

# Loi Ségur visant à améliorer le système de santé par la confiance et la simplification

Synthèse documentaire

Mai 2021

Centre de documentation de l'Irdes

Marie-Odile Safon

**Synthèses & Bibliographies**

Reproduction sur d'autres sites interdite mais lien vers le document accepté  
[www.irdes.fr/documentation/syntheses-et-dossiers-bibliographiques.html](http://www.irdes.fr/documentation/syntheses-et-dossiers-bibliographiques.html)

## Sommaire

<b>En guise d'introduction : les jalons du Ségur de santé .....</b>	<b>3</b>
<b>Chronologie du Ségur de santé et de la loi.....</b>	<b>7</b>
<b>Contenu de la loi .....</b>	<b>7</b>
<b>CHAPITRE 1 -EXERCICE EN PRATIQUE AVANCEE ET PROTOCOLES DE COOPERATION .....</b>	<b>8</b>
<b>CHAPITRE 2 : L'EVOLUTION DES PROFESSIONS DE SAGE-FEMME ET DE CERTAINS AUXILIAIRES MEDICAUX.....</b>	<b>10</b>
<b>CHAPITRE 3 : RECRUTEMENT DES PRATICIENS HOSPITALIERS ET MESURES DIVERSES CONCERNANT L'EMPLOI EN     ETABLISSEMENT PUBLIC DE SANTE .....</b>	<b>11</b>
<b>CHAPITRE 4 : SIMPLIFICATION DE LA GOUVERNANCE DANS LES ETABLISSEMENTS PUBLICS DE SANTE.....</b>	<b>11</b>
<b>CHAPITRE 5 : SIMPLIFICATION ET GOUVERNANCE DES ORGANISMES REGIS PAR LE CODE DE LA MUTUALITE .....</b>	<b>14</b>
<b>CHAPITRE 6 : SIMPLIFICATION DES DEMARCHES DES PERSONNES EN SITUATION DE HANDICAP .....</b>	<b>15</b>
<b>Aspects réglementaires .....</b>	<b>15</b>
<b>LES PROJETS DE LOI SUCCESSIFS.....</b>	<b>15</b>
<b>LA MISE EN ŒUVRE DE LA LOI .....</b>	<b>16</b>
<b>Bibliographie.....</b>	<b>16</b>
<b>AVIS ET RAPPORTS .....</b>	<b>16</b>
<b>ANALYSES D'ENSEMBLE .....</b>	<b>20</b>
<b>ANALYSES PONCTUELLES .....</b>	<b>21</b>
<b>Ressources électroniques .....</b>	<b>28</b>
<b>SITES INSTITUTIONNELS .....</b>	<b>28</b>
<b>AUTRES SOURCES.....</b>	<b>29</b>

## En guise d'introduction : les jalons du Ségur de santé

Le Ségur de la santé a été lancé le 25 mai 2020 par le premier ministre, Édouard Philippe et le ministre chargé de la santé, Olivier Véran, dans un contexte de crise récurrente au sein des hôpitaux et des Ehpad, aggravée par la gestion difficile de l'épidémie de la Covid-19.

Pilotée par Nicole Notai, ce Ségur de la santé ouvre plus d'un long mois de concertation avec les acteurs du système de soins :

- Des concertations nationales à travers un Comité Ségur national et un groupe Ségur national spécifique autour des carrières et des rémunérations, dès le 26 mai ;
- Des retours d'expérience dans les territoires à partir du 29 mai ;
- Une consultation citoyenne sur l'hôpital menée par le Conseil économique, social et environnemental (Cese), en ligne via un espace d'expression dématérialisé.

Dans la lignée des orientations fixées par le Président de la République, les concertations du Ségur de la santé reposent sur quatre piliers :

- Pilier n°1 : Transformer les métiers et revaloriser ceux qui soignent ;
- Pilier n°2 : Définir une nouvelle politique d'investissement et de financement au service des soins ;
- Pilier n°3 : Simplifier radicalement les organisations et le quotidien des équipes ;
- Pilier n°4 : Fédérer les acteurs de la santé dans les territoires au service des usagers.

> Pour en savoir plus : [Communiqué de presse du ministère chargé de la santé](#)

Les travaux du Ségur de la santé ont ainsi permis de négocier avec l'ensemble des représentants syndicaux et professionnels des engagements forts de revalorisation pour les professionnels et cadres des établissements de santé ainsi que des Ehpad. Le 13 juillet 2020, les accords du Ségur de la santé sont signés par le Premier ministre, le ministre chargé la Santé, ainsi que par une majorité d'organisations syndicales représentant d'une part, les professions non médicales (FO, CFDT, UNSA) et d'autre part, les personnels médicaux de l'hôpital public (INPH, SNAM-HP, CMH).

Les deux accords consacrent respectivement :

- 7,6 milliards d'euros par an à la revalorisation de l'ensemble des métiers non-médicaux dans les établissements de santé et médico-sociaux des secteurs publics ou privés, et prévoyant également le recrutement de 15 000 personnels.
- 450 millions d'euros par an à l'attractivité de l'hôpital public pour les praticiens hospitaliers.

Et après concertation des syndicats et représentants des étudiants médicaux, étudiants paramédicaux et des internes, le Gouvernement s'est également engagé à consacrer 200 millions d'euros par an à la revalorisation des indemnités de stage et émoluments d'internats, à la revalorisation des gardes pour les internes.

➤ Pour en savoir plus : [Dossier de presse du ministère chargé de la santé. 2020/07.](#)

Le 21 juillet 2020, Olivier Véran a présenté les conclusions du Ségur de la santé. Elles consacrent la poursuite de la modernisation du système de santé en France et le souhait d'améliorer le quotidien des soignants ainsi que la prise en charge des patients.

Les conclusions reposent sur :

- Les conclusions de la mission Claris sur la gouvernance de l'hôpital<sup>1</sup> ;
- Les recommandations de la mission Notat<sup>2</sup> ;
- Les résultats de la consultation en ligne des professionnels<sup>3</sup> ;
- Les 108 contributions des acteurs de notre système de santé<sup>4</sup>.

Elles s'articulent autour de 33 propositions selon les lignes directrices suivantes :

- 19 milliards d'euros d'investissement dans le système de santé pour améliorer la prise en charge des patients et le quotidien des soignants ;
- 8,2 milliards d'euros par an pour revaloriser les métiers des établissements de santé et des Ehpad, et reconnaître l'engagement des soignants au service de la santé des Français.
- 15 000 recrutements à l'hôpital public ;
- Accélérer la sortie du "tout T2A" (tarification à l'acte) et privilégier la qualité des soins.
- Financer l'ouverture ou la réouverture de 4000 lits « à la demande » ;
- Mettre fin au mercenariat de l'intérim médical à l'hôpital public ;
- Redonner toute sa place au service hospitalier au sein des établissements de santé ;
- Former plus de soignants dans les filières paramédicales pour mieux prendre en charge les patients ;
- Faciliter l'accès aux soins non-programmés et à l'exercice coordonné ;
- Développer fortement la télésanté en s'appuyant sur les acquis de la crise pour mieux soigner les Français ;
- Donner aux territoires les principaux leviers de l'investissement en santé dans l'intérêt de leurs habitants ;
- Combattre les inégalités de santé.

➤ Pour en savoir plus : [Dossier de presse du ministère chargé de la santé](#). 2020/07.

Le 3 septembre 2020, le Premier ministre Jean Castex a présenté le plan "France Relance", une feuille de route pour la refondation économique, sociale et écologique du pays. Dans le cadre du Ségur de la santé, 6 milliards d'euros du plan de relance sont consacrés à l'investissement dans les secteurs de la santé, du médico-social et du numérique en santé. Plus précisément le plan prévoit :

- 2,1 milliards d'euros sur 5 ans pour la transformation, rénovation, équipement et rattrapage numérique dans les établissements médico-sociaux ;
- 5 milliards d'euros sur 5 ans pour l'investissement en santé dans les territoires à travers des projets hospitaliers prioritaires et des projets ville-hôpital ;
- 1,4 milliards d'euros sur 3 ans pour la modernisation des outils numériques en santé et le rattrapage du retard, dans l'interopérabilité d'un système informatique à un autre, des acteurs de la santé. Cela permettra au dossier médical d'un patient de pouvoir être transféré d'un centre de soin à un autre pour améliorer le suivi tout au long de son parcours.

➤ Pour en savoir plus : [Dossier de presse du ministère chargé de l'économie](#). 2020/09.

---

<sup>1</sup> Claris, O., Piney, D., Haoui, R. - [Mission sur la gouvernance hospitalière](#). 2020/06

<sup>2</sup> [Recommandations de la mission Notat – Ségur de la santé](#). 2020/07 et [présentation des recommandations](#).

<sup>3</sup> [Résultats de la consultation en ligne des professionnels](#).

<sup>4</sup> [Les 108 contributions des acteurs de notre système de santé](#) ;

Le 23 septembre 2020, Olivier Véran a mis en place le comité de suivi du Ségur de la santé réunissant les principaux acteurs (représentants des personnels non médicaux, médicaux, des professionnels libéraux, des communautés hospitalières et médico-social, des étudiants et usagers), L'instance devra s'assurer de la mise en œuvre des 33 mesures annoncées par le gouvernement en juillet dernier pour accélérer la transformation du système de santé. Le ministre s'est engagé à réunir ce comité de suivi trimestriellement. Il a confié une deuxième mission d'évaluation à Nicole Notat, dont les objectifs seront de « savoir si les mesures sont connues et comprises des acteurs de santé, et si elles répondent à leurs attentes ». A l'occasion de cette première réunion, le ministère a souligné les « premières réalisations des engagements pris », à commencer par les revalorisations des personnels non médicaux, médicaux et des étudiants dès ce mois-ci puis des internes dès novembre prochain. La « gestion déconcentrée des investissements » a été anticipée avec la conduite d'un projet pilote par l'ARS Bretagne.

- Pour en savoir plus : [Dossier de presse du ministère chargé de la santé](#). 2021/09/23

Le 9 mars 2021, la phase 2 du Ségur de santé est lancée. Après des revalorisations significatives des professionnels de santé, il s'agit de transformer l'essai en investissant sur le long terme dans le système de santé français. La somme de 19 milliards d'euros est annoncée. Un plan d'investissement beaucoup plus important que les précédents plans : Hôpital 2007 (6 milliards d'euros) et Hôpital 2012 (2,5 milliards d'euros). Le périmètre concerné est celui des établissements de santé, du secteur médico-social, en faisant du numérique une priorité et en restaurant les capacités financières des établissements.

Les fonds seront répartis dans une logique de déconcentration. Ainsi, les 14,5 Mds € destinés aux établissements seront délégués aux ARS. Le seuil au-dessus duquel la décision d'investissement relève du niveau national est rehaussé de 50 Ms € à 150 Ms € (soit un hôpital de 600 lits). Pour accompagner les projets conduits dans leurs territoires, les équipes des ARS seront renforcées sur les compétences requises pour gérer les investissements. Elles devront associer « plus étroitement les élus ainsi que les acteurs de santé locaux, dans toutes les composantes du système de santé, en ville, à l'hôpital et dans le secteur médico-social ». Ces agences pourront aussi solliciter, pour les projets d'ampleur ou complexes, l'accompagnement d'un expert de haut niveau désigné au niveau national, sur proposition du conseil scientifique. Sur le plan médico-social, elles sont incitées à travailler avec les conseils départementaux, et en suivant les nouvelles lignes des plans d'aide à l'investissement (PAI) de la CNSA. Le plan est enfin financé par 13 Md€ de reprise de dette hospitalière, *via* un emprunt sur trois ans de la Caisse d'amortissement de la dette sociale (Cades), et de 6 Md€ de fonds européens dans le cadre du plan de relance communautaire.

- Pour en savoir plus : [Dossier de presse du ministère chargé de la santé](#). 2020/03/09.
- [Circulaire du 10 mars 2021 relative aux investissements](#)

Par ailleurs, afin de faciliter la mise en œuvre de plusieurs mesures du Ségur de la santé, les députés de la majorité mené par la députée LREM Stéphanie Rist, ont déposé, le 21 octobre 2020, une proposition de loi de 15 articles<sup>5</sup>. Cette loi a pour objectif de traduire les aspects non financiers du Ségur de santé. La loi dite *d'amélioration du système de santé par la confiance et la simplification* est adoptée définitivement au Parlement le 14 avril 2021. Après le rejet préalable au Sénat, le texte voté en lecture définitive est très similaire à celui voté en deuxième lecture à l'Assemblée nationale. Les articles portent notamment sur la gouvernance hospitalière, la politique de management et la maîtrise des dépenses d'intérim la création d'une profession médicale intermédiaire sans oublier la plateforme *Mon Parcours Handicap* et les services d'accès aux soins (SAS).

---

<sup>5</sup> [Proposition de loi visant à améliorer le système de santé par la confiance et la simplification](#). Assemblée nationale. 2020/10/22.

Le contrôle des dépenses d'intérim médical est ainsi adopté dans la version promue par les députés avec un contrôle de légalité de la dépense par le comptable public opéré après l'engagement de la dépense— le comptable est chargé de rejeter la dépense si elle dépasse les plafonds. La loi permet aux hôpitaux de réhabiliter le rôle du service, conformément aux recommandations contenues dans le rapport du Pr Olivier Claris. Plus largement, la future loi permet d'offrir plus de libertés aux établissements de santé dans leur organisation interne et leur gouvernance. Un droit d'option est ainsi ouvert. Une commission médico-soignante peut aussi être mise en place en substitution de la commission médicale d'établissement et de la commission des soins infirmiers, de rééducation et médico-techniques. Le texte consacre dans la loi la création des services d'accès aux soins, en précisant sa mission mais sans trancher l'épineuse question du numéro unique. Enfin, la proposition de loi porte également sur les compétences de certaines professions de santé.

Malgré il convient de remarquer que, malgré d'importants désaccords, les députés ont laissé subsister lors de leur lecture définitive plusieurs apports sénatoriaux, notamment en ce qui concerne la présence du ministre du handicap au sein du comité des coopérations interprofessionnelles, de la possibilité de recourir aux pharmacies à usage intérieur pour les vaccinations, de dépassements d'honoraires ou encore d'interopérabilité des systèmes informatiques. Bien que la création de la profession médicale intermédiaire, engagement issue du Ségur, ait été reportée, le texte laisse aux acteurs locaux de larges possibilités d'organisations et de coopérations interprofessionnelles. Ces expérimentations, qui peuvent être largement différenciées en fonction des problématiques propres aux territoires et aux situations rencontrées, pourront être élargies au niveau national en cas de succès. Au-delà de ces coopérations professionnelles, les établissements publics de santé trouveront grâce à cette loi de plus grandes capacités d'adapter leur organisation interne en fonction des aspirations des personnels et de leurs situations spécifiques. Ceci est à saluer, de même que les capacités de prescription plus larges accordées à de nombreuses professions médicales et paramédicales, au premier rang desquelles les sages-femmes<sup>6</sup>.

Il convient aussi de noter que la [loi de financement de la sécurité sociale pour 2021](#)<sup>7</sup> a intégré également certaines mesures annoncées été 2020 : reprise de dettes des établissements de santé, généralisation des hôtels hospitaliers ou encore expérimentations sur le financement des activités de médecine. Parmi les autres avancées, la mise en place de protocoles de coopération locaux et le développement de l'exercice coordonné et de la télésanté dans le cadre des négociations conventionnelles en cours.

Après un cadrage chronologique sur l'état d'avancement du projet de loi, l'objectif de cette synthèse est d'en analyser les principales dispositions et de proposer quelques éléments bibliographiques (rapports, articles...) ainsi que des ressources électroniques.

---

<sup>6</sup> [Note de Nile sur la loi Ségur](#). 10 mai 2021

<sup>7</sup> Voir sur le site de l'Irdes [la synthèse sur les lois de financement de la sécurité sociale](#). 2021/02.

## Chronologie du Ségur de santé et de la loi

Dates	Événements	Sites
25 mars 2020	Discours d'Emmanuel Macron à Mulhouse : annonce d'un plan massif d'investissement et de revalorisation des carrières à l'hôpital	<a href="#">Site de l'Élysée</a> <a href="#">Youtube</a>
25 mai 2020	Lancement de la concertation dite « Ségur de santé »	<a href="#">Communiqué de presse du ministère de la santé</a>
	50 jours de concertation	<a href="#">Site du ministère de la santé</a>
13 juillet 2020	Signature des accords de Ségur	<a href="#">Site du ministère chargé de la santé</a>
21 juillet 2020	Présentation des 33 propositions pour accélérer la transformation du système de santé (1 <sup>er</sup> phase du Ségur de santé)	<a href="#">Site du ministère de la santé</a>
3 septembre 2020	Présentation du plan de relance de l'emploi par Jean Castex	<a href="#">Site du ministère chargé de l'économie</a>
9 septembre 2020	22 sites pilote retenus pour l'expérimentation du pacte de refondation des urgences – Service d'accès aux soins (SAS)	<a href="#">Site du ministère de la santé</a>
23 septembre 2020	Mise en place du comité de suivi du Ségur de santé	<a href="#">Site du ministère chargé de la santé</a>
22 octobre 2020	Proposition de loi visant à améliorer le système de santé par la confiance et la simplification (15 articles)	<a href="#">Site de l'Assemblée nationale</a>
	Remaniement du projet de loi en commission mixte paritaire	<a href="#">Site de l'Assemblée nationale</a>
8 décembre 2020	Vote en première lecture à l'Assemblée nationale (37 articles)	<a href="#">Site de l'Assemblée nationale</a>
17 février 2021	Passage à la commission des affaires sociales du Sénat (30 articles)	<a href="#">Site du Sénat</a>
18 février 2021	Adoption de la loi Ségur par le Sénat	<a href="#">Site du Sénat</a>
2 mars 2021	Passage de la loi à la commission mixte paritaire	<a href="#">Site de l'Assemblée nationale</a> <a href="#">Site du Sénat</a>
9 mars 2021	Lancement de la phase 2 du Ségur de santé – Relancer les investissements en santé	<a href="#">Site du ministère chargé de la santé</a>
18 mars 2021	Nouvelle lecture du projet de loi à l'Assemblée nationale	<a href="#">Le texte adopté sur le site de l'Assemblée nationale</a>
25 mars 2021	Rejet du projet de loi à la commission mixte paritaire du Sénat. Rapport Millon	<a href="#">Site du Sénat</a>
1 <sup>er</sup> avril 2021	Examen de la loi en 2 <sup>e</sup> lecture au Sénat Rejet de la loi	<a href="#">Site du Sénat</a>
7 avril 2021	Installation du Conseil national des investissements en santé	
12 avril 2021	Revalorisation des carrières	Site du ministère <a href="#">Communiqué de presse</a>
14 avril 2021	Adoption définitive de la loi au Parlement	<a href="#">Dossier législatif sur le site de l'Assemblée nationale</a> <a href="#">Dossier législatif sur le site du Sénat</a>
27 avril 2021	Parution de la loi au JORF	<a href="#">Loi n° 2021-502 du 26 avril 2021</a>

## Contenu de la loi

Cette proposition de loi, portée par Stéphanie Rist (députée du Loiret, LREM), a pour objectif de répondre à plusieurs engagements issus du Ségur de la Santé.

L'un de ces engagements prévoyait de « lancer une réflexion sur la création d'une profession médicale intermédiaire », afin de pallier le manque de médecins à l'hôpital et de combler le « gap » de formation existant entre les infirmiers (BAC+3) et les médecins (BAC+9). L'article 1<sup>er</sup> de cette proposition de loi visait à inclure cette nouvelle profession dans le code de la santé publique, et à demander aux ordres des médecins et des infirmiers de défricher les contours de cette nouvelle profession. Or, cet article a été profondément remanié et n'évoque plus du tout l'idée de « profession médicale intermédiaire », préférant mettre l'accent sur la pratique avancée des paramédicaux et les protocoles de coopération.

Plusieurs mesures « phares » issues du Ségur figurent néanmoins dans ce texte :

- Lutte contre l'intérim médical à l'hôpital ;
- Réhabilitation des services hospitaliers et des chefs de service ;
- Capacité donnée aux établissements d'adopter leurs règles de fonctionnement hors du droit commun ;
- Concrétisation des services d'accès aux soins (SAS) ;
- Meilleure association des soignants et usagers à la décision dans l'hôpital.

## **CHAPITRE 1 -EXERCICE EN PRATIQUE AVANCEE ET PROTOCOLES DE COOPERATION**

### **Article 1 – Remise d'un rapport sur les auxiliaires médicaux en pratique avancée et les protocoles de coopération**

Dans un délai de six mois à compter de la publication de cette loi, le Gouvernement remet au Parlement un rapport sur l'état des lieux de la mise en place des auxiliaires médicaux en pratique avancée et des protocoles de coopération

- Ce rapport doit formuler des propositions permettant d'accélérer le déploiement, la simplification et l'amélioration de ces dispositifs notamment en termes de formation et rémunération dans un objectif de décloisonnement des professions de santé et d'un meilleur accès à la santé.
- Ce rapport doit aussi évaluer les besoins et moyens en matière de formation des auxiliaires médicaux, notamment en termes de référentiels de formations, d'accès aux formations et d'universitarisation de ces dernières.
- Il examine en particulier le déploiement de la pratique avancée pour l'ensemble des professions d'auxiliaire médical, dont les infirmiers spécialisés, notamment dans la perspective d'ouvrir un accès à l'exercice de missions en pratique avancée, dont les modalités seraient définies par voie réglementaire. Il étudie également la possibilité d'accompagner la délégation de tâches avec un transfert des responsabilités. Il évalue aussi les besoins et les moyens en matière de réingénierie des formations des auxiliaires médicaux, notamment en vue de réformer les référentiels de ces formations, d'améliorer l'accès à ces formations et de poursuivre leur universitarisation.
- Ce rapport examine également l'opportunité de permettre aux masseurs-kinésithérapeutes de pratiquer leur art sans prescription médicale et précise, le cas échéant, les conditions de mise en œuvre d'une telle mesure.

### **Article 2 – Professionnels de santé dans l'éducation nationale**

- Les personnels médicaux, infirmiers, assistants de service social et psychologues de l'éducation nationale doivent travailler ensemble de manière coordonnée.



- L'ensemble des personnels de la communauté éducative participe à cette mission, assurée en priorité par les personnels médicaux, infirmiers, assistants de service social et psychologues de l'éducation nationale, travaillant ensemble de manière coordonnée.

### **Article 3 – Protocoles locaux de coopération**

Des professionnels de santé exerçant en équipe et en secteur ambulatoire ou au sein d'un établissement médico-social peuvent élaborer un protocole proposant une organisation innovante, afin notamment de renforcer le maillage territorial de l'offre de soins.

- Les professionnels de santé exerçant en équipe de soins primaire (ESP) ou en communauté professionnelle territoriale de santé (CPTS) peuvent élaborer et mettre en oeuvre des protocoles locaux de coopération intégrés dans leur projet de santé. Ces protocoles ne sont valables qu'au sein des ESP et CPTS qui en sont à l'initiative, et doivent satisfaire aux exigences essentielles de qualité et sécurité des soins.
- Les professionnels de santé exerçant en établissements médico-sociaux publics ou privés peuvent élaborer et mettre en oeuvre des protocoles locaux de coopération intégrés dans leur projet de santé. Ces protocoles ne sont valables qu'au sein des établissements qui en sont à l'initiative, et doivent satisfaire aux exigences essentielles de qualité et sécurité des soins.
- Les professionnels de santé exerçant dans un même établissement de santé ou dans plusieurs établissements différents d'un même GHT peuvent élaborer et mettre en oeuvre des protocoles locaux de coopération intégrés dans leur projet de santé. Ces protocoles ne sont valables qu'au sein des établissements qui en sont à l'initiative, et doivent satisfaire aux exigences essentielles de qualité et sécurité des soins.
- Ces protocoles sont déclarés par les responsables des différentes entités ci-dessus auprès du directeur général.
- Lorsque le directeur général de l'agence régionale de santé territorialement compétente constate que les exigences essentielles de qualité et de sécurité ne sont pas garanties ou que les dispositions du protocole ne sont pas respectées, il peut suspendre la mise en oeuvre ou mettre fin à un protocole local de coopération.
- À la demande de l'entité à l'initiative des protocoles ou à son initiative, le comité national des coopérations interprofessionnelles peut proposer le déploiement d'un protocole local sur tout le territoire national. Ce déploiement est autorisé par arrêté conjoint des ministres chargés de la santé et de la sécurité sociale, après avis de la Haute Autorité de santé.
- Dans le cadre des protocoles de coopération prévus à la présente section, les personnels délégués peuvent être disponibles à l'égard des personnels délégués par le biais de la télésanté.
- Les modalités d'application de la présente section sont déterminées par décret, notamment : les dispositions s'appliquant au déploiement sur tout le territoire national d'un protocole local en application et la nature des indicateurs qui comprennent un suivi de la qualité des soins.

### **Article 4 – Composition du Comité national des coopérations interprofessionnelles**

- Le comité national des coopérations interprofessionnelles est composé par décret de représentants de l'Union nationale des caisses de l'assurance maladie, de la Haute Autorité de santé, des ministres chargés de la sécurité sociale, de la santé et du handicap ainsi que des agences régionales de santé.

### **Article 5 - Composition du Comité national des coopérations interprofessionnelles**

- Selon des modalités précisées par décret, les conseils nationaux professionnels des ordres des professions concernées ainsi que de l'Union nationale des professionnels de santé sont associés aux travaux de ce comité.

## **CHAPITRE 2 : L'ÉVOLUTION DES PROFESSIONS DE SAGE-FEMME ET DE CERTAINS AUXILIAIRES MÉDICAUX**

### **Article 6 – Élargissement de la compétence de constatation des incapacités professionnelles des sages-femmes**

- L'incapacité justifiant un arrêt de travail peut, pour l'heure, être constatée par une sage-femme pour une durée qui ne peut excéder quinze jours, contrairement aux autres professions médicales. Cet article supprime cette limitation.

### **Article 7 – Élargissement de la compétence de prolongation d'arrêt de travail de sages-femmes**

- En cas de prolongation d'un arrêt de travail, l'indemnisation peut être maintenue si la prolongation de l'arrêt est prescrite par la sage-femme ayant prescrit l'arrêt de travail.

### **Article 8 – Élargissement des pouvoirs de prescription des sages-femmes**

- Les sages-femmes peuvent prescrire le dépistage d'infections sexuellement transmissibles et les traitements de ces infections (listées par voie réglementaire) à leurs patientes comme aux partenaires de ces dernières.

### **Article 9 – Possibilité de déclarer une sage-femme référente auprès de l'assurance maladie**

- Dans un souci de coordination des soins en lien avec le médecin, les femmes enceintes ou en suivi d'accouchement peuvent déclarer à leur régime de sécurité sociale le nom de leur sage-femme référente.

### **Article 10 – Élargissement des pouvoirs de prescription des sages-femmes**

- Les sages-femmes peuvent prescrire, en sus des dispositifs médicaux, des médicaments selon une liste fixée par voie réglementaire mise à jour après chaque mise sur le marché de produit de santé nécessaire à l'exercice de la profession de sage-femme.
- Suppression des restrictions de prescription de substituts nicotiques par les sages-femmes aux femmes enceintes et à leur entourage.

### **Article 11 – Possibilité offerte aux sages-femmes d'adresser leurs patientes à un médecin spécialiste sans coût supplémentaire pour ces dernières**

- Est permis aux sages-femmes d'adresser leurs patientes à un médecin spécialiste, sans pénalités de coûts pour ces dernières.

### **Article 12 – Élargissement des pouvoirs de prescription des masseurs-kinésithérapeutes**

- Les masseurs-kinésithérapeutes peuvent prescrire les produits de santé nécessaires à l'exercice de leur profession, au-delà des restrictions existant jusqu'à présent (suppression des conditions de prescription fixées par décret et des prescriptions limitées aux dispositifs médicaux).

### **Article 13 – Élargissement des pouvoirs de prescription des ergothérapeutes**

- Les ergothérapeutes peuvent prescrire ou renouveler les prescriptions médicales des dispositifs médicaux et aides techniques nécessaires à leur profession, présents sur une liste fixée par arrêté après avis de l'Académie nationale de médecine.

### **Article 14 – Possibilité d'adaptation des prescriptions de séances d'orthophonistes par les orthophonistes**

- Les orthophonistes peuvent adapter, sauf indication médicale contraire, dans le cadre d'un renouvellement, les prescriptions médicales initiales d'actes d'orthophonie de moins d'un an.

**Article 15 – Ajout aux compétences des pharmacies à usage intérieur de la mission de vaccination**

- Est ajoutée aux missions des pharmacies à usage intérieur celle d'effectuer certaines vaccinations selon une liste fixée par arrêté du ministre chargé de la santé après avis de la HAS.

**Article 16 – Limitation de certaines vaccinations à certains laboratoires de biologie médicale**

- Certains actes de vaccination peuvent être réservés uniquement à des laboratoires de biologie médicale disposant d'une qualification spéciale.

**CHAPITRE 3 : RECRUTEMENT DES PRATICIENS HOSPITALIERS ET MESURES DIVERSES CONCERNANT L'EMPLOI EN ETABLISSEMENT PUBLIC DE SANTE**

**Article 17 : Fluidification de la procédure de recrutement des praticiens hospitaliers**

- Précision dans le code de la santé publique que la procédure de recrutement d'un praticien hospitalier vise à pourvoir à une vacance de postes déclarée par le Centre national de gestion, en utilisant « toutes les voies de simplification définies par voie réglementaire permettant que le poste soit pourvu dans les meilleurs délais ».

**Article 18 : Simplification de la création de poste de praticien hospitalier**

- Le directeur d'un établissement support de groupement hospitalier de territoire peut, à compter de la publication de cette loi et pour trois ans, sur proposition du directeur de l'établissement concerné et du président de la commission médicale de l'établissement concerné, et après avis de la commission médicale de groupement, décider seul de la création de postes de praticiens hospitaliers.
- La commission médicale de groupement évalue la conformité de la création de postes avec le projet médical partagé du GHT.

**Article 19 – Facilitation de l'intervention de bénévoles à l'hôpital**

- Le directeur d'un établissement public de santé peut admettre l'exercice bénévole de médecins, sages-femmes et odontologistes.
- Les contrats de bénévoles ne peuvent se substituer aux postes de titulaires laissés vacants.

**Article 20 – Facilitation du contrôle de cumul irrégulier d'activités hospitalières**

- Les établissements publics de santé peuvent interroger le fichier national de déclaration à l'embauche afin de contrôler le cumul irrégulier d'activités.

**Article 21 – Dépassements d'honoraires**

- Les médecins libéraux ayant conclu un contrat avec les établissements de santé privés habilités à assurer le service public hospitalier et qui ne pratiquaient pas des honoraires correspondant aux conventions médicales à la date du 24 juillet 2019 (date de promulgation de la loi relative à l'organisation et à la transformation du système de santé), peuvent facturer des dépassements de ces tarifs.
- L'article de la loi relative à l'organisation et à la transformation du système de santé obligeant les établissements de santé privés habilités à assurer le service public hospitalier à mettre en conformité les contrats des médecins libéraux exerçant en leur sein avec la convention médicale nationale fixant les montants d'honoraires est abrogé.

**CHAPITRE 4 : SIMPLIFICATION DE LA GOUVERNANCE DANS LES ETABLISSEMENTS PUBLICS DE SANTE**

**Article 22 – Retour du « service » à l'hôpital**

- Est inséré, au sein des « pôles » hospitaliers, l'échelon du « service » constituant l'échelon de référence en matière d'organisation, pertinence, qualité et de sécurité des soins, d'encadrement des équipes médicales, des internes et étudiants en santé et de la qualité de vie au travail, en étroite collaboration avec le cadre de santé.
- Est précisé que ces services sont dirigés par des « chefs de service », associés au projet d'établissement, au projet de management et aux projets d'évolution de l'organisation interne de l'établissement.
- Dans les CH et CHU, les chefs de service sont nommés par décision conjointe du directeur d'établissement et du président de la CME, pour une durée de mandat fixée par décret.

**Article 23 – Précision des missions de la commission médicale d'établissement**

- Est précisé que la commission médicale d'établissement contribue à la définition de la politique d'amélioration continue de la pertinence des soins.

**Article 24 – Clarification des missions des projets médicaux et de soins infirmiers des établissements**

- Sont consacrés de manière plus précise le projet médical et le projet de soins infirmiers, de rééducation et médico-techniques des établissements publics de santé au niveau du code de la santé publique.
- Est ainsi précisé que ces projets définissent, pour leurs domaines respectifs, les objectifs stratégiques d'évolution de l'organisation des filières de soins, du fonctionnement médical et des moyens techniques permettant de répondre aux besoins de santé de la population.
- Ces projets doivent prendre en compte l'évolution des stratégies de prise en charge, et définit les objectifs d'amélioration de la qualité et de la sécurité de la prise en charge et des parcours.
- Dans les CHU, ces projets comprennent l'articulation avec les objectifs de recherche et de formation, en lien avec les directeurs d'unités de formation et de recherche (UFR) des professions médicales.
- Ces projets définissent l'articulation des parcours et des filières de soins avec les autres établissements de santé et les professionnels libéraux.

**Article 25 – Possibilité de regroupement des commissions médicales d'établissement et de soins infirmiers**

- La commission des soins infirmiers et la commission médicale d'établissement peuvent être regroupés.
- Ce regroupement se fait sur décision du directeur de l'établissement après proposition conjointe des présidents de la CME et de la commission des soins infirmiers après consultation du conseil de surveillance.
- Peut ainsi être créée une « commission médico-soignante d'établissement » se substituant à ces deux commissions. Le président de cette commission est élu parmi les représentants des personnels médicaux, odontologiques, maïeutiques et pharmaceutiques, le coordinateur général des soins infirmiers en devient le vice-président.
- L'ensemble des professions médicales et paramédicales doivent être représentées équitablement au sein de cette commission médico-soignante par le règlement intérieur de l'établissement.

**Article 26 – Élargissement des cas de consultation de la commission des soins infirmiers**

- Le directeur décide conjointement de la politique d'amélioration continue de la qualité et de la sécurité et de la pertinence des soins, ainsi que des conditions d'accueil et de prise en charge des usagers, non seulement avec le président de la commission médicale d'établissement (ce qui était déjà prévu) mais aussi « en lien » avec le président de la commission des soins infirmiers, de rééducation et médico-techniques.

- Il en va de même pour la détermination du programme d'investissement en matière d'équipements médicaux.

#### **Article 27 – Interopérabilité des systèmes informatiques des GHS**

- Le système d'information hospitalier convergent des établissements membres d'un GHS doit également être interopérable.

#### **Article 28 – Création du service d'accès aux soins (SAS)**

- Institution du service d'accès aux soins (SAS).
- Le SAS a pour objet d'évaluer le besoin en santé de toute personne qui le sollicite, de lui délivrer des conseils adaptés et faire assurer les soins appropriés à son état. Il assure une régulation médicale commune entre le SAMU et une régulation de médecine ambulatoire.
- Les centres de régulation du SAMU doivent être portés par des professionnels de santé du territoire exerçant en établissement de santé et en secteur ambulatoire.
- Les centres de réception et régulation des appels sont interconnectés avec les dispositifs des services de police et d'incendie et de secours.

#### **Article 29 – Possibilité de différenciations locales des fonctionnements hospitaliers**

- Par dérogation, le directeur et le président de la CME d'un établissement peuvent décider d'organiser librement le fonctionnement médical et l'organisation des soins, conformément au projet médical d'établissement. Ceci permet de déroger au fonctionnement par pôles.
- Cette décision est prise sur avis conforme de la CME et de la commission des soins infirmiers et après consultation du comité technique d'établissement. Le directeur et le président de la CME nomment conjointement les responsables des structures médicales ainsi créées. Le directeur prévoit après consultation de la CME, de la commission des soins infirmiers et du comité technique d'établissement les modalités de participation et d'expression des personnels au fonctionnement de ces structures. Les modalités d'organisation de ces nouvelles structures sont prévues dans le règlement intérieur de l'établissement.
- Un décret en Conseil d'État détermine les modalités d'application de ces nouvelles possibilités d'organisation.

#### **Article 30 – Participation des parlementaires aux conseils de surveillance des hôpitaux**

- Le député de la circonscription où est situé le siège de l'établissement public de santé peut participer au conseil de surveillance de ce dernier, avec voix consultative.
- Il en va de même pour le sénateur du département où se trouve le siège de l'établissement, selon les désignations effectuées par la commission des affaires sociales de la chambre haute.

#### **Article 31 - Élargissement des membres du directoire des hôpitaux**

- Est précisé dans le code de la santé publique que le directoire des établissements de santé peut comprendre trois personnalités qualifiées qui peuvent être un représentant des soignants, un représentant des étudiants en santé et un représentant des usagers.
- Les représentants des soignants non médicaux au directoire sont nommés sur présentation d'une liste de propositions établie par le président de la commission des soins infirmiers.
- Est précisé que chaque séance du directoire fait l'objet d'un relevé de conclusions rendu accessible à l'ensemble du personnel de l'établissement.

#### **Article 32 – Délégation de pouvoirs en cas de conflit d'intérêts d'un directeur d'hôpital**

- Le directeur d'un établissement public de santé pensant se trouver en situation de conflit d'intérêts peut déléguer ses pouvoirs à un membre de l'équipe de direction afin de faire cesser ou de prévenir ce conflit. Il en informe le conseil de surveillance.

**Article 33 – Lutte contre les contrats irréguliers d'intérim médical**

- Le directeur général de l'ARS doit dénoncer des contrats d'intérim médical irréguliers devant le tribunal administratif.
- Le comptable public doit bloquer les rémunérations des contrats d'intérim médical dépassant le plafond réglementaire ou ne respectant les conditions de la réglementation.

**Article 34 – Institution du « projet de gouvernance et de management » à l'hôpital**

- Un « projet de gouvernance et de management » est intégré au projet d'établissement.
- Ce projet de gouvernance et de management d'établissement définit les orientations stratégiques en matière de gestion de l'encadrement et des équipes médicales, paramédicales, administratives, techniques et logistiques, à des fins de pilotage, d'animation et de motivation à atteindre collectivement les objectifs du projet d'établissement. Il comprend des actions de prévention aux enjeux d'égalité entre les femmes et les hommes et des risques psychosociaux. Il comporte un volet spécifique dédié à l'accompagnement et au suivi des étudiants en santé.
- Ce projet de gouvernance et de management doit tenir compte des besoins et attentes des personnels dans leur environnement professionnel, notamment pour ceux en situation de handicap, et permet de former au management les personnels médicaux et non médicaux nommés à des postes à responsabilités.
- Le projet d'établissement comprend un volet éco-responsable.

**Article 35 – Intégration des étudiants en santé et internes dans le projet social d'établissement**

- Est précisé que le volet qualité de vie au travail du projet social d'établissement doit explicitement inclure les étudiants et internes.

**Article 36 – Précisions sur le projet psychologique d'établissement**

- Précision de la structuration du projet psychologique : il doit comporter plusieurs volets relatifs aux activités cliniques des psychologues, à leurs activités de formation et de recherche, ainsi qu'aux modalités de leur organisation dans l'établissement.

**CHAPITRE 5 : SIMPLIFICATION ET GOUVERNANCE DES ORGANISMES REGIS PAR LE CODE DE LA MUTUALITE**

**Article 37 – Précisions sur les fusions de mutuelles**

- Est précisé que la fusion de mutuelles n'est possible qu'entre organismes régis par le code de la mutualité.

**Article 38 – Adaptation des modalités d'assemblées générales mutualistes**

- Est précisé que les adhérents mutualistes peuvent participer aux assemblées générales par visioconférence et voter par moyen électronique.

**Article 39 – Précisions sur les mutuelles apportées au code de la mutualité**

- Est remplacé dans la définition des mutuelles dans le code de la mutualité le terme « société » introduit par la loi PACTE par « mutuelle, union ou fédération ».

**Article 40 – Indemnités compensatoires d'élus mutualistes**

- Les indemnités compensatoires de pertes de revenus des élus mutualistes exerçant des professions libérales doivent être déterminées par les statuts de l'organisme et approuvées par l'assemblée générale.

#### **Article 41 – Participation des mutuelles aux missions de service public**

- Est précisé que les mutuelles ne peuvent participer à des missions de service public que dans les cas prévus par la loi ou par une délégation de service public, pour éviter la confusion liée à l'exercice des missions de services de soin et d'accompagnement mutualiste (SSAM).

### **CHAPITRE 6 : SIMPLIFICATION DES DEMARCHES DES PERSONNES EN SITUATION DE HANDICAP**

#### **Article 42 – Création d'une plateforme numérique d'information pour les personnes handicapées**

- Dans le cadre des missions de la Caisse nationale de solidarité pour l'autonomie (CNSA), est créée une plateforme numérique nationale d'information et de services personnalisés dont la gestion est confiée à la Caisse des dépôts et consignations. Cette plateforme met en place des services numériques permettant de faciliter les démarches administratives des personnes handicapées et le suivi de leur parcours, notamment d'emploi et de formation, ainsi que leur participation et leur citoyenneté.
- Les services mis en place dans le cadre de cette plateforme sont proposés en complément des modalités d'accueil physique et téléphoniques départementales.
- Un décret en Conseil d'État fixe les conditions d'application de cet article, après avis de la CNIL.

#### **Article 43 – Création des référents handicap**

- Un référent handicap est nommé dans tous les établissements relevant du service public hospitalier.

#### **Article 44 – Remise d'un rapport sur les écarts de rémunérations médicales entre public et privé**

- Dans un délai de six mois après la publication de cette loi, le Gouvernement remet au Parlement un rapport sur les écarts de rémunération entre carrières médicales des secteurs hospitaliers publics et privés au regard de leurs missions.

#### **Article 45 – Remise d'un rapport sur les coopérations des professionnels de santé exerçant auprès des enfants et jeunes**

- Dans un délai de trois mois à compter de la promulgation de la présente loi, le Gouvernement remet au Parlement un rapport dressant un état des lieux de la coopération des professionnels de santé exerçant auprès des enfants et des jeunes et identifiant des mesures pour remédier au manque de coopération entre professionnels.

## **Aspects réglementaires**

### **LES PROJETS DE LOI SUCCESSIFS**

[Proposition de loi visant à améliorer le système de santé par la confiance et la simplification](#). 1<sup>e</sup> lecture. Assemblée nationale. 2020/10/22.

[Proposition de loi visant à améliorer le système de santé par la confiance et la simplification](#). 1<sup>e</sup> lecture. Sénat. 2021/02/18.

[Proposition de loi visant à améliorer le système de santé par la confiance et la simplification](#). 2<sup>e</sup> lecture. Assemblée nationale. 2021/03/18.

[Proposition de loi visant à améliorer le système de santé par la confiance et la simplification](#). 2<sup>e</sup> lecture. Rejet de la loi. Sénat. 2021/04/01.



[Proposition de loi visant à améliorer le système de santé par la confiance et la simplification.](#)

Adoption définitive du texte du 18 mars 2021. Assemblée nationale. 2021/04/14.

## LA MISE EN ŒUVRE DE LA LOI

[Loi n° 2020-1576 DU 14 décembre 2020 de financement de la sécurité sociale pour 2021](#)

Elle intègre certaines mesures annoncées dans les conclusions du Ségur de santé : reprise de dettes des établissements de santé, généralisation des hôtels hospitaliers ou encore expérimentations sur le financement des activités de médecine. Parmi les autres avancées, la mise en place de protocoles de coopération locaux et le développement de l'exercice coordonné et de la télésanté dans le cadre des négociations conventionnelles en cours.

[Circulaire du 10 mars 2021 relative à la relance de l'investissement dans le système de santé dans le cadre du Ségur de la santé et de France Relance](#)

Elle a pour objet de donner aux directeurs généraux Agences régionales de santé (ARS) toute la visibilité sur la déclinaison du plan d'investissement afin qu'il se déploie dès le premier semestre 2021 dans les territoires. Elle précise également le cadre général de pilotage du plan, sa déclinaison pour le secteur sanitaire et celle pour le secteur médico-social

[Loi n° 2021-502 visant à améliorer le système de santé par la confiance et la simplification \(JORF 27 avril 2021\)](#)

## Bibliographie

### AVIS ET RAPPORTS

Bras, P. L. (2021). Comment le Covid transforme le débat sur les dépenses de santé. Note Terra Nova. Paris Terra Nova: 24.

<https://tnova.fr/notes/comment-le-covid-transforme-le-debat-sur-les-depenses-de-sante>

La lutte contre la pandémie de Covid-19 a largement rouvert le débat sur les dépenses de santé. Au-delà même des urgences actuelles qui justifient des dépenses nouvelles mais sans doute temporaires, c'est la manière même de conduire le débat public sur le niveau d'engagement collectif en faveur de la santé qui doit se transformer. Nous faisons ici plusieurs propositions pour rénover le cadre du débat sur les ressources à allouer à notre système de soins. Une analyse de Pierre-Louis Bras, ancien directeur de la sécurité sociale et professeur associé à Paris Descartes.

Claris, O. (2020). Mission sur la gouvernance et la simplification hospitalières confiée au Pr Olivier CLARIS. Paris Ministère chargé de la santé: 156.

[https://solidarites-sante.gouv.fr/IMG/pdf/rapport\\_claris\\_version\\_finale.pdf](https://solidarites-sante.gouv.fr/IMG/pdf/rapport_claris_version_finale.pdf)

La mission a recueilli les perceptions de nombreux acteurs hospitaliers de toutes professions, qu'ils soient au cœur de la gouvernance ou qu'ils travaillent au plus près des patients. Ces nombreux échanges lui ont permis de dresser des constats solides quant au fonctionnement actuel de la gouvernance de l'hôpital public, à son organisation interne et aux « irritants du



quotidien » qui en découlent, et de formuler 56 recommandations pour l'améliorer, dont 20 recommandations principales peuvent être extraites. La mission a également pu identifier, au cours de ses échanges avec les acteurs rencontrés et par le biais des réponses au questionnaire, de nombreuses initiatives déjà existantes dans certains établissements, qui donnent pleinement satisfaction et mériteraient d'être généralisées. Ainsi, 27 items intitulés « bonnes pratiques managériales à généraliser » sont ainsi proposés au fil du rapport, en complémentarité avec les recommandations formulées par la mission.

CNOM (2020). Propositions de l'Ordre des médecins dans le cadre du Ségur de la santé. Paris CNOM: 6.

[www.conseil-national.medecin.fr/sites/default/files/external-package/rapport/1xxmzep/cnom\\_propositions\\_segur.pdf](http://www.conseil-national.medecin.fr/sites/default/files/external-package/rapport/1xxmzep/cnom_propositions_segur.pdf)

L'Ordre des médecins a pleinement pris part au Ségur de la Santé. Alors que la conclusion de cette phase de concertation se rapproche, le Conseil national de l'Ordre tient à réitérer son appel à ce que celle-ci permette de faire advenir une véritable réforme de notre système de santé, pour tirer les enseignements de la crise sanitaire et insuffler un nouvel espoir chez les médecins, les professionnels de santé et leurs patients. L'Ordre a émis, au cours du Ségur et comme il n'a de cesse de le faire depuis 2015, des propositions concrètes qu'il souhaite aujourd'hui rendre publiques. Celles-ci doivent contribuer à l'émergence d'un système de santé véritablement équitable et novateur fondé sur les territoires et leurs besoins, sur une démocratie sanitaire renouvelée, et sur une plus grande coopération entre tous les acteurs qui font vivre ce bien commun de l'ensemble des Français. L'attente de l'ensemble des acteurs du système de santé, et en premier lieu des médecins, était déjà forte ; elle est plus brûlante encore après la crise sanitaire que nous avons traversée collectivement. Alors que le Ségur de la Santé se clôturera demain, l'Ordre des médecins entend maintenant participer aux futurs groupes de mise en œuvre des mesures qui en seront issues.

Cohen, L., Genisson, C. et Savary, R. P. (2017). Les urgences hospitalières, miroir des dysfonctionnements de notre système de santé. Paris Sénat: 109.

<http://www.senat.fr/rap/r16-685/r16-6851.pdf>

Face aux difficultés que rencontrent les services d'urgences hospitaliers, ce rapport formule vingt propositions concrètes, ancrées dans l'exercice quotidien des personnels, dans la perspective d'une mise en œuvre à court terme. Les rapporteurs proposent notamment, une amélioration du fonctionnement concret de ces services par une réforme de la tarification (modulation du montant du financement à l'activité en fonction de la gravité des pathologies et des actes réalisés, création d'un forfait de réorientation vers les structures de ville). Les autres propositions concernent les conditions de travail des équipes, les mesures incitatives pour la prise en charge des urgences légères par les médecins libéraux et la régulation médicale.

Leost, H., Meunier, A. et Renay, F. (2020). Évaluation de la dette des établissements publics de santé et des modalités de sa reprise. Paris Igas: 135.

<https://www.igas.gouv.fr/spip.php?article795>

Dans le cadre de son plan d'urgence pour l'hôpital annoncé en novembre 2019, le gouvernement avait décidé une reprise partielle de la dette des hôpitaux (à hauteur d'un tiers de son montant) au regard des situations de surendettement qui hypothèquent aujourd'hui les investissements et les nécessaires recompositions de l'offre hospitalière. C'est pour préciser les modalités de mise en œuvre de cette mesure que l'Inspection générale des

affaires sociales et l'Inspection générale des finances ont été missionnées en décembre 2019. La mission a travaillé en lien étroit avec les administrations centrales concernées, les agences régionales de santé, les opérateurs financiers et les représentants des établissements publics de santé, en s'efforçant d'adapter ses recommandations au contexte issu de la pandémie de COVID-19 survenue pendant ses travaux. Ce refinancement partiel du service de la dette des hôpitaux (pour 13 Mds € environ) doit s'inscrire dans un cadre contractuel entre ARS et établissements, en privilégiant l'échelle des groupements hospitaliers de territoires, avec une vision de moyen terme construite autour de trois enjeux : restauration de l'investissement courant, essentiel pour le quotidien des équipes soignantes ; adaptation des structures et des organisations aux évolutions démographiques et médicales ; assainissement financier durable des établissements. Pour ce faire, la mission a formulé une vingtaine de propositions opérationnelles portant sur : - le périmètre de la reprise de dette et sa répartition ; - ses conditions juridiques ; - le circuit de financement et le calendrier de mise en œuvre ; - les conditions de contractualisation.

Mesnier, T. (2018). Assurer le premier accès aux soins : organiser les soins non programmés dans les territoires. Paris Ministère chargé de la santé: 181.

<https://solidarites-sante.gouv.fr/ministere/documentation-et-publications-officielles/rapports/sante/article/rapport-assurer-le-premier-acces-aux-soins-organiser-les-soins-non-programmes>

A la demande du ministre des solidarités et de la santé, la mission avait pour but de dresser un diagnostic des organisations de prise en charge des soins non programmés – définis comme exprimant une demande de réponse en 24 heures à une urgence ressentie relevant prioritairement de la médecine de ville, de recueillir les attentes des usagers et des professionnels de santé, de recenser les expériences et stratégies des ARS, d'identifier les freins à l'accueil de cette demande, et de proposer les éléments que pourrait intégrer un cahier des charges national afin de définir les modalités minimales de fonctionnement et de portages de structures d'accueil des soins non programmés. Il fait le constat unanimement partagé du besoin pressant de structuration de la réponse à la demande de soins non programmés par les acteurs de médecine ambulatoire, pour éviter que celle-ci ne se déporte par défaut sur les urgences hospitalières et n'en altère le bon fonctionnement.

Michot, F. et Allilaire, J. F. (2020). Ségur de la santé : propositions. Paris Académie nationale de médecine: 39.

<http://www.academie-medecine.fr/wp-content/uploads/2020/07/SEGUR-DE-LA-SANTE-PROPOSITIONS-DE-LACADEMIE-NATIONALE-DE-MEDECINE.pdf>

L'Académie nationale de médecine avait publié en février 2019 un rapport sur la crise que traverse l'hôpital, intitulé : La crise de l'hôpital public: origines et propositions (Bull Acad Natl Med (2019) 203,109-121). Elle prolonge son analyse du système de santé et poursuit sa réflexion sur les réformes nécessaires de notre système de santé et de l'hôpital par la publication de ce document s'inscrivant dans le cadre du débat actuel mené au sein du Ségur de la santé. Ce document décline les propositions et les recommandations de l'Académie nationale de médecine, à partir des quatre piliers du Ségur de la santé, en vingt fiches synthétiques traitant chacune un sujet précis; chaque fiche est conçue pour pouvoir être utilisée indépendamment des autres tout en préservant la cohérence globale de la pensée. Le groupe de travail était composé de Francis Michot, Dominique Bertrand, Jacques Bringer, Bernard Launois et Christian Thuillez. Nous remercions Pierre Brissot, Olivier Claris, Jean-Pierre Triboulet et Guy Vallancien de leur contribution. L'Académie nationale de médecine

souhaite ainsi nourrir la réflexion et apporter sa contribution à la réforme du système de santé et de l'hôpital.

Ministère chargé de la Santé (2020). Ségur de la santé : accords du Ségur de la santé : carrières, métiers et rémunérations. Paris Ministère chargé de la santé: 12.

Ce dossier de presse présente les accords du Ségur de la santé qui consacrent la poursuite de la modernisation du système de santé en France et le souhait d'améliorer le quotidien des soignants ainsi que la prise en charge des patients. Ce dossier de presse porte sur les carrières et les rémunérations des professions de santé : accords sur la fonction publique hospitalière, accords sur les professionnels médicaux à l'hôpital public, résultats des concertations avec les internes et les étudiants des filières médicales et paramédicales.

Ministère chargé de la Santé (2020). Ségur de la santé : les conclusions. Paris Ministère chargé de la santé: 58.

<https://solidarites-sante.gouv.fr/systeme-de-sante-et-medico-social/segur-de-la-sante-les-conclusions/article/la-segur-de-la-sante-50-jours-de-concertation>

Ce dossier de presse présente les conclusions du Ségur de la santé suite aux accords intervenus en juillet 2020. Elles consacrent la poursuite de la modernisation du système de santé en France et le souhait d'améliorer le quotidien des soignants ainsi que la prise en charge des patients. Les conclusions reposent sur les conclusions de la mission Claris sur la gouvernance de l'hôpital ; les recommandations de la mission Notat ; les résultats de la consultation en ligne des professionnels ainsi que les 108 contributions des acteurs du système de santé français. Elles s'articulent autour de 33 propositions

Ministère chargé de la Santé (2020). Ségur de la santé : consultation en ligne des professionnels - juin-juillet 2020. Paris Ministère chargé de la santé: 52.

[https://solidarites-sante.gouv.fr/IMG/7z/contributions\\_-\\_segur\\_de\\_la\\_sante.7z](https://solidarites-sante.gouv.fr/IMG/7z/contributions_-_segur_de_la_sante.7z)

Ce rapport présente les conclusions de la concertation menée auprès des différents acteurs de santé dans le cadre du Ségur de la santé.

Notat, M. (2020). Ségur de la santé : recommandations de la mission. Paris Ministère chargé de la santé: 148.

[Recommandations de la mission Notat – Ségur de la santé. 2020/07](#)

Ce rapport présente les recommandations de la mission menée par Michèle Notat dans le cadre du Ségur de la santé. Ces conclusions seront reprises dans les conclusions des accords de Ségur en juillet 2020.

Rist, S. et Imbert, C. (2021). Rapport fait au nom de la commission mixte paritaire sur la proposition de loi visant à améliorer le système de santé par la confiance et la simplification. Paris Sénat: 42.

<http://www.senat.fr/rap/l20-398/l20-3981.pdf>

Ce rapport présente les conclusions de la commission mixte paritaire du Sénat sur la proposition de loi visant à améliorer le système de santé par la confiance et la simplification dont l'objectif est de concrétiser par voie réglementaire les dispositions du Ségur de la santé.

## ANALYSES D'ENSEMBLE

Bellay, J.-Y. (2020). "Les ambiguïtés du Ségur de la santé." *Esprit* Juillet-Août(7): 21-24.

<https://www.cairn.info/revue-esprit-2020-7-page-21.htm>

Ce dossier coordonné par Jean Godefroy Bidima et Antoine Garapon fait entendre les voix multiples de l'Afrique. Depuis leur perspective propre, ces voix africaines débordent la question postcoloniale et invitent au dialogue ; elles participent à la construction d'une commune humanité autour d'un projet de respect de la vie. À lire aussi dans ce numéro double : la participation dans le travail social, les analogies historiques de la pandémie, les gestes barrières face aux catastrophes écologiques, l'antiracisme aux États-Unis et l'esprit européen de Stefan Zweig.

Canivenc, C. (2020). "France Relance : un enjeu déterminant de gouvernance et de pilotage." *Gestion & Finances Publiques* 6(6): 11-20.

<https://www.cairn.info/revue-gestion-et-finances-publiques-2020-6-page-11.htm>

Copin, J.-Y. (2020). "Les impacts RH du Ségur de la Santé." *Santé RH*(131) : pp.6-9.

La crise sanitaire liée au Covid-19 a entraîné son lot d'annonces d'urgence dans ce que l'on nomme désormais le Ségur de la Santé. Certaines sont salutaires, comme l'augmentation générale des hospitaliers, d'autres reprennent des dispositifs déjà présents dans la loi de transformation de la fonction publique, comme la sanctuarisation de la prime d'intéressement collectif, d'autres sont une conséquence logique de l'histoire de la fonction publique, comme la refonte du régime indemnitaire.

Delande, G., Amiel, P. B., P. et al., (2020). "Politique de santé, santé publique, économie de la santé." *Revue Droit et Santé*(98): 1126-1148.

Delnatte, J. C. (2020). "Les aspects financiers du Ségur de santé." *Finances hospitalières*(150): 5-9.

Lancé le 25 mai 2020, afin de tirer collectivement les leçons de la crise sanitaire provoquée par le covid 19 et de faire le lien avec les orientations du plan Ma Santé 2022, le Ségur de la Santé a abouti en juillet 2020 à la signature de deux accords et à la formulation de 33 mesures reprenant une partie des propositions contenues dans le rapport de Nicole Notat. L'auteur fait un point général sur l'ensemble des mesures du Ségur de la Santé puis s'attarde plus particulièrement sur les mesures à caractère financier : investissement dédié au numérique, financement d'ouverture de lits à "la demande", rénovation de l'ONDAM, soutien à la recherche...

Destombes, C. (2020). "Santé, un Ségur des territoires." *Gazette Santé Social*(176): 13-20.

Un an après l'adoption de la loi relative à l'organisation et à la transformation de notre système de santé, concrétisant Ma santé 2022, le Ségur de la santé convoqué au sortir de la crise sanitaire devait se pencher sur quatre axes : revalorisation, investissements, gouvernance et innovation. Après 50 jours de réunions, 118 400 réponses, et plus de 100 contributions écrites, un premier accord concernant les revalorisations salariales a été signé le 13 juillet. Des conclusions du Ségur, présentées le 21 juillet par Nicole Notat, en charge d'animer la concertation, Olivier Véran a retenu trente-trois propositions dont certaines qui font la part belle aux acteurs locaux. Mais certains craignent un énième plan qui se fracasse comme d'autres sur le mur des réalités budgétaires et la jungle réglementaire

Mouzon, C. (2020). "Ségur de santé : faux-semblants et vrais enjeux." Alternatives économiques(403): 10-12.

Alors que s'est ouvert fin mai le Ségur de la Santé qui doit déboucher mi-juillet sur des propositions pour refonder le système de santé, les enjeux les plus pressants semblent remis à plus tard.(éditeur)

Nile (2021). Les dispositifs gouvernementaux d'appui à la transformation et aux investissements en santé : note de Nile, Paris : Nile  
<https://www.nile-consulting.eu/les-dispositifs-gouvernementaux-dappui-a-la-transformation-et-aux-investissements-en-sante/>

En réponse à la crise sanitaire, un vaste projet de soutien du système de santé français a été entamé depuis juin 2020. Les mesures concrètes sont inscrites dans plusieurs plans et dispositifs, tous décrits dans cette note de Nile : • le Ségur de la santé, • le plan France Relance, • les projets du quatrième programme d'investissements d'avenir (PIA4), • plusieurs appels à manifestation d'intérêt (AMI) (Capacity bis, PIIEC, Santé numérique, Nouvelles biothérapie et outils de production). Représentant plus de 30 milliards d'euros d'investissements en santé, ces axes stratégiques ont pour ambition de soutenir, simplifier et transformer le système de santé en France.

Papon, P. (2021). "Plan de relance français : des investissements d'avenir ?" Futuribles **440**(1): 89-95.  
<https://www.cairn.info/revue-futuribles-2021-1-page-89.htm>

Pour faire face à l'épidémie de Covid-19, le gouvernement français a mis en place dès le début de la crise, au printemps 2020, d'importantes mesures de soutien aux entreprises et à la population active, qui ont été prolongées ou étendues lors du deuxième confinement, à l'automne. Mais au-delà des mesures conjoncturelles, et en raison de l'acuité de la crise économique et sociale qui accompagne la crise sanitaire et va se prolonger de longues années encore, le gouvernement a également établi, en septembre 2020, un Plan de relance de l'économie française d'un montant de 100 milliards d'euros. Ce plan comporte trois volets principaux : l'écologie, la compétitivité et la cohésion sociale. Est-il à la hauteur des enjeux d'avenir qui vont se poser à la société française ? Pierre Papon examine la question dans cette tribune, principalement sous l'angle des enjeux scientifiques et technologiques. Après avoir présenté la substance et l'aspect salutaire du Plan de relance, il souligne un certain nombre d'aspects mal ou non traités, qui incitent à envisager quelques compléments pour préparer l'avenir au mieux. S.D.

Roux, A. (2020). "De la crise Covid-19 au Ségur de santé : les ressources humaines hospitalières, un enjeu stratégique." Revue Hospitalière de France(596): 14-20.

## **ANALYSES PONCTUELLES**

Arhab-Girardin, F. (2020). "La crise hospitalière : symptômes, effets indésirables et traitements envisageables." Gestions Hospitalières(600): 573-575.

Le 13 février 2020, un mois avant la crise sanitaire, les étudiants du master 2 Droit de la santé de l'université de Tours et leur association Ordonnances et Prescriptions ont organisé une journée d'étude sur le thème : « Crise hospitalière : l'hôpital est mort, vive l'hôpital ! ».

Ce sujet s'imposait en raison de la crise que traverse l'hôpital et des nombreuses manifestations du personnel hospitalier. Depuis des années voire des décennies, l'hôpital est en crise. Pour en sortir, les réformes se succèdent. En vain. La crise a atteint un point de non-retour avec la pandémie de coronavirus. Le gouvernement a tenté d'apporter des réponses à travers des plans d'urgence, avec la loi du 24 juillet 2019 « Ma santé 2022 », aujourd'hui avec le Ségur de la santé, vaste plan de concertation avec les acteurs du système de santé. Cette journée d'étude a mis en évidence les symptômes et antécédents de la crise, ses effets indésirables et ses problèmes. Ont été traités entre autres l'hyperréglementation dans le domaine hospitalier, la judiciarisation de l'activité médicale et l'impact du cadre budgétaire européen

Barilari, A. (2020). "Chronique du secteur public économique." *Revue française d'administration publique* **174**(2): 577-585.

<https://www.cairn.info/revue-francaise-d-administration-publique-2020-2-page-577.htm>

L'administration hospitalière est, paradoxalement, à la fois méconnue et trop connue. Elle forme un paysage institutionnel aussi mouvant que complexe, qui demeure le pré carré de professionnels et d'experts. Depuis la fin des années 1980, les impératifs de maîtrise des dépenses de santé et de sécurité sanitaire ont entraîné une succession de réformes qui l'ont certes renforcée en termes de compétences et de moyens, mais qui ont également eu pour effet de la rendre chroniquement instable. Dans le même temps, les récents mouvements sociaux et la crise sanitaire rappellent – s'il le fallait – à quel point l'administration des hôpitaux est cruciale. Avec la crise du Covid-19, les difficultés qu'elle rencontre se sont brutalement inscrites dans l'horizon quotidien des Français. Ses organisations, ses circuits de décision, ses pratiques managériales se sont ainsi retrouvées sous les feux de l'actualité. Ce dossier de la *Revue française d'administration publique*, auquel ont participé des praticiens et des chercheurs issus de plusieurs disciplines, livre un état des lieux de l'administration hospitalière à la veille de la grande pandémie de 2020. Trois entrées ont été privilégiées : la morphologie administrative et les interconnexions entre acteurs du système de santé publique ; les dynamiques professionnelles qui sous-tendent le fonctionnement des hôpitaux ; les instruments d'action publique permettant le pilotage de l'institution sanitaire en France. Ces différentes contributions donnent des clés de lecture utiles pour comprendre les enjeux et les évolutions récentes de l'administration des hôpitaux.

Belorgey, N. (2020). "Trajectoires professionnelles et influence des intermédiaires en milieu hospitalier." *Revue française d'administration publique* **174**(2): 405-423.

<https://www.cairn.info/revue-francaise-d-administration-publique-2020-2-page-405.htm>

La plupart des positions de pouvoir ou d'influence à l'hôpital sont occupées par des personnes relevant de quatre types de trajectoires professionnelles : médecins, directeurs d'hôpitaux, ingénieurs, cadres de santé. S'y ajoutent, pour dessiner la galaxie des intermédiaires du pouvoir hospitalier, les grandes administrations, les syndicats et les cabinets de conseil. Ces dernières décennies ont été marquées par une capacité croissante d'influence des cabinets de conseil, mais uniquement car ceux-ci sont parvenus à recruter des personnes issues des quatre filières traditionnelles. Cet article retrace la provenance en termes de recrutement de cette catégorie d'acteurs particuliers que sont les intermédiaires hospitaliers, et analyse leur positionnement en s'appuyant sur des données portant sur la période 2003-2008, qui correspond à un moment important de la réforme du système de santé.



Boulanger, F. (2021). "Les conséquences de la crise de la covid sur les réformes de la psychiatrie." *Cahiers De Sante Publique Et De Protection Sociale (Les)*(36).

[https://cahiersdesante.fr/editions/36/les-consequences-de-la-crise-de-la-covid-sur-les-reformes-de-la-psychiatrie/?utm\\_source=sendinblue&utm\\_campaign=les\\_cahiers\\_de\\_sant\\_publicque\\_et\\_de\\_protection\\_sociale\\_n36\\_mars\\_2021\\_est\\_en\\_ligne!&utm\\_medium=email](https://cahiersdesante.fr/editions/36/les-consequences-de-la-crise-de-la-covid-sur-les-reformes-de-la-psychiatrie/?utm_source=sendinblue&utm_campaign=les_cahiers_de_sant_publicque_et_de_protection_sociale_n36_mars_2021_est_en_ligne!&utm_medium=email)

L'auteur dénonce les réformes proposées par le gouvernement qui ne tient pas compte de la violence à laquelle sont soumis les soignants et qui, sans moyens humains supplémentaires, seront tout simplement vectrices de plus de situations de violences, plus d'arrêts maladie et une désertification plus importante des soignants dans un secteur déjà en crise.

Bréchat, P.-H. et Lopez, A. (2017). "Pour des agences régionales de santé dotées de plus de moyens de régulation." *Les Tribunes de la santé* 55(2): 75-87.

<https://www.cairn.info/revue-les-tribunes-de-la-sante1-2017-2-page-75.htm>

Avec la création des agences régionales de santé (ARS), l'État s'est affirmé comme le régulateur du dispositif de santé régional. L'ARS s'est vu confier des compétences larges portant sur tous les domaines d'intervention en faveur de la santé, ce qui en fait un levier important pour construire un système producteur de santé. Si cette réforme est une réussite, elle est en attente d'évolutions pour donner à l'ARS des moyens d'action plus efficaces, au service d'une stratégie globale de santé plus efficiente, conçue de manière à favoriser l'engagement de chacun, dont les professionnels de santé et la population.

Bricard, D., Dourgnon, P., Poucineau, J. (2021). Effets attendus sur la pauvreté de huit politiques de santé introduites dans la stratégie et dans le Ségur de la santé : une revue de la littérature. In : Comité d'évaluation de la stratégie nationale de prévention et de lutte contre la pauvreté : compléments au rapport 2021. Paris : France stratégie/

<https://www.strategie.gouv.fr/sites/strategie.gouv.fr/files/atoms/files/fs-2021-rapport-pauvrete-complements-avril.pdf>

Budet, J.-M. (2020). "Hôpital : sorties de crises ?". *Gestions hospitalières*(596) : pp.268-269.

Dans son allocution du 25 mars 2020, le président de la République déclarait qu'«à l'issue de cette crise, un plan massif d'investissement et de revalorisation de l'ensemble des carrières sera construit pour notre hôpital». Le 15 mai, en visite à la Pitié-Salpêtrière, il reconnaissait «une erreur dans la stratégie annoncée il y a deux ans [« Ma santé 2022 »] et appelait le ministre de la Santé à engager sans délai une concertation devant déboucher sur un «Ségur de notre organisation de santé» reposant sur quatre piliers : la revalorisation des salaires et des carrières, l'investissement dans les bâtiments et le matériel, la mise en place d'un système plus souple et plus déconcentré et, enfin, une nouvelle organisation du système de santé basée sur le territoire. (R.A.)

Bunnefon, A. et Giuliuli, C. (2021). "Réforme des études médicales et paramédicales : pour une médecine partagée et plus humaine." *Gestions Hospitalières*(604): 168-172.

Chambaud, L. (2020). "La formation des cadres du système de santé : courroie de transmission de la volonté politique ou adaptation dynamique aux besoins ?" *Revue française d'administration publique* 174(2): 499-508.

<https://www.cairn.info/revue-francaise-d-administration-publique-2020-2-page-499.htm>

L'administration hospitalière est, paradoxalement, à la fois méconnue et trop connue. Elle forme un paysage institutionnel aussi mouvant que complexe, qui demeure le pré carré de professionnels et d'experts. Depuis la fin des années 1980, les impératifs de maîtrise des dépenses de santé et de sécurité sanitaire ont entraîné une succession de réformes qui l'ont certes renforcée en termes de compétences et de moyens, mais qui ont également eu pour effet de la rendre chroniquement instable. Dans le même temps, les récents mouvements sociaux et la crise sanitaire rappellent – s'il le fallait – à quel point l'administration des hôpitaux est cruciale. Avec la crise du Covid-19, les difficultés qu'elle rencontre se sont brutalement inscrites dans l'horizon quotidien des Français. Ses organisations, ses circuits de décision, ses pratiques managériales se sont ainsi retrouvées sous les feux de l'actualité. Ce dossier de la Revue française d'administration publique, auquel ont participé des praticiens et des chercheurs issus de plusieurs disciplines, livre un état des lieux de l'administration hospitalière à la veille de la grande pandémie de 2020. Trois entrées ont été privilégiées : la morphologie administrative et les interconnexions entre acteurs du système de santé publique ; les dynamiques professionnelles qui sous-tendent le fonctionnement des hôpitaux ; les instruments d'action publique permettant le pilotage de l'institution sanitaire en France. Ces différentes contributions donnent des clés de lecture utiles pour comprendre les enjeux et les évolutions récentes de l'administration des hôpitaux.

Chevandier, C. (2020). "Travailler à l'hôpital : un siècle et demi de reconfigurations des métiers." *Revue française d'administration publique* **174**(2): 317-328.

<https://www.cairn.info/revue-francaise-d-administration-publique-2020-2-page-317.htm>

Depuis le milieu du XIX<sup>e</sup> siècle, l'activité des hôpitaux n'a cessé de se modifier, nécessitant la mise en place de nouveaux métiers, dont le principal est celui d'infirmière. Mais les métiers en eux-mêmes, les qualifications comme les pratiques, ont singulièrement évolué tandis que les effectifs n'ont cessé de croître. Après la Libération, la mise en place de l'État social s'est accompagnée de la promotion d'un nouveau métier, celui de directeur, qui s'est peu à peu imposé face au corps médical.

Domin, J.-P. (2020). "La recherche d'un mode de financement unique des établissements de soins : le mythe de la convergence tarifaire." *Revue française d'administration publique* **174**(2): 475-486.

<https://www.cairn.info/revue-francaise-d-administration-publique-2020-2-page-475.htm>

Ce travail s'intéresse à la mise en œuvre, depuis le début des années 2000, d'un nouveau mode de financement dans les établissements hospitaliers : la tarification à l'activité. Si la convergence tarifaire entre les secteurs publics et privés constitue le mot d'ordre et la cible prioritaire des politiques depuis 2004, il n'en reste pas moins que sa mise en œuvre, d'une part, est assez complexe et, d'autre part, ne tient pas compte des spécificités de chacun des deux secteurs. La mise en œuvre de la convergence tarifaire est d'autant plus délicate que la différence de coûts entre les deux secteurs est aujourd'hui assez bien documentée (effets de taille et de gamme d'activités, caractéristiques des patients, prise en charge des pathologies lourdes...).

Dormont, B. (2020). « Il faut rompre avec la gestion séparée de l'hôpital et de la médecine de ville ». Paris, Alternatives économiques. **405**: 70-73.

<https://www.cairn.info/magazine-alternatives-economiques-2020-10-page-70.htm>

Gay, R. (2020). "La réforme hospitalière, creuset d'une administration spécialisée. Analyse de la formation et des transformations de la direction des hôpitaux (1970-2010)." *Revue française d'administration publique* **174**(2): 329-349.



<https://www.cairn.info/revue-francaise-d-administration-publique-2020-2-page-329.htm>

Depuis qu'elles se succèdent pour maîtriser la dépense publique à partir des années 1970, les réformes hospitalières affectent la division du travail administratif et la distribution de capacités d'action entre organisations publiques. C'est ainsi que, au fil des réformes, se constitue une direction des hôpitaux au ministère de la santé, puis se définit son domaine d'intervention et s'éprouve son autonomie d'action. Il se dégage de l'analyse trois séquences historiques décrivant un processus discontinu de concentration organisationnelle des tâches administratives auquel peuvent concourir d'autres processus politiques déconnectés des réformes et qui interroge l'homogénéité culturelle de la direction.

Jaffre, D. (2021). "La réforme du mode de financement des établissements de santé : une approche populationnelle ?". *Objectifs soins & management*(279) : pp.28-31.

Déjà présente dans Ma Santé 2022, reprise dans le Ségur de la santé de juillet dernier, la réforme des modes de financement des établissements de santé poursuit sa route. Enclenchée dans les soins de suite et de réadaptation, puis en psychiatrie (même si la mise en œuvre opérationnelle de la réforme a été reportée au 1er janvier 2022 compte tenu de la crise de la COVID 19), pour les hôpitaux de proximité, les urgences depuis le 1er janvier 2021 (avec un décret à paraître prochainement), et demain la médecine, les soins critiques, comme l'a annoncé le Ministre des Solidarités et de la Santé, cette réforme poursuit un seul objectif : Réduire la part liée à l'activité. Le nouveau mode de financement s'appuie sur 3 volets : une part populationnelle, une part liée à l'activité et une part liée à la qualité des soins.

Janin, A. (2020). "E-santé, Ségur de santé : les grands moyens." *Décision & Stratégie Santé*(323): 15-20.

Suite à la crise sanitaire, le numérique en santé s'est imposé dans le paysage médical, fin juillet, première, une enveloppe de 2 milliards dans le cadre du Ségur du numérique a été allouée, mais le chantier de l'interopérabilité est encore à construire pour les acteurs qui restent vigilants sur la suite. Enquête.

Marrot, B. (2020). "Administrer le système hospitalier ou administrer le système de santé ?" *Revue française d'administration publique* **174**(2): 443-458.

<https://www.cairn.info/revue-francaise-d-administration-publique-2020-2-page-443.htm>

L'administration hospitalière est, paradoxalement, à la fois méconnue et trop connue. Elle forme un paysage institutionnel aussi mouvant que complexe, qui demeure le pré carré de professionnels et d'experts. Depuis la fin des années 1980, les impératifs de maîtrise des dépenses de santé et de sécurité sanitaire ont entraîné une succession de réformes qui l'ont certes renforcée en termes de compétences et de moyens, mais qui ont également eu pour effet de la rendre chroniquement instable. Dans le même temps, les récents mouvements sociaux et la crise sanitaire rappellent – s'il le fallait – à quel point l'administration des hôpitaux est cruciale. Avec la crise du Covid-19, les difficultés qu'elle rencontre se sont brutalement inscrites dans l'horizon quotidien des Français. Ses organisations, ses circuits de décision, ses pratiques managériales se sont ainsi retrouvées sous les feux de l'actualité. Ce dossier de la *Revue française d'administration publique*, auquel ont participé des praticiens et des chercheurs issus de plusieurs disciplines, livre un état des lieux de l'administration hospitalière à la veille de la grande pandémie de 2020. Trois entrées ont été privilégiées : la morphologie administrative et les interconnexions entre acteurs du système de santé

publique ; les dynamiques professionnelles qui sous-tendent le fonctionnement des hôpitaux ; les instruments d'action publique permettant le pilotage de l'institution sanitaire en France. Ces différentes contributions donnent des clés de lecture utiles pour comprendre les enjeux et les évolutions récentes de l'administration des hôpitaux.

Minvielle, É. et Rochaix, L. (2020). "La Rémunération à la qualité. Praticiens, chercheurs en économie et en gestion. Regards croisés sur l'incitation financière à la qualité." Journal de gestion et d'économie de la santé 4(4): 217-220.

<https://www.cairn.info/revue-journal-de-gestion-et-d-economie-de-la-sante-2020-4-page-217.htm>

Les thèmes abordés dans ce numéro spécial sont relatifs aux incitations financières à la qualité au moment même où les pouvoirs publics s'interrogent, dans la lignée du rapport de la Task Force sur les modes de tarification de Janvier 2019 puis du 'Ségur de la santé', sur la pertinence d'y recourir de manière plus marquée. Les questions traitées sont d'actualité dans le contexte de la crise du Covid-19 : le positionnement de ce mode de paiement par rapport à d'autres et sa pertinence ; le choix des indicateurs qualité ; l'adhésion des professionnels ; et des questions plus méthodologiques sur la collecte des données, la taille de l'incitation, parmi d'autres. Six articles composent ce numéro. Ce sont des articles de point de vue, abordés sous différents angles, avec un référencement aux connaissances du domaine. En complément, il est proposé un bref rappel du projet Compaqh qui a accompagné les pouvoirs publics de 2003 à 2016 sur ces sujets de développement d'indicateurs et d'incitations financières à la qualité.

Minvielle, É. et Kimberly, J. (2020). "Rémunération à la qualité. Récompenser les efforts organisationnels le long du parcours du patient." Journal de gestion et d'économie de la santé 4(4): 242-252.

<https://www.cairn.info/revue-journal-de-gestion-et-d-economie-de-la-sante-2020-4-page-242.htm>

Les initiatives de rémunération à la qualité menées à travers le monde peinent à donner des résultats positifs. En même temps, une revendication actuelle est d'orienter ces rémunérations sur la « valeur » étant définie comme les résultats obtenus par rapport aux coûts. La thèse développée dans cet article est différente : plus qu'une incitation financière au résultat, c'est une incitation des efforts organisationnels qui apparaît devoir être privilégiée pour améliorer les démarches du P4P ; la qualité du résultat doit pour sa part se raisonner au niveau individuel de chaque patient sans recourir à une incitation financière. Pour étayer cette thèse, nous proposons d'analyser les sujets attenants au P4P sous un angle managérial.

Pierru, F. (2020). "Agences régionales de santé : mission impossible." Revue française d'administration publique 174(2): 385-403.

<https://www.cairn.info/revue-francaise-d-administration-publique-2020-2-page-385.htm>

Créées en 2010, issues d'une fusion des services déconcentrés de l'État et des services régionaux de l'assurance maladie, les agences régionales de santé (ARS) sont, depuis la crise dite des « gilets jaunes » et, surtout, la pandémie de Covid-19, sur la sellette. À rebours des analyses de type ingénierie administrative, cet article cherche à comprendre la fragilité de ces fausses agences en les ré-encastrant dans leur environnement économique, social et politique. Il souligne en particulier que les ARS sont dans une position structurellement intenable entre l'État central, entré en mode de consolidation budgétaire depuis 2010, et des acteurs « territoriaux » qu'elles ont pour charge de tenir et de piloter à distance. De plus, déjà mal dotées en moyens humains et matériels, elles ont subi le rabot budgétaire alors que

leurs missions sont des plus larges. Cet article est donc la chronique de l'échec programmé d'agences n'ayant pas les moyens de répondre aux attentes d'une société sécularisée et politiquement désenchantée pour qui la protection de la vie est devenue une sorte d'idéologie de remplacement.

Pierru, F. (2020). "La tarification à l'activité (T2A) à la française." Revue française d'administration publique **174**(2): 487-497.

<https://www.cairn.info/revue-francaise-d-administration-publique-2020-2-page-487.htm>

L'administration hospitalière est, paradoxalement, à la fois méconnue et trop connue. Elle forme un paysage institutionnel aussi mouvant que complexe, qui demeure le pré carré de professionnels et d'experts. Depuis la fin des années 1980, les impératifs de maîtrise des dépenses de santé et de sécurité sanitaire ont entraîné une succession de réformes qui l'ont certes renforcée en termes de compétences et de moyens, mais qui ont également eu pour effet de la rendre chroniquement instable. Dans le même temps, les récents mouvements sociaux et la crise sanitaire rappellent – s'il le fallait – à quel point l'administration des hôpitaux est cruciale. Avec la crise du Covid-19, les difficultés qu'elle rencontre se sont brutalement inscrites dans l'horizon quotidien des Français. Ses organisations, ses circuits de décision, ses pratiques managériales se sont ainsi retrouvées sous les feux de l'actualité. Ce dossier de la Revue française d'administration publique, auquel ont participé des praticiens et des chercheurs issus de plusieurs disciplines, livre un état des lieux de l'administration hospitalière à la veille de la grande pandémie de 2020. Trois entrées ont été privilégiées : la morphologie administrative et les interconnexions entre acteurs du système de santé publique ; les dynamiques professionnelles qui sous-tendent le fonctionnement des hôpitaux ; les instruments d'action publique permettant le pilotage de l'institution sanitaire en France. Ces différentes contributions donnent des clés de lecture utiles pour comprendre les enjeux et les évolutions récentes de l'administration des hôpitaux.

Pierru, F. (2020). "Les transformations de l'administration hospitalière." Revue française d'administration publique **174**(2): 351-362.

<https://www.cairn.info/revue-francaise-d-administration-publique-2020-2-page-351.htm>

L'administration hospitalière est, paradoxalement, à la fois méconnue et trop connue. Elle forme un paysage institutionnel aussi mouvant que complexe, qui demeure le pré carré de professionnels et d'experts. Depuis la fin des années 1980, les impératifs de maîtrise des dépenses de santé et de sécurité sanitaire ont entraîné une succession de réformes qui l'ont certes renforcée en termes de compétences et de moyens, mais qui ont également eu pour effet de la rendre chroniquement instable. Dans le même temps, les récents mouvements sociaux et la crise sanitaire rappellent – s'il le fallait – à quel point l'administration des hôpitaux est cruciale. Avec la crise du Covid-19, les difficultés qu'elle rencontre se sont brutalement inscrites dans l'horizon quotidien des Français. Ses organisations, ses circuits de décision, ses pratiques managériales se sont ainsi retrouvées sous les feux de l'actualité. Ce dossier de la Revue française d'administration publique, auquel ont participé des praticiens et des chercheurs issus de plusieurs disciplines, livre un état des lieux de l'administration hospitalière à la veille de la grande pandémie de 2020. Trois entrées ont été privilégiées : la morphologie administrative et les interconnexions entre acteurs du système de santé publique ; les dynamiques professionnelles qui sous-tendent le fonctionnement des hôpitaux ; les instruments d'action publique permettant le pilotage de l'institution sanitaire en France. Ces différentes contributions donnent des clés de lecture utiles pour comprendre les enjeux et les évolutions récentes de l'administration des hôpitaux.

Roux, A. (2020). "De la crise Covid-19 au Ségur de santé : les ressources humaines hospitalières, un enjeu stratégique." *Revue Hospitalière de France*(596): 14-20.

L'hôpital et les établissements médico-sociaux publics sont forts des femmes et des hommes qui y travaillent. Un poncif ? La place des soignants et des ressources humaines hospitalières en général n'a pourtant jamais été aussi prégnante dans le débat public. Une séquence sociale inédite a conduit l'hôpital à faire l'objet de trois plans d'urgence en 2018 et 2019, malgré une stratégie nationale et une loi relative à l'organisation et à la transformation du système de santé. Dans ce contexte déjà fébrile, la crise épidémique a braqué les yeux de tous sur l'enjeu stratégique que représente la fonction ressources humaines à l'hôpital et dans le secteur médico-social. Enjeu immédiat pour adapter l'organisation et le fonctionnement hospitalier aux besoins nouveaux de la situation de crise. Enjeu à moyen et long termes pour que les mesures, issues du Ségur de la santé, se traduisent dans le quotidien de travail et redonnent son attractivité à l'hôpital comme au secteur médico-social.

Soupizet, J.-F. (2021). "Données de santé françaises : une alerte. France et Europe face aux géants américains et chinois." *Futuribles* **440**(1): 81-88.

<https://www.cairn.info/revue-futuribles-2021-1-page-81.htm>

En 2019 a été créé, en France, le Health Data Hub (HDH), chargé de regrouper toutes les données de santé françaises. L'hébergement de ces données a été confié six mois plus tard à Microsoft, une multinationale soumise à une législation américaine peu compatible avec les règles européennes visant à leur sauvegarde et à l'indépendance de l'Union européenne. Jean-François Soupizet, prenant appui sur cette décision et ses conséquences potentielles, montre en quoi elle constitue un précédent problématique, en raison du défi plus large que constitue la maîtrise des données européennes dans un contexte dominé par les États-Unis et par la Chine. Ainsi nous alerte-t-il sur un défi majeur face auquel l'Union européenne et ses États membres ont pris un retard important par rapport à leurs concurrents, et sur les dangers qui peuvent en résulter au regard de la protection des libertés et de l'indépendance des Européens.

Wilquin, A. et Kleisova, V. (2020). "Comment construire son dossier de contractualisation pour bénéficier des 13 milliards d'euros du dispositif de reprise de la dette ?": pp.22-25.

Mesure phare du Ségur de la santé, un plan d'investissements à hauteur de 19 milliards d'euros est prévu dont l'objectif principal est clair : relancer l'investissement courant des établissements de santé et ainsi améliorer les conditions de prises en charge des patients et de travail des soignants. Annoncés dans le cadre du plan Ma Santé 2022, sur ces 19 Mds, 13 seront ainsi consacrés à une reprise de la dette des établissements de santé. Dans le contexte d'un intérêt fort pour le dispositif de la part des établissements, et un enjeu stratégique et politique de l'attribution par les ARS de la majeure partie de l'enveloppe, la reprise de la dette pourrait devenir l'objet d'une concurrence rude dans laquelle les établissements doivent être proactifs et se doter d'un argumentaire solide pour les négociations futures. (R.A.)

## Ressources électroniques

### SITES INSTITUTIONNELS

#### [Ministère chargé de la santé](#)

Pôle Documentation de l'Irdes - Safon M.-O.

[www.irdes.fr/documentation/syntheses-et-dossiers-bibliographiques.html](http://www.irdes.fr/documentation/syntheses-et-dossiers-bibliographiques.html)

[www.irdes.fr/documentation/syntheses/loi-segur-visant-a-ameliorer-le-systeme-de-sante-par-la-confiance-et-la-simplification.pdf](http://www.irdes.fr/documentation/syntheses/loi-segur-visant-a-ameliorer-le-systeme-de-sante-par-la-confiance-et-la-simplification.pdf)

[www.irdes.fr/documentation/syntheses/loi-segur-visant-a-ameliorer-le-systeme-de-sante-par-la-confiance-et-la-simplification.epub](http://www.irdes.fr/documentation/syntheses/loi-segur-visant-a-ameliorer-le-systeme-de-sante-par-la-confiance-et-la-simplification.epub)

Loi Ségur visant à améliorer le système de santé par la confiance et la simplification

Accords et dossiers de presse dans la rubrique des grands dossiers : Ségur de la santé

### [Assemblée nationale](#)

Calendrier de la loi, discussions et rapports de la législature

### [Sénat](#)

Calendrier de la loi, discussions et rapports de la législature

### [Legifrance](#)

Echéancier de mise en application de la loi

## **AUTRES SOURCES**

### **Nile**

[Note de Nile sur la proposition de loi visant à améliorer le système de santé par la confiance et la simplification, dite "Loi Ségur", après adoption en première lecture à l'Assemblée. 2020/12.](#)

[Note de Nile sur la proposition de loi visant à améliorer le système de santé après adoption en première lecture à L'Assemblée nationale. 2020/12.](#)

[Note de Nile visant à améliorer le système de santé après adoption au Sénat. 2021/02.](#)

[Note de Nile sur les dispositifs d'appui à la transformation et aux investissements en santé. 2021/04.](#)

[Note de Nile sur la loi définitive visant à améliorer le système de santé par la confiance et la simplification. 2021/05/10.](#)

### **Vie publique**

[Présentation de la loi, 27 avril 2021](#)