de l’exercice de praticien hospitalier titulaire en habilitant le Gouvernement à prendre par voie d’ordonnances des mesures de création d’un statut unique de praticien hospitalier, associée à la suppression du concours. L’objectif poursuivi par cette mesure est de mieux accompagner les parcours professionnels en simplifiant l’entrée dans la carrière (suppression du concours de praticien hospitalier) ainsi qu’en diversifiant les missions (exercice mixte entre la ville et l’hôpital facilité, reconnaissance des valences non cliniques). Cette mesure concerne également les praticiens hospitalo-universitaires.

L’article vise aussi à réformer les conditions de recours à l'emploi médical contractuel dans le cadre d'un nouveau contrat, se substituant à plusieurs formes existantes qui seront supprimées, afin d’apporter aux établissements plus de souplesse et de réactivité pour répondre au mieux à leurs besoins de recrutement.

La mesure présentée va permettre de fluidifier les parcours professionnels et de simplifier la gestion des personnels médicaux, qu’ils soient titulaires ou contractuels, afin de mieux répondre aux attentes des communautés hospitalières.

**Titre II : Créer un collectif de soins au service des patients et mieux structurer l’offre de soins dans les territoires**

**Chapitre Ier : *Promouvoir les projets de santé territoriaux***

**Article 7** : **Mobilisation des acteurs (professionnels de ville, hôpitaux publics et privés, HAD, ESMS) autour d’un projet de santé de territoire**

Face aux limites actuelles des différents objets de coordination existants sur le territoire (projet médical partagé, projets territoriaux de santé mentale, contrats locaux de santé…), tenant à leur nombre et au fait qu’aucune démarche ne garantit d’articulation forte entre les différents acteurs de santé, cet article vise à créer le projet territorial de santé permettant de répondre à l’objectif de décloisonnement des secteurs ambulatoire, hospitalier, et médico-social. L’article ne propose pas de définition limitative du territoire adéquat pour élaborer ces projets territoriaux de santé. Le périmètre sera défini par les acteurs eux-mêmes en fonction des réalités locales.

L’article prévoit également la validation des projets de santé des communautés professionnelles territoriales de santé par les agences régionales de santé, afin d’assurer leur coordination avec les autres acteurs du système de santé.. Il s’agit d’assurer la cohérence territoriale des projets de communauté professionnelle territoriale de santé, ainsi que celle de leur projet de santé à l’égard des objectifs du projet régional de santé. Ce mécanisme d’approbation ne vaut pas régime d’autorisation ou d’agrément dans la mesure où il ne fera pas obstacle au regroupement des professionnels de santé d’un territoire pour organiser certaines activités ou missions communes. Par contre, il conditionnera la capacité à signer un contrat territorial de santé.

**Chapitre II : *Développer une offre hospitalière de proximité, ouverte sur la ville et le secteur médico-social, et renforcer la gradation des soins***

**Article 8 : Cadre de définition des « Hôpitaux de proximité » et association des professionnels de ville à leur gouvernance**

Cet article tend à autoriser le Gouvernement à prendre par voie d’ordonnances des mesures visant à redéfinir les missions et les modalités de gouvernance des hôpitaux de proximité. L’objectif est de permettre la mise en place d’une organisation nouvelle des soins de proximité, en lien avec les acteurs de la ville et du médico-social. L’enjeu sera de définir l’hôpital de proximité à partir des missions qui lui seront confiées en précisant leur périmètre et leur caractère obligatoire. Les représentants des CPTS du territoire pourront participer aux commissions médicales d’établissements voire au conseil de surveillance des hôpitaux de proximité. Enfin une proposition d’adaptation du modèle de financement de ces structures tenant compte de leurs missions et leur organisation sera proposée dans le projet de loi de financement pour 2020.

**Article 9 : Réforme du régime des autorisations des activités de soins, dans une logique de gradation des soins**

Cet article vise à habiliter le Gouvernement à moderniser, par voie d’ordonnances, le régime des autorisations des activités de soins et des équipements de matériels lourds notamment dans un souci d’amélioration de la qualité et de la sécurité des prises en charge. En effet, les textes relatifs aux activités de soins et équipements matériels lourds actuellement soumis à autorisation ont fait l’objet de nombreux aménagements au fil du temps, ce qui a abouti à des régimes disparates et à des écarts importants entre des activités faiblement réglementées et d’autres fortement contraintes. A la suite d’une première phase (ordonnance du 3 janvier 2018) qui a permis de moderniser la procédure d’autorisation des activités de soins, la deuxième phase, qui est en cours, vise à adapter les conditions d’implantation et les conditions techniques de fonctionnement de l’ensemble des activités de soins.

**Chapitre III : *Renforcer la stratégie et la gouvernance médicales au niveau du groupement hospitalier de territoire, et accompagner les établissements volontaires pour davantage d’intégration***

Article 10 : **Renforcement de l’intégration au sein des GHT**

Cet article vient renforcer les prérogatives mises en œuvre par la loi n°2016-41 du 26 janvier 2016 instituant comme nouvel outil de coopération, les groupements hospitaliers de territoire. A ce jour, très peu de groupement hospitalier de territoire ont adopté une commission médicale commune.

Aussi, cet article vise à conforter la stratégie médicale au sein des groupements hospitaliers de territoire et renforcer la dynamique de coopération permettant d’aboutir à un projet médico-soignant partagé.

Les commissions médicales de groupement deviennent obligatoires renforçant ainsi la participation des médecins au pilotage des établissements hospitaliers et, notamment, à l’élaboration de décisions structurantes pour la politique médicale, la qualité et la pertinence des soins (à titre d’exemple, ces décisions pourront concerner les relations ville – hôpital, la politique de formation médicale, la gestion prévisionnelle des emplois et des compétences ou encore la qualité de vie au travail des personnels médicaux).

En complément de l’élargissement des compétences des instances médicales, la mesure prévoit également, par le biais d’un droit d’option, la possibilité de mutualiser certaines fonctions complémentaires pour les groupements qui seront volontaires. Cela concerne particulièrement les fonctions suivantes : la gestion des ressources humaines médicales en lien avec la stratégie médicale de groupement (optimisation de la gestion des parcours professionnels par exemple), la gestion de la trésorerie et de l’investissement (possibilité d’établir un plan global de financement pluriannuel), les instances représentatives ou consultatives (commissions de soins infirmiers de rééducation et médico-techniques, directoires, comités techniques d’établissement ou encore comités d’hygiène, de sécurité et des conditions de travail).

En accentuant la mise en œuvre d’organisations cliniques communes et la mutualisation de certaines compétences, cette mesure permet d’aller au bout de la mise en œuvre des groupements hospitaliers de territoire avec une gouvernance médicale de groupement et l’émergence de projets partagés.

**Titre III : Développer l’ambition numérique en santé**

***Chapitre Ier : Innover en valorisant les données cliniques***

**Article 11 : Elargissement du champ du SNDS à l’ensemble des données cliniques obtenues dans le cadre de soins remboursés par l’Assurance maladie pour favoriser la production et l’utilisation des données de santé et création du Health data hub par l’élargissement de l’INDS**

Cet article propose d’améliorer l’utilisation des données de santé, en créant une Plateforme des données de santé, qui se substitue à l’Institut National des Données de Santé (INDS), tout en élargissant ses missions dont celle de réunir, organiser et mettre à disposition des données du SNDS. Il s’agit d’enrichir le système national des données de santé de l’ensemble des données collectées lors des actes pris en charge par l’assurance maladie, comme les données cliniques (résultats d’examen et d’analyses, compte rendus hospitaliers,…).

Le texte élargit la possibilité d’utilisation des données du SNDS à tout traitement autorisé par la CNIL et non plus aux seuls traitements ayant une finalité de recherche, étude ou évaluation.

La responsabilité de traitement du SNDS sera répartie entre plusieurs responsables de traitement, selon les origines diverses des sources de données. Un décret et un arrêté sont attendus pour désigner les responsables de traitement, après avis de la CNIL, et les identifier nominativement.

L’objectif est de positionner la France parmi les pays en pointe en termes de structuration des données de santé.

**Chapitre II : *Doter chaque usager d’un espace numérique de santé***

**Article 12 : Ouvrir d’ici 2022, un espace numérique de santé pour chaque usager**

Cet article crée pour chaque usager la possibilité d’ouvrir, à son initiative, son espace numérique de santé (ENS) d’ici le 1er janvier 2022 afin notamment d'accéder à son dossier médical partagé, à des outils numériques permettant des échanges sécurisés avec les professionnels et les structures de santé ainsi qu’aux données relatives au remboursement de ses dépenses de santé. Cette mesure replace l’usager comme acteur de sa propre prise en charge et permet également de favoriser la prévention, la coordination, la qualité et la continuité des soins. L’article prévoit par ailleurs que l'usager pourra décider à tout moment de la fermeture de son espace numérique de sante et précise les conditions de destruction des données y figurant.

Plusieurs textes réglementaires sont attendus pour la mise en œuvre de cet article, dont un décret qui doit venir préciser la date d’entrée en vigueur du dispositif (qui sera, en tout état de cause, avant le 1er janvier 2022) et un décret qui doit préciser le ou les opérateurs qui seront chargés de l’ENS.

***Observations :***

L’article mentionne le maintien de l’accès à l’ENS des ayants droits pendant 10 ans après la clôture de ce dernier. Hormis en cas de décès de l’assuré, quelles sont les situations visées qui justifieraient l’accès des données de santé à l’ayant droit ? Ne convient-il pas d’ajouter la notion de décès dans le texte ?: « *A compter de sa clôture, faute de demande expresse de destruction du contenu de son espace numérique de santé par son titulaire ou son représentant légal ou, en cas de décès, ses ayants-droits, le contenu de son espace numérique de santé est archivé pendant dix ans, période pendant laquelle il reste accessible par son titulaire ou son représentant légal ou ses ayants-droits.* »

Cette mesure s’inscrit pleinement dans l’un des objectifs poursuivis par la COG 2018-2022 visant à développer le numérique dans la prise en charge des usagers grâce notamment à la généralisation du dossier médical partagé.

***Chapitre III : Déployer pleinement la télémédecine et les télésoins***

**Article 13 : Autoriser les professionnels de santé non médicaux à réaliser une activité à distance**

Cet article met en œuvre et définit le télésoindans la continuité des objectifs de coordination des professionnels de santé et de transformation numérique prévus par le plan « Ma Santé 2022 ». Il permet ainsi à d’autres professionnels de santé que les seuls médecins de pouvoir exercer leurs propres activités *via* les technologies de l’information et de la communication (TIC).

Il est rappelé que la prise en charge des patients à distance par des pharmaciens et auxiliaires médicaux doit être effectuée dans le cadre des règles liées à l’exercice de leurs professions telles que prévues dans le code de la santé publique.

Un renvoi aux conventions entre les représentants des professions paramédicales et l’Assurance Maladie est inséré pour déterminer les conditions de réalisation des actes et leur remboursement. Les critères préalables retenus dans la convention médicale actuelle sont ajoutés dans la loi par cet article.

**Article 14 : Moderniser le cadre de la prescription dématérialisée**

Cet article habilite le Gouvernement à prendre par voie d’ordonnances des mesures pour encourager le développement de la e-prescription, avec pour objectif d’améliorer la qualité des prescriptions, en diminuant notamment les incompatibilités et interactions médicamenteuses, tout en représentant un gain en termes de temps et de coordination pour les professionnels de santé.

Il est prévu qu’à terme la prescription électronique soit l’unique vecteur de prescription.

Le calendrier de déploiement (médicament, dispositifs médicaux, biologie, imagerie …) sera fixé par décret.

**Titre IV : Mesures diverses**

**Chapitre Ier : *Dispositions de simplification***

**Article 15 : Abrogations de dispositions législatives**

Cet article abroge les dispositifs et mesures suivantes :

- le pacte territoire-santé, pour tirer les conséquences d’un nouveau cadre d’action, initié en octobre 2017, le plan d’égal accès aux soins ;

- le dispositif de gestion de correspondance permettant la réidentification des personnes à partir des identifiants individuels du système national des données de santé (SNDS) par l’intermédiaire d’un tiers de confiance ;

- les dispositions relatives au Conseil supérieur de la pharmacie pour ses missions relatives à la procédure d’ouverture des pharmacies mutualistes ;

- la possibilité d’appel à des praticiens hospitaliers volontaires pour effectuer des missions de remplacement temporaires dans les établissements publics de santé, cette disposition introduite par la loi n° 2016-41 du 26 janvier 2016 s’étant avérée en pratique peu opérante.

- le dispositif expérimental prévoyant l’obligation de déclarer à un tiers de confiance les données et les quantités de médicaments vendus hors de France.

**Article 16 : Mesures de sécurisation des établissements de santé**

Cet article vise à sécuriser et simplifier le cadre financier et comptable des établissements de santé. Il permet d’assouplir les règles de comptabilité devant être adoptées par les établissements de santé et remplace l’obligation de réaliser des comptes consolidés par celle de fournir des comptes agrégés, selon des modalités qui seront déterminées par voie réglementaire.

**Article 17 : Suppression des bulletins d’interruption volontaire de grossesse**

Cet article supprime la production de bulletins statistiques d’interruption volontaire de grossesse remplis par les professionnels de santé et les établissements, au profit d’un système de surveillance national reposant sur les bases de données numériques, déjà existantes et mieux renseignées.

**Article 18 : Mesures de simplification**

Cet article contient plusieurs dispositions de simplification notamment en ce qui concerne le domaine médico-social***.***

**Chapitre II : *Mesures de sécurisation***

**Article 19 : Habilitation du Gouvernement à prendre diverses mesures de simplification et d’harmonisation**

Cet article habilite notamment le Gouvernement à prendre par voie d’ordonnances les mesures susceptibles de faciliter la création et le fonctionnement des structures et organisations coordonnées par la modification des cadres juridiques existants ou en adaptant les formes juridiques existantes (SISA, associations, etc…). Ces évolutions du cadre juridique peuvent notamment être rendues nécessaires pour faciliter leur création, l’exercice de leurs missions, leur organisation et leur fonctionnement, permettre le versement d’indemnités, de rémunérations collectives ou individuelles ou d’intéressements aux personnes physiques et morales qui les composent etc.

A titre d’illustration, le cadre pérenne de financement des CPTS qui va être négocié dans les semaines à venir, dans le cadre d’un accord conventionnel interprofessionnel, nécessitera peut-être de telles modifications.

*✓ Le I regroupe la simplification des modalités d’exercice des agences régionales de santé (organisation, fonctionnement) afin de permettre l’atteinte des objectifs de la stratégie nationale de santé pour 2018-2022.*

*✓ Le II a pour objet de favoriser le développement de l’exercice coordonné sous ses différentes formes notamment de communautés professionnelles territoriales de santé (CPTS) mais aussi des équipes de soins primaires, des centres de santé et de maisons de santé pluri professionnelles (MSP), en mettant à disposition des professionnels des supports juridiques adaptés et les plus simplifiés possibles pour porter leurs collaborations et projets communs. Cela permet ainsi de faciliter leur création, l’exercice de leurs missions, leur organisation et leur fonctionnement, le versement d’indemnités, de rémunérations collectives ou individuelles ou d’intéressements aux personnes physiques et morales qui en sont membres.*

* *Créer le statut juridique adapté pour porter une CPTS ;*
* *Permettre l’adaptation des MSP aux enjeux de la transformation du système de santé (exercice coordonné, emploi de professionnels dont les assistants médicaux, inscription dans les projets territoriaux de santé…)*
* *Adapter pour les structures existantes leurs objets, leurs statuts et leurs régimes fiscaux.*

*✓ Le III permet de créer au 1er janvier 2020 deux entités issues de l’agence régionale de santé de l’Océan indien : l’agence de santé de Mayotte et l’agence régionale de santé de La Réunion, afin de prendre en compte les spécificités de ces territoires.*

*✓ Le IV prévoit la mise en cohérence des différents textes avec les dispositions issues du projet de loi. Cette habilitation répond à un objectif de qualité, de lisibilité et d’intelligibilité de la loi et interviendra à l’issue de la publication de la loi et de ses ordonnances.*

**Article 20 : Mesures diverses de renforcement de la préparation du système de santé pour faire face aux situations sanitaires exceptionnelles**

Cet article a pour objet le renforcement des dispositifs existants afin d’optimiser la préparation et faire face aux situations sanitaires exceptionnelles. Sur la base des travaux réalisés par les agences régionales de santé, il s’agit de permettre la gestion des situations sanitaires exceptionnelles par une montée en puissance rapide de ses acteurs, tout en anticipant et préparant au plus tôt le retour à la situation normale. Les dispositions visent à renforcer celles liées au Plan blanc par l’instauration d’un plan global et permettre ainsi de renforcer la préparation des établissements de santé et de certains établissements et services médico-sociaux à faire face à des événements générateurs de tensions ou à des situations sanitaires exceptionnelles.

De même, cet article permet de donner aux autorités sanitaires des moyens supplémentaires pour mobiliser les professionnels de santé dans des situations d’urgence. Il prévoit en outre l’utilisation du système d’information SI-VIC, permettant d’identifier les victimes et d’assurer leur suivi dans le système de santé en cas d’accident collectif.

Enfin, l’article prévoit que les produits de santé, à délivrer et distribuer en urgence, pourront être stockés au plus près des lieux de distribution en cas d'accident nucléaire ou d'acte terroriste constituant une menace sanitaire grave.

**Article 21 : Mesures relatives aux praticiens à diplôme hors Union Européenne**

Cet article a pour objectif de rénover les modalités de recrutement des praticiens à diplôme étranger hors Union Européenne (PADHUE) qui exerceront à l’avenir dans le système de santé français. Il s’agit ici de sécuriser les processus de vérification des compétences acquises et d’améliorer les conditions d’intégration. Une procédure d’affectation spécifique par le ministre chargé de la santé est introduite, en lien avec la suppression du recrutement contractuel, pour la réalisation des fonctions probatoires.

**Titre V : Ratifications et modifications d’ordonnances**

**Article 22 : Ratification de l’ordonnance relative à la Haute Autorité de Santé et de l’ordonnance portant extension et adaptation outre-mer de dispositions de la loi n° 2016-41 du 26 janvier 2016 de modernisation de notre système de santé**

Cet article ratifie l’ordonnance n° 2017-84 du 26 janvier 2017 relative à la Haute Autorité de Santé dans le but de permettre l’intervention de celle-ci sur le territoire de Wallis-et-Futuna et le développement de ses activités internationales. L’ordonnance n° 2017-1179 du 19 juillet 2017 portant extension et adaptation outre-mer de dispositions de la loi n° 2016-41 du 26 janvier 2016 de modernisation de notre système de santé est également ratifiée.

Cet article procède par ailleurs à l’adaptation des dispositions relatives à la prescription d’activité physique par le médecin traitant à Wallis‑et‑Futuna et étend les dispositions relatives à l’interruption volontaire de grossesse en Nouvelle-Calédonie et en Polynésie-Française, notamment celle liée à l’interruption par voie médicamenteuse.

**Article 23 : Ratification de l’ordonnance n°2017-192 du 16 février 2017 relative à l’adaptation des dispositions relatives aux ordres des professions de santé (limite d’âge des conseillers ordinaux et présidents de chambres disciplinaires ou de sections)**

Cet article ratifie l’ordonnance n°2017-192 du 16 février 2017 relative à l’adaptation des dispositions législatives relatives aux ordres des professions de santé et modifie les conditions d’éligibilité des conseillers ordinaux des professions de santé ainsi que des magistrats de l’ordre administratif aux fonctions de présidents des chambres disciplinaires et des sections des assurances sociales.

Cet article ratifie enfin trente ordonnances qui ont été publiées sur le fondement de la loi n°2016-41 du 26 janvier 2016 de modernisation de notre système de santé.