Document de présentation

du projet de loi portant organisation et transformation du système de santé

CRSA 15 Janvier 2019

Ce document a vocation à présenter le futur projet de loi relatif à l'organisation et à la transformation du système de santé, qui devrait être déposé au premier semestre 2019 au Parlement, et qui sera la traduction de la stratégie de transformation du système de santé sur le plan législatif.

Il aura pour ambition de produire, par un nombre limité de mesures, un effet de levier pour réformer l'offre de soins, et apporter des réponses à ses enjeux, issus d'un diagnostic largement partagé.

Le système de santé français montre d'excellents résultats, notamment en matière de prise en charge des pathologies aigües, et est reconnu pour son accessibilité financière, avec un reste à charge faible pour les patients, de l'ordre de 7,5%[1]. Cette qualité globale du système de soins se traduit par une série d'indicateurs positifs : espérance de vie[2] en augmentation, réduction de la mortalité et notamment de la mortalité prématurée, c'est-à-dire avant 65 ans, ou encore amélioration de la durée de vie des malades chroniques.

Néanmoins, la France, comme l'ensemble des pays développés, est confrontée aujourd'hui à des défis structurels qui nécessitent une évolution profonde de ses organisations : vieillissement de la population, conséquence de l'augmentation de l'espérance de vie, augmentation de la prévalence des maladies chroniques, qui pèseront de façon croissante sur le système de soins, persistance, également, des inégalités territoriales en santé. Ces constats appellent à des transformations profondes des organisations et de la prise en charge, portées par une vision de long terme.

Les travaux préparatoires à la stratégie de transformation du système de santé, lancés officiellement à la suite du discours d'Eaubonne, le 13 février 2018, par le Premier ministre et la ministre des solidarités et de la santé, ont donné une image concrète de ces insuffisances, et conforté le besoin d'un changement systémique. Ils ont mis en lumière une double inadaptation des organisations :

- du point de vue des patients, en soulignant, par exemple, des attentes insatisfaites en matière de délais de rendez-vous, d'accès aux soins dans certains territoires, d'absence de coordination des professionnels, de difficultés à obtenir de l'information ;
- du point de vue des professionnels de santé, qui soulignent, quant à eux, le poids des charges administratives, la multiplication de certains actes et l'insuffisante reconnaissance de la qualité des soins, le manque de temps dédié à la personne malade, ou encore la faiblesse des évolutions professionnelles, et de la reconnaissance de leur implication.

[1] DREES, *Les dépenses de santé en 2017*. Cette part est la plus faible de l'Union européenne à 15

[2] Elle est de 85 ans pour les femmes en 2015, parmi les plus élevées d'Europe, et 78,9 ans pour les hommes, dans la moyenne européenne. En dix ans, l'espérance de vie des femmes a progressé de 1,2 an et celle des hommes de 2,2 ans. Cf. DREES, *L'état de santé de la population en France*, rapport 2017

Ces travaux ont également renouvelé le constat d'un trop grand cloisonnement sectoriel entre ville, hôpital et médico-social d'une part, public et privé, d'autre part. Ces trop nombreuses rigidités ne sont pas palliées par les outils de coordination existants, hétérogènes et insuffisamment développés, et la reconnaissance des bonnes pratiques en matière de suivi et de gestion de parcours est encore perfectible.

C'est dans ce contexte qu'est intervenue l'annonce par le Président de la République, le 18 septembre 2018, de la stratégie de transformation du système de santé, qui s'articule autour de trois principes :

- la qualité des prises en charge, en plaçant l'usager au centre du dispositif ;
- une structuration de l'offre renouvelée, en renforçant l'accès aux soins par un maillage territorial de proximité ;
- des métiers et des modes d'exercice repensés.

Ce programme trouve ainsi une traduction législative, qui n'épuise pas l'ensemble de la stratégie, puisque d'autres leviers, conventionnels, réglementaires, financiers, seront également mobilisés pour conduire le changement, dans un cadre de dialogue et de concertation.

Le projet de loi comporte un certain nombre d'articles d'habilitation à légiférer par ordonnance. Cela s'explique par un calendrier d'élaboration de la loi resserré, puisque les mesures relatives aux études de santé nécessitent une mise en œuvre rapide : la suppression de la première année commune aux études de santé (PACES) doit en effet intervenir dès septembre 2020, et les futurs étudiants doivent connaitre les modalités de leur entrée en formation suffisamment en amont, en temps utile pour leur préparation. Or, il apparaissait nécessaire de se donner le temps de discuter, voire de co-construire avec les acteurs, certains dispositifs, d'où le recours à une habilitation à légiférer par ordonnance, qui est ici la garantie du temps de la concertation. C'est le cas, par exemple, de la redéfinition des hôpitaux de proximité dont les travaux ont commencé en novembre, ou du nouveau cadre d'emploi médical à l'hôpital dont les travaux seront lancés au début de l'année 2019.

Le présent document a donc pour objet de présenter les principales orientations du futur projet de loi, tout en invitant à participer à une concertation élargie, qui caractérisera la conduite de ce projet de transformation.

***

1. De façon cohérente avec les développements précédents, le titre 1er de la loi vise à créer un collectif de soins, au service des patients, et au plus près des besoins du territoire. Cela prendra, tout d'abord, la forme des projets de santé de territoire, qui seront créés, et pensés comme des outils souples, à l'initiative des acteurs, qu'ils soient libéraux, en exercice regroupé ou coordonné, hospitalier, du secteur social ou médico-social, public ou privé, pour mettre en cohérence leurs actions et en augmenter la lisibilité. Afin d'accompagner le développement des communautés professionnelles territoriales de santé, qui ont vocation à couvrir l'ensemble du territoire, leur projet de santé sera validé par les agences régionales de santé (ARS), dans un souci de bonne articulation, notamment avec le projet régional de santé.

Le statut des hôpitaux de proximité sera, par ailleurs, revisité. Une habilitation à légiférer par ordonnance sera sollicitée du Parlement, afin d'en définir les missions socles, la gouvernance,

puis les modalités de financement. En lien étroit avec ces établissements, qui constitueront un des piliers de l'offre de soins de premier recours, sera conduite la réforme du régime des autorisations des activités, afin d'accompagner la gradation des soins, dans une recherche de qualité, de la sécurité et de pertinence des prises en charge.

Un chapitre sera consacré à « l'acte II des groupements hospitaliers de territoire » (GHT), afin de poursuivre et d'approfondir le mouvement engagé par la loi n° 2016-41 du 26 janvier 2016 de modernisation de notre système de santé. Il s'agira ainsi de donner tout son sens au projet médical partagé en mutualisant la gestion des ressources humaines médicales, odontologiques, pharmaceutiques et maïeutiques au niveau du groupement, et de tirer toutes les conséquences de la stratégie médicale partagée en matière de gouvernance. Cela passera par la création d'une commission médicale de groupement, et l'adaptation des compétences des commissions médicales d'établissements. La gouvernance médicale des établissements et des GHT sera renforcée.

Par ailleurs, pour les établissements qui souhaiteraient aller, sur la base du volontariat, vers davantage d'intégration, sera mis en place un droit d'option permettant de mettre en commun, au niveau du groupement, certaines compétences spécifiques, comme la gestion de la trésorerie, les investissements ou le rapprochement des instances.

2. Le titre II de la loi sera consacré aux formations et aux carrières des professionnels. Cela concerne en premier lieu la formation initiale, pour répondre à l'engagement d'une réforme profonde des études de santé, avec une suppression de la PACES dès septembre 2020, corrélée à la fin du numerus clausus, d'une part, et, d'autre part, une réforme du second cycle, avec la fin annoncée des épreuves classantes nationales (ECN), dont les dernières se tiendront en juin 2021.

S'agissant du premier cycle, un accès à ces études depuis des voies plus diversifiées sera permis. Ces évolutions auront pour but, tout en maintenant une procédure exigeante et sélective, garante d'un haut niveau de compétences, d'éviter les redoublements d'étudiants ayant validé leur première année, de permettre une orientation progressive et une formation plus adaptée aux connaissances, compétences et aptitudes, de favoriser les enseignements communs et donc la pluriprofessionnalité. Elles apporteront, par conséquent, une réponse au coût social associé à la PACES, et permettront une amélioration de la qualité de vie des étudiants.

En ce qui concerne le second cycle, la procédure actuelle de classement, jugée rigide et inadaptée aux enjeux de formation des futurs médecins, sera rénovée. Il s'agira de créer une procédure d'orientation prenant en compte les connaissances, mais aussi les compétences cliniques et relationnelles, qui soit respectueuse des projets professionnels des futurs médecins. L'orientation sera plus active et progressive, et donc plus objective, afin de sortir de l'évaluation de connaissance comme critère unique d'affectation à une spécialité et à une subdivision territoriale, déterminante pour l'ensemble de la carrière professionnelle.

La formation initiale doit, bien entendu, s'inscrire dans un continuum avec la formation tout au long de la vie, garantie de la qualité des soins et de l'actualisation des connaissances, pour les professionnels. C'est pourquoi une habilitation à légiférer par ordonnance sera également

demandée pour instruire et mettre en œuvre les propositions du rapport du Pr. Uzan, sur la recertification des médecins[3].

Un chapitre est consacré à la facilitation des débuts de carrière et à la réponse aux enjeux des territoires. Tout d'abord, la suppression des ECN implique de réviser les dispositions relatives au contrat d'engagement de service public, dispositif d'incitation à l'installation en zone sous-denses : ce dispositif sera élargi au praticiens à diplômes étrangers hors Union européenne, et son bénéfice sera sécurisé en cas de modification par l'ARS du zonage prioritaire pour les aides à l'installation des médecins. Un article sera consacré à l'extension du dispositif de médecin adjoint[4], actuellement réservé à des cas d'afflux exceptionnel de population, aux zones sous-denses ou en cas de carence ponctuelle, constatée par le conseil départemental de l'ordre des médecins.

Toujours en matière de carrière, une habilitation à légiférer par ordonnance est prévue, pour adapter les dispositions statutaires des personnels médicaux, odontologiques et pharmaceutiques exerçant dans les établissements publics de santé et les établissements et services sociaux et médico-sociaux. Il s'agira de constituer un statut unique de praticien hospitalier associé à la suppression du concours, afin de faciliter l'entrée dans la carrière, de diversifier les parcours professionnels, notamment par la reconnaissance des valences non cliniques, et de rendre plus aisé l'exercice mixte. De façon corrélée et complémentaire, seront examinées plus spécifiquement les conditions de recours au contrat, dans le cadre d'un contrat unique, se substituant aux multiples formes existantes, de manière à permettre aux établissements de disposer de modalités plus souples de recrutement.

3. L'innovation et les outils numériques doivent être mis au service de l'ambition de transformation du système de santé, et sont l'objet du titre III du projet de loi. Il s'agit d'abord de mesures visant à pleinement utiliser et à étendre le champ des données de santé recueillies par le système national des données de santé (SNDS), par la création du « *Health data hub* » - guichet unique et sécurisé permettant le partage des données de santé dans le respect du droit des patients et en assurant la transparence avec la société civile. Ces dispositions mettent ainsi en œuvre les conclusions du rapport de sa mission de préfiguration[5]. L'exploitation de ces données, aux fins notamment de recherche, d'études et d'évaluation, serait facilitée, au bénéfice des progrès de la recherche et de la qualité des soins offerte aux patients.

Des dispositions spécifiques seront également prévues pour rendre possible l'espace numérique de santé qui doit être ouvert à chaque usager à l'horizon 2022[6]. La première brique de cet espace sera le dossier médical partagé, et il aura vocation à regrouper l'ensemble des données de santé du patient et donner facilement accès à un bouquet de services et d'applications – il sera donc voué à s'enrichir de façon évolutive.

---

[3] Rapport du Pr. Serge Uzan, *Exercer une médecine de qualité grâce à des connaissances et des compétences entretenues*, novembre 2018

[4] Ce dispositif est prévu par l'article L. 4131-2 du code de la santé publique permet à un interne en médecine d'assister un médecin en cas d'afflux exceptionnel de population constaté par arrêté préfectoral. Cette assistance est soumise à autorisation du conseil départemental de l'ordre, pour une durée limitée fixée par voie réglementaire.

[5] *Health data hub,* mission de préfiguration pilotée par Marc Cuggia, Dominique Polton, Gilles Wainrib, et rapportée par Stéphanie Combes.

[6] En application du rapport *Accélérer le virage numérique*, D. Pon et A. Coury, juin 2018

Enfin, un ensemble de dispositions œuvrera à renforcer la télémédecine et les télésoins, c'est-à-dire l'exercice de leur métier par des professionnels de santé, autres que médicaux, par des vecteurs dématérialisés. S'agissant des télésoins, il s'agira d'autoriser la prise en charge des patients à distance par des pharmaciens et auxiliaires médicaux dans le cadre des règles liées à l'exercice de leurs professions. D'autres professionnels que les seuls médecins pourront donc exercer leur activité à distance *via* les technologies de l'information et de la communication.

Il conviendra également, par le biais d'une habilitation à légiférer par ordonnance, de donner les moyens d'un véritable déploiement de la e-prescription, qui, si elle a été autorisée dès 2004 en France sous certaines conditions, reste, près de 15 ans plus tard, encore à un stade expérimental. Elle se caractérisera à la fois par la dématérialisation des prescriptions, et par des délivrances de prestations, pour l'ensemble des patients, quel que soit leur régime d'appartenance. Ce changement œuvrera à transformer profondément notre système de santé, en simplifiant et en sécurisant l'ensemble du circuit de l'ordonnance, de la prescription jusqu'à la délivrance ou la réalisation de l'acte, et en fluidifiant les échanges entre professionnels de santé.

En lien avec cette exigence de modernisation, l'article 34 de la loi du 13 août 2004 relative à l'assurance maladie, qui exigeait, pour la formulation d'une prescription de soins ou de médicaments à distance, un examen clinique préalable et limitait les vecteurs au seul courriel, sera abrogé, puisqu'il est rendu obsolète par le cadre actuel de la télémédecine.

4. Le titre IV du projet de loi sera dédiée à des mesures diverses de simplification, d'harmonisation et de sécurisation juridiques. Un article regroupera plusieurs habilitations à légiférer par ordonnance relatives à la simplification du droit ou de l'action administrative. Il comportera des items relatifs à :

- la clarification et priorisation des missions des ARS, pour tirer les conséquences de leur revue de mission engagée début 2018 ;
- la simplification de la procédure des protocoles de coopération entre professionnels de santé, issue de la loi du 21 juillet 2009 ;
- la fusion des dispositifs d'appui à la coordination des parcours complexes, aujourd'hui trop nombreux[7] et insuffisamment articulés ;
- l'adaptation du cadre juridique de l'exercice coordonnée sous ses différentes formes, communautés professionnelles territoriales de santé (CPTS), ou maisons de santé pluri-professionnelles, afin de faciliter ce mode d'exercice ;
- la simplification du régime de fusions des établissements de santé ;
- la création d'une agence de santé à Mayotte.

Au sein du même chapitre, un article sera relatif au renforcement du système de santé, pour faire face aux situations sanitaires exceptionnelles ou de crise. Un article sera consacré à la rénovation des modalités de recrutement des praticiens à diplôme étranger hors Union Européenne. Deux dispositions seront relatives aux finances des établissements de santé, l'une

[7] Qu'il s'agisse des méthodes d'action pour l'intégration des services d'aide et de soin dans le champ de l'autonomie (MAIA), des coordinations territoriales d'appui (CTA) du programme relatif au parcours des personnes âgées en risque de perte d'autonomie (PAERPA), des plateformes territoriales d'appui (PTA)

substituant à la notion de comptes consolidés des hôpitaux[8], celle de comptes agrégés ; l'autre transposant aux établissements publics de santé une disposition législative introduite par la loi de finances pour 2016 au bénéfice des collectivités territoriales, leur permettant de faciliter le processus de sécurisation de certains types d'emprunts toxiques.

Le chapitre II de ce titre sera consacré à l'abrogation de dispositions législatives devenues sans objet et à une prorogation[9]. Enfin, le dernier chapitre de la loi est dédié à la ratification d'ordonnances.

***

Telles sont les grandes orientations du futur projet de loi que nous souhaitions porter à votre connaissance. Nous vous invitons, dans un délai d'un mois à compter de la réception de ce document, à nous faire part de vos éventuelles réactions et contributions, afin, le cas échéant, de les intégrer au texte encore en cours de préparation, dans le cadre de concertation fixé à l'article L. 1411-1 du code de la santé publique[10].

---

[8] Par dérogation à l'article 13 de la loi n° 85-11 du 3 janvier 1985 relative aux comptes consolidés de certaines sociétés commerciales et entreprises publiques.

[9] Il s'agit de la suppression :

- du conseil supérieur de la pharmacie ;
- du pacte-territoire santé ;
- du tiers de confiance sur les quantités de médicaments ;
- du tiers de confiance SNDS ;
- de l'appel à des praticiens volontaires ;
- de la suppression des bulletins d'IVG.

Ce chapitre contient également une prorogation relative au cadre d'évolution de certains établissements de santé privés d'intérêt collectif fonctionnant historiquement avec des médecins libéraux.

[10] Qui dispose en son dernier alinéa que « Tout projet de loi portant sur la politique de santé, à l'exclusion des projets de loi de financement de la sécurité sociale et de loi de finances, fait l'objet d'une concertation préalable avec l'Union nationale des caisses d'assurance maladie, les organismes professionnels représentant les mutuelles et unions de mutuelles régies par le code de la mutualité, les institutions de prévoyance et unions d'institutions de prévoyance régies par le code de la sécurité sociale, les entreprises mentionnées à l'article L. 310-1 du code des assurances et offrant des garanties portant sur le remboursement et l'indemnisation des frais occasionnés par une maladie, une maternité ou un accident, l'Union nationale des professionnels de santé, les représentants des collectivités territoriales et l'Union nationale des associations agréées d'usagers du système de santé. »