

La loi relative à l'organisation et la transformation du système de santé

Ma santé 2022

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

Sommaire

En guise d'introduction.....	3
Chronologie de la loi.....	5
Contenu de la loi	7
TITRE I : DECLOISONNER LES PARCOURS DE FORMATION ET LES CARRIERES DES PROFESSIONNELS DE SANTE	7
Chapitre 1 : réformer les études en santé et renforcer la formation tout au long de la vie	7
Chapitre 2 : faciliter les débuts de carrières et répondre aux enjeux des territoires	9
Chapitre 3 : fluidifier les carrières entre la ville et l'hôpital pour davantage d'attractivité	10
TITRE II : CREER UN COLLECTIF DE SOINS AU SERVICE DES PATIENTS ET MIEUX STRUCTURER L'OFFRE DE SOINS DANS LES TERRITOIRES	11
Chapitre 1 : promouvoir les projets territoriaux de santé	11
Chapitre 2 : développer une offre hospitalière de proximité, ouverte sur la ville et le secteur médico-social, et renforcer la gradation des soins	14
Chapitre 3 : renforcer la stratégie et la gouvernance médicales au niveau du groupement hospitalier de territoire, et accompagner les établissements volontaires pour davantage d'intégration	15
TITRE III : DEVELOPPER L'AMBITION NUMERIQUE EN SANTE	16
Chapitre 1 : innover en valorisant les données cliniques	16
Chapitre 2 : doter chaque usager d'un espace numérique de santé	18
Chapitre 3 : déployer pleinement la télémédecine et les télésoins.....	20
TITRE IV : MESURES DIVERSES	21
Chapitre 1 : dispositions de simplification	21
Chapitre 2 : mesures de sécurisation	23
TITRE V : RATIFICATIONS ET MODIFICATIONS D'ORDONNANCES.....	26
Aspects réglementaires	31
PROJETS DE LOI SUCCESSIFS	31
LA MISE EN ŒUVRE DE LA LOI	31
Bibliographie.....	34
AVIS ET RAPPORTS	34
ANALYSES D'ENSEMBLE	50
ANALYSES PONCTUELLES.....	55
OPEN ET BIG DATA	61
Ressources électroniques	69
SITES INSTITUTIONNELS	69
AUTRES RESSOURCES	70

En guise d'introduction

Les mesures de la stratégie de transformation du système de santé (STSS) ont été annoncées par le président de la République, Emmanuel Macron, le 18 septembre 2018. Cette stratégie, dont la première étape avait été lancée en mars 2018, s'inscrit dans le cadre plus large de la stratégie nationale de santé (SNS), qui fixe le cadre de la politique de santé du gouvernement pour le quinquennat. L'objectif affiché de la STSS est de décloisonner le système de santé français avec un financement plus pertinent, une organisation des soins de proximité plus coopérative ainsi qu'une formation et un mode d'exercice professionnel plus adaptés et diversifiés.

Rebaptisée « Ma santé 2022 », la STSS est née du constat que le système de santé est devenu inadapté pour les raisons suivantes. Il ne répond plus aux attentes des patients ; il nourrit le mécontentement des professionnels de santé ; il est historiquement marqué par de profondes rigidités organisationnelles ; enfin, il est confronté à des tensions financières croissantes.

Afin d'organiser la réflexion autour de la transformation de l'offre de soins et plus largement du système de santé, une consultation institutionnelle a été mise en place autour des cinq chantiers prioritaires suivants :

- La qualité et la pertinence - piloté par Dominique Le Guludec, présidente du collège de la Haute Autorité de santé, Olivier Lyon-Caen, médecin conseil national de la Cnam et Alain-Michel Ceretti, président de France Assos Santé ;
- Le financement et les rémunérations - piloté par Jean-Marc Aubert, directeur de la Dress.
- Le numérique en santé - piloté par Dominique Pon, directeur général de la clinique Pasteur de Toulouse et président de SantéCité, et Annelore Coury, directrice déléguée à la gestion et à l'organisation des soins de la Cnam ;
- Les ressources humaines - piloté par Aurélien Rousseau, à l'époque président directeur général de la Monnaie de Paris et aujourd'hui directeur général de l'ARS d'Île-de-France
- L'organisation territoriale - piloté par Pierre Pribille, directeur général de l'ARS de Bourgogne Franche-Comté et Norbert Nabet, directeur général de l'ARS Corse.

Réunissant un ensemble d'acteurs de la chaîne de santé, la consultation a permis une réflexion collective, un certain consensus sur le diagnostic et l'identification de réponses à apporter. Les rapports, issus de cette consultation et remis à la ministre des Solidarités et de la Santé cet été, ont permis d'identifier 3 engagements prioritaires pour mener à bien la transformation du système :

- Placer le patient au cœur du système et faire de la qualité de sa prise en charge la boussole de la réforme ;
- Organiser l'articulation entre médecine de ville, médico-social et hôpital pour mieux répondre aux besoins de soins en proximité ;
- Repenser les métiers et la formation des professionnels de santé.

Si certaines de ces mesures étaient déjà présentes dans la loi de financement de la sécurité sociale pour 2019 (PLFSS), d'autres nécessitaient l'adoption de dispositions législatives spécifiques. Le président de la République avait d'ailleurs annoncé une loi de santé resserrée pour le premier semestre 2019. Le calendrier prévoit un échelonnage des mesures préconisées sur les quatre prochaines années pour une mise en œuvre concrète et complète de l'ensemble des actions d'ici 2022.

[Pour 2019, la Loi de financement de la sécurité sociale a inscrit les mesures suivantes¹ :](#)

- La création de communautés professionnelles territoriales de santé ;
- Le financement de postes d'assistants médicaux ;
- La structuration des hôpitaux de proximité ;
- Le déploiement d'équipes mobiles gériatriques ;
- Le développement des compétences dans les établissements de santé ;
- Le financement d'investissements immobiliers pour les établissements de santé ;
- Le financement forfaitaire des pathologies chroniques ;
- Le financement d'investissements dans le numérique.

Le projet de loi relatif à l'organisation et à la transformation du système de santé a été présenté en Conseil des ministres le 13 février 2019 et a été débattu à l'Assemblée nationale à partir du 19 mars 2019. Le 20 juin 2019, députés et sénateurs de la commission mixte paritaire sont tombés d'accord sur une version commune du projet de loi santé. L'introduction, par un amendement du Sénat, d'une séquence de professionnalisation territoriale à la fin du troisième cycle des études de médecine (article 2), a constitué le cœur des débats. Un travail attentif entre les rapporteurs des deux assemblées a permis de dégager une rédaction de compromis, prévoyant l'obligation pour les étudiants de troisième cycle de médecine générale et d'autres spécialités de premier recours d'effectuer un stage d'au moins six mois en médecine ambulatoire, en priorité dans les zones sous-denses, sous la supervision d'un médecin. Plusieurs des enrichissements du texte défendus par le Sénat ont par ailleurs été conservés. Il en est ainsi, sur le volet numérique, de l'automatisme de l'ouverture de l'espace numérique de santé et du DMP. Sur le volet territorial, l'intégration dans le champ de la négociation conventionnelle des conditions dans lesquelles les médecins participent à la réduction des inégalités territoriales dans l'accès aux soins, introduit à l'initiative de la commission du développement durable) figure également dans le texte adopté.

La loi a fait l'objet d'un vote solennel le 10 juillet 2019 à l'Assemblée nationale, puis le 23 juillet 2019 au Sénat, venant ainsi ponctuer une nouvelle étape de Ma santé 2022. Le texte retenu s'articule autour des points suivants :

- La formation des étudiants et professionnels de santé : suppression du numerus clausus et des ECN, mise en place de formations communes aux étudiants médicaux et paramédicaux et d'un semestre de pratique ambulatoire... ;
- Les conditions d'exercice des professionnels de santé : création d'une procédure de recertification des compétences, révision du contrat d'engagement de service public, modification du statut de praticien hospitalier, élargissement des missions de l'infirmier et du pharmacien... ;
- L'offre de soins dans les territoires : instauration du projet territorial de santé, mission des hôpitaux de proximité, renforcement de l'intégration au sein des GHT... ;
- Le numérique en santé : création du Health data hub, mise en place d'un espace numérique de santé personnel, définition du télésoin..

Parallèlement, des négociations conventionnelles ont été menées sous la direction de la Cnam afin de préciser les missions des communautés professionnelles territoriales de santé (CPTS) ainsi que le statut des futurs assistants médicaux. Après moult discussions entre les syndicats professionnels concernés et l'Assurance maladie, deux avenants-clefs à la convention médicale ont été signés le 20 juin 2019. L'avenant n° 7 porte sur les conditions de recrutement des futurs assistants médicaux alors que le second fixe les modalités de déploiement et de financement des communautés

¹ [Loi de financement de la sécurité sociale : synthèse sur le site web de l'Irdes \(2021/01\).](#)

professionnelles territoriales de santé (CPTS), à la faveur d'un accord conventionnel interprofessionnel ou ACI, qui concerne aussi les autres professionnels de santé libéraux (pharmaciens, infirmiers, kinés, sages-femmes...)².

- Communautés territoriales de santé (CPTS) : [communiqué de presse du 20 juin 2019](#)
- Déploiement des assistants médicaux : [communiqué de presse du 20 juin 2019](#)

La stratégie « Ma Santé 2022 » s'est poursuivie en 2020, en dépit de la crise sanitaire, dans le cadre du Ségur de la santé. Les conclusions de cette vaste concertation présentées le 21 juillet 2020 visent à accélérer la refondation du système de santé et la valorisation des professionnels de santé³.

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.

Chronologie de la loi

Dates	Événements	Sites
26 janvier 2016	Cadre de la stratégie nationale de santé	Loi de modernisation de notre système de santé
17 mai 2017	Saisine du Haut Conseil de la santé en vue de la stratégie nationale de santé	Rapport sur la SNS du HCSP : site du HCSP
17 juillet 2017	Saisine de la conférence nationale de santé sur le projet de la stratégie nationale de santé	Site du ministère chargé de la santé
31 juillet 2017	Avis du haut Conseil de la santé publique	Site du ministère chargé de la santé Avis
Septembre – octobre 2017	Définitions des priorités et lancement des concertations sur la Stratégie nationale de santé 2018-2022	Site du ministère chargé de la santé
18 septembre 2017	Publication des grandes lignes de la SNS	Dossier SNS en français Dossier SNS en anglais
23 novembre 2017	Avis de la conférence nationale de santé L'ensemble des autres avis et contributions en région	Site du ministère de la santé Site du ministère de la santé
Novembre 2017	Lancement de la consultation publique sur la SNS	Communiqué du ministère de la santé, 7 novembre 2017 Rapport de la consultation publique
29 novembre 2017	Avis du Haut Conseil de la santé publique	Site du ministère chargé de la santé
Décembre 2017	Lancement de la SNS	
13 février 2018	Lancement de la Stratégie de transformation du système de santé	Dossier de presse du ministère, 13 février 2018
Mars 2018	Cadrage des chantiers par les pilotes en	Conférence de presse du ministère sur le lancement des

² Une instruction — rédigée conjointement par la Direction générale de l'offre de soins (DGOS) et l'Assurance maladie et parue au [Bulletin officiel "Santé-protection sociale-solidarité" ce 15 décembre 2021](#) — précise les dispositions et modalités d'accompagnement pour les futurs porteurs de projets. Ce texte détermine en effet les principes et les attendus de l'accompagnement proposé aux porteurs de projets de CPTS par les ARS et l'Assurance maladie, ainsi que les modalités de travail en commun entre ces deux réseaux et avec leurs partenaires. L'instruction éclaire ainsi sur la mise en œuvre opérationnelle de l'ACI.

³ La mise en œuvre de ces mesures a donné lieu à un nouveau texte de loi : loi Ségur visant à améliorer le système de santé par la confiance et la simplification³. Voir dans la rubrique « [Ressources documentaires](#) » du site de l'Irdes la synthèse : Loi Ségur visant à améliorer le système de santé par la confiance et la simplification.

	lien avec les services du ministère des Solidarités et de la Santé, et de l'Assurance maladie	travaux, 9 mars 2018 Dossier de presse Prévention, 26 mars 2018
Avril 2018	Organisation de consultations institutionnelles avec les acteurs de santé	
18 septembre 2018	Présentation du projet « Ma santé 2022 »	Communiqué de presse du ministère : ma santé 2022 Dossier de presse du ministère : Ma santé 2022, 18 septembre 2018
19 novembre 2018	Déploiement de la stratégie « Ma santé 2022 »	Site du ministère chargé de la santé Communiqué de presse et synthèse « Ma santé 2022 »
13 février 2019	Présentation de l'avant-projet de la loi relative à l'organisation et à la transformation du système de santé en Conseil des ministres	Site du ministère Communiqué de presse du 13 février 2019 Accès à l'avant-projet de loi
5 mars 2019	Audition d'A. Buzyn à la commission des affaires sociales de l'Assemblée nationale sur le projet de loi	http://www.assemblee-nationale.fr
19 mars 2019	Débat à l'Assemblée nationale Nombreux amendements déposés à la Commission des affaires sociales	Site de l'Assemblée nationale Dossier législatif
26 mars 2019	Adoption de la loi à l'Assemblée nationale Passage au Sénat	Le projet de loi adopté le 26 mars 2019 Site du Sénat Dossier législatif
25 avril 2019	Présentation des grandes orientations de la politique du numérique en santé	Dossier d'information Site du ministère chargé de la santé
3 – 7 juin 2019	Examen de la loi au Sénat	Le dossier législatif Site du Sénat
11 juin 2019	Adoption de la loi par le Sénat	Le projet de loi adopté le 11 juin 2019
20 juin 2019	Compromis de la commission mixte paritaire	Le contenu du compromis
10 juillet 2019	Adoption par les députés du projet de loi issu du compromis de la commission mixte paritaire	Site de Legifrance
16 juillet 2019 23 juillet 2019	Examen par le Sénat Vote solennel	Site du Sénat
16 septembre 2019	Deuxième comité de suivi de la réforme Ma santé 2022	Ministère chargé de la santé
25 mars 2020	Discours d'Emmanuel Macron à Mulhouse : annonce d'un plan massif d'investissement et de revalorisation des carrières à l'hôpital	Site de l'Élysée Youtube
25 mai 2020	Lancement de la concertation dite « Ségur de santé »	Communiqué de presse du ministère de la santé
	50 jours de concertation	Site du ministère de la santé
13 juillet 2020	Signature des accords de Ségur	Site du ministère chargé de la santé
21 juillet 2020	Présentation des 33 propositions pour accélérer la transformation du système de santé (1 ^e phase du Ségur de santé)	Site du ministère de la santé

Contenu de la loi

La loi relative à l'organisation et à la transformation du système de santé votée par les deux assemblées comprend 81 articles, répartis entre cinq grands titres portant notamment sur les parcours de formation et les carrières, l'offre de soins dans les territoires et sa gradation et le numérique en santé.

TITRE I : DECLOISONNER LES PARCOURS DE FORMATION ET LES CARRIERES DES PROFESSIONNELS DE SANTE

Chapitre 1 : réformer les études en santé et renforcer la formation tout au long de la vie

Chapitre 1er : Réformer les études en santé et renforcer la formation tout au long de la vie

Article 1er : sur la base du rapport de Jean-Paul Saint-André remis en décembre 2018, cet article rénove le mode d'accès aux études médicales, pharmaceutiques, odontologiques et maïeutiques.

- Le numerus clausus est supprimé.
- Le projet d'étude de l'étudiant est pris en compte dans son orientation au sein d'une des formations médicales.
- Ces formations favorisent l'organisation d'enseignements communs à ces filières.
- Les capacités d'accueil des formations en 2e et 3e années sont déterminées par les universités.
- Les capacités d'accueil sont définies selon les objectifs pluriannuels d'admission au 2e cycle de ces formations. Ces objectifs sont déterminés par les besoins de santé du territoire et arrêté par les universités sur avis conforme des agences régionales de santé.
- Des expérimentations seront possibles dès 2020 pour renforcer les échanges entre les formations dispensées dans les centres de formation et d'apprentissage, y mettre en place des enseignements communs avec les formations médicales et renforcer l'accès à la formation par la recherche. Ces expérimentations dureront 6 ans
- Les ministres chargés de l'enseignement supérieur et de la santé présentent un rapport d'évaluation au Parlement la 6e année d'expérimentation.
- Les conditions de mise en œuvre des expérimentations et de leurs évaluations sont définies par voie réglementaire.
- Ces objectifs pluriannuels sont fixés par l'université après avis de l'agence régionale de santé au regard d'objectifs nationaux définis par l'État dans des conditions fixées par décret en Conseil d'État.
- Les objectifs nationaux doivent répondre aux besoins du système de santé, réduire les inégalités territoriales d'accès aux soins et permettre l'insertion professionnelle des étudiants. L'organisation de ces études favorise la juste répartition des professionnels de santé sur le territoire.
- Un étudiant ayant suivi le premier cycle dans une université doit suivre le deuxième cycle dans la même université. Un décret en Conseil d'État précise les conditions dans lesquelles un étudiant peut suivre le 1er et 2e cycle dans deux universités différentes.
- Le Gouvernement remet au Parlement un rapport d'évaluation de la réforme du premier cycle des études de médecine, odontologie, pharmacie et maïeutique en 2021 et 2023.
- L'entrée dans les études est soumise à la validation d'un parcours de formation antérieur et la réussite d'épreuves déterminées par décret en Conseil d'État.
- Certains candidats ainsi que des étudiants engagés dans l'une de ces filières peuvent se réorienter en 2e ou 3e année de médecine, pharmacie, odontologie ou maïeutique dans des conditions fixées par décret en Conseil d'État.

- Un décret en Conseil d'État détermine les modalités de contrôle des connaissances des formations en médecine, en pharmacie, en odontologie et en maïeutique, leurs modalités de réorientation, les modalités de diversification des voies d'accès au premier cycle des études de santé et les modalités de fixation des objectifs d'admission en première année du 2e cycle. Un décret en Conseil d'État fixe les conditions et modalités d'accès à la formation pour les titulaires d'un diplôme d'un État membre de l'Union européenne (UE), de l'Espace économique européen (EEE), de la Confédération suisse ou de la Principauté d'Andorre.
- Le régime des études médicales et postuniversitaires ainsi que l'organisation de la recherche sont fixés par décret.
- La suppression du numerus clausus et la réforme du premier cycle des études médicales prennent effet à la rentrée 2020.

Article 2 : il fixe les nouvelles modalités d'évaluation du 2e cycle et réforme l'accès au 3e cycle des études de médecine.

- Les épreuves classantes nationales sont supprimées. L'admission est subordonnée à l'obtention d'une note minimale dont les conditions sont fixées par décret en Conseil d'État.
- Peuvent accéder au 3e cycle des études de médecine selon des modalités fixées par décret en Conseil d'État : les étudiants ayant validé le 2e cycle des études de médecine en France ; les étudiants de l'Union européenne ou faisant partie de l'Espace économique européen (EEE) ayant validé 6 années d'études ou réalisé 5 500 heures de formation. Les étudiants en 3e cycle des études de médecine générale et d'autres spécialités définies par décret, effectuent au cours de leur dernière année, un stage de 6 mois dans les zones caractérisées par une offre de soins insuffisante. Ce stage est réalisé sous un régime d'autonomie supervisée. Cette disposition prend effet à compter du 1er novembre 2021.
- Les modalités suivantes sont fixées par décret en Conseil d'État : les modalités d'organisation du 3e cycle, de répartition des postes, d'affectation, de changement d'orientation ; les modalités nationales d'organisation des épreuves de connaissances et de compétence ; les modalités permettant une adéquation du nombre de postes ouverts aux étudiants accédant au 3e cycle, le nombre de postes effectivement pourvus ; les modalités d'évaluation de la réforme ; les modalités de mise en œuvre de l'autonomie supervisée.
- Un décret en Conseil d'État détermine les modalités de réalisation de stages auprès de praticiens agréés-maîtres de stages des universités ne pratiquant pas obligatoirement dans l'hôpital public. Ces mesures prennent effet à partir de la rentrée universitaire 2019.

Article 3 : Il implique les patients dans la formation initiale.

- Les études médicales ont désormais pour objectif de permettre à l'étudiant d'acquérir des compétences dans l'exercice des activités de soins et de prévention dans différents territoires et modes d'exercices.
- Les patients interviennent dans les formations pratiques et théoriques.
- Le déploiement d'une offre de formation et de stage dans les zones caractérisées par une offre de soins insuffisante fait l'objet d'une évaluation tous les 3 ans.

Article 4 : il étend à l'ensemble des spécialités les fonctions de maîtres de stage des universités.

- Les étudiants de 2e et 3e cycles peuvent réaliser une partie de leur stage auprès d'un praticien agréé-maître de stage des universités.
- Un décret en Conseil d'État fixe les conditions de l'agrément des praticiens agréés-maître de stage des universités. Une formation est obligatoire dans une université ou tout autre établissement agréé.
- L'agrément est accordé pour une durée de 5 ans pour un praticien installé depuis au moins un an.

Article 5 : sur la base du rapport remis par le Professeur Serge Uzan en novembre 2018, il instaure des nouvelles modalités de re-certification des compétences des médecins.

- Le Gouvernement peut prendre par voie d'ordonnance les mesures suivantes pour les professions de médecin, chirurgien-dentiste, sage-femme, pharmacien, infirmier, masseur-kinésithérapeute et pédicure podologue, afin de : créer une procédure de certification réalisée par des organismes ou structures sans lien direct ou indirect avec les industries de santé ; déterminer les professionnels concernés par cette procédure de certification, les conditions de sa mise en œuvre et de son contrôle.
- L'ordonnance est prise dans un délai de douze mois à compter de la publication de la présente loi pour la profession de médecin et deux ans pour les autres professions.
- Le projet de loi de ratification est déposé devant le Parlement dans un délai de trois mois à compter de la publication de l'ordonnance.

Article 6 : Les infirmiers en pratiques avancées sont notifiés par l'Ordre national des infirmiers.

Article 7 : Prise en compte des évolutions technologiques dans la formation continue des praticiens. La politique de santé définie par l'État s'assure de l'adéquation entre la formation initiale et continue des professionnels de santé et l'exercice de leurs responsabilités.

Chapitre 2 : faciliter les débuts de carrières et répondre aux enjeux des territoires

Article 8 : il révisé les contrats d'engagement de service public (CESP) en élargissant le dispositif aux praticiens à diplômes étrangers hors Union européenne (Padhue).

- Un arrêté des ministres chargés de la santé, du budget et de la fonction publique détermine le nombre d'étudiants en 2e et 3e cycles de médecine ou d'odontologie qui peuvent signer avec le centre national de gestion.
- Cet arrêté définit également le nombre de praticiens à diplôme extra-communautaire autorisés à poursuivre un parcours de consolidation des compétences en médecine ou odontologie. en dernière année pouvaient assurer des remplacements uniquement dans les zones de plage l'été, ou de montagne l'hiver, en période d'afflux touristique. Une modification du statut de médecin adjoint permettra désormais aux internes en dernière année d'assurer des remplacements dans toutes les zones sous-denses.
- Les modalités qui déterminent le nombre de candidats pouvant signer un contrat d'engagement de service public sont fixées par voie réglementaire.
- Les signataires d'un contrat d'engagement de service public s'engagent à exercer pendant au moins deux ans à des postes figurant sur une liste établie par arrêté du ministre chargé de la santé et du ministre chargé de l'enseignement supérieur.
- Une liste définit les lieux où exerceront les signataires d'un contrat d'engagement de service public caractérisés par une offre de soins insuffisante et par des difficultés dans l'accès aux soins.
- Cette liste est établie par le centre national de gestion et sur proposition de l'ARS et arrêtée dans des conditions fixées par voie réglementaire.
- Cette liste est mise à jour tous les 3 ans. Les étudiants peuvent mettre fin à leur contrat d'engagement de service public en payant une indemnité ainsi qu'une pénalité.
- Ces mesures s'appliquent à compter de la rentrée universitaire 2020/2021.

Article 9 : Il inscrit la participation des médecins à la réduction des inégalités territoriales dans les conventions nationales. Les conventions entre les organismes de l'assurance maladie et les médecins détermine les conditions dans lesquelles les médecins participent à la réduction des inégalités territoriales dans l'accès aux soins.

Article 10 : il étend le recours au statut de médecin adjoint aux zones caractérisées par des difficultés dans l'accès aux soins ou en cas de carence constaté par l'ordre des médecins. Jusqu'ici les internes en dernière année pouvaient assurer des remplacements uniquement dans les zones de plage l'été, ou de montagne l'hiver, en période d'afflux touristique.

- Un interne en médecine pourra désormais, au titre de remplaçant, assister un médecin en cas d'afflux saisonnier ou exceptionnel de population constaté par un arrêté du préfet
- Les autorisations relatives à ce type d'exercice sont délivrées par le conseil départemental de l'ordre des médecins qui en informe l'ARS.
- Les étudiants ayant validé la totalité du 2e cycle des études médicales en France ou titulaires d'un titre certifiant une formation médicale dans un pays membre de l'UE ou de l'EEE, ou ayant validé un certain nombre de semestre du 3e cycle des études médicales en France peuvent exercer comme adjoint d'un médecin, après autorisation du conseil départemental de l'ordre des médecins, dans les conditions suivantes : la zone est caractérisée par une offre de soins insuffisante, déterminée par arrêté du directeur général de l'ARS ; en cas d'afflux saisonnier ou exceptionnel de population constaté par un arrêté du préfet ; lorsqu'une carence ponctuelle est constatée par le conseil départemental de l'ordre des médecins.
- Un décret pris après avis du Conseil national de l'ordre des médecins fixe les conditions d'application de ces autorisations : niveau d'étude, durée des autorisations, modalités de délivrance des autorisations.

Article 11 : il définit la réalisation d'un zonage des médecins prenant compte des spécialités par les ARS. Un zonage est réalisé pour chaque profession et chaque spécialité médicale.

Article 12 : Les médecins retraités et les étudiants en 3e cycle des études médicales peuvent réaliser des certificats de décès dans des conditions fixées par décret.

Chapitre 3 : fluidifier les carrières entre la ville et l'hôpital pour davantage d'attractivité

Article 13 : il met fin au concours de praticien hospitalier et autorise le gouvernement à prendre par ordonnances des mesures de création d'un statut unique de praticien hospitalier.

- Ce point vise à faciliter l'entrée dans la carrière, à diversifier les parcours professionnels et à développer l'activité partagée entre activité hospitalière publique, structures de santé ou médico-sociales et un exercice libéral afin de décloisonner l'exercice professionnel.
- Simplification des conditions et des motifs de recrutement par contrat dans les spécialités en difficulté pour recruter.
- Simplification de l'intervention des professionnels libéraux à l'hôpital.
- Un projet de loi de ratification est déposé devant le Parlement dans un délai de 3 mois à compter de la publication de chaque ordonnance.

Article 14 : Il renforce l'interdiction d'exercice concurrentiel pour les praticiens hospitaliers démissionnaires.

- Lorsqu'il y a un risque de concurrence avec un établissement public, il peut être interdit pour certains praticiens sur un départ temporaire ou définitif démissionnaire d'un établissement public, d'exercer dans un établissement privé à but lucratif, un cabinet libéral, un laboratoire de biologie médicale privé ou une officine de pharmacie.
- Le directeur de l'établissement fixe après avis du conseil de surveillance et de la commission médicale d'établissement les modalités d'application de cette mesure par voie réglementaire.

- La durée d'interdiction est de 2 ans maximum et s'applique dans un rayon de 10 km autour de l'établissement public de santé.
- En cas de non-respect de cette disposition, les praticiens doivent s'acquitter d'une indemnité pour chaque mois exercé dans un établissement concurrent pouvant aller jusqu'à 30 % du revenu mensuel moyen perçu sur les 6 derniers mois.
- Un praticien exerçant ses fonctions à temps partiel dans un établissement public de santé ne peut exercer en même temps dans un établissement privé à but lucratif, un cabinet libéral, un laboratoire de biologie médicale privé ou une officine de pharmacie dans un rayon de 10 km autour de l'établissement public de santé.
- En cas de non-respect, il est mis fin à son autorisation d'exercer à temps partiel.
- Les praticiens concernés par cet article sont : les personnels enseignants et hospitaliers ; les médecins, odontologistes et pharmaciens hospitaliers exerçant partiellement ou complètement dans un établissement public de santé ; les médecins, odontologistes et pharmaciens hospitaliers recruté par contrat par un établissement public de santé.
- Les modalités d'application de cet article sont précisées par décret en Conseil d'État.

Article 15 : Il étend le consultanat des PU-PH aux hôpitaux de premier recours.

- Les professeurs des universités-praticiens hospitaliers exerçant des fonctions de consultant doivent réaliser une partie de cette activité en dehors des CH et CHU.
- Une partie de cette activité de consultant peut être réalisée dans des établissements sociaux ou médico-sociaux.
- En cas de pratique de l'activité de consultant au sein d'un CHU, une partie de l'expertise doit porter sur le fonctionnement des établissements dans la région ou le territoire dans lequel il exerce.
- Un décret fixe les conditions de mise en œuvre de cet article.

Article 16 : Il ouvre l'exercice mixte aux professions paramédicales. Des professionnels de la fonction publique hospitalière dont la liste sera fixée par décret en Conseil d'État pourront exercer à temps partiel pour favoriser l'exercice mixte.

TITRE II : CREER UN COLLECTIF DE SOINS AU SERVICE DES PATIENTS ET MIEUX STRUCTURER L'OFFRE DE SOINS DANS LES TERRITOIRES

Chapitre 1 : promouvoir les projets territoriaux de santé

Article 17 : Il reconnaît la promotion de la santé comme compétence partagée des collectivités territoriales avec l'État. Les collectivités territoriales (communes, départements et régions) concourent à la promotion de la santé aux côtés de l'État.

Article 18 : Les équipes de soins spécialisées sont créées. Elles sont constituées autour de médecins spécialistes d'une ou plusieurs spécialités hors médecine générale.

- Elles coordonnent leurs activités de soins avec l'ensemble des acteurs d'un territoire dont les équipes de soins primaires.
- Elles contribuent à la structuration des parcours de santé.

Article 19 : Les députés et sénateurs élus dans le ressort du territoire concerné intègrent les conseils territoriaux de santé.

Article 20 : Les acteurs de santé d'un territoire sont responsables de l'amélioration de la santé de la population de ce territoire et de sa prise en charge optimale.

Article 21 : Il reporte l'évaluation pour les soins visuels à 2022.

- Une évaluation du contrat de coopération pour les soins visuels est réalisée durant le premier semestre 2022 par l'Uncam.
- Cette évaluation porte sur le nombre d'ophtalmologistes conventionnés ayant signé le contrat, les dépenses afférentes aux soins et sur le respect des engagements prévus.

Article 22 : Il crée le projet territorial de santé (PTS).

- Le conseil territorial de santé participe à la réalisation du diagnostic territorial partagé en s'appuyant, en plus des projets des équipes de soins primaires (ESP) et des CPTS, sur les projets médicaux partagés, les contrats locaux de santé, les projets médicaux des établissements de santé privés et les projets d'établissement des établissements et services médico-sociaux. Ce diagnostic prend également compte des travaux et propositions, entre autres, des conseils locaux de santé mentale, et des projets de santé des équipes de soins spécialisées.
- Le PTS fait l'objet d'une évaluation par le conseil territorial de santé.
- Le diagnostic territorial partagé donne lieu à la création d'un PTS élaboré par les CPTS et les établissements et services de santé, sociaux et médico-sociaux.
- Le PTS est initié par une CPTS et approuvé par au moins un établissement ou un service de santé, social ou médico-social.
- Les associations de patients, les collectivités territoriales, les intercommunalités et les URPS participent à l'élaboration et la mise en œuvre du PTS. Les URPS ne sont pas obligés d'y participer.
- Le PTS définit le territoire pertinent pour sa mise en œuvre par ses acteurs.
- Le PTS décrit notamment l'organisation de l'accès à la prévention, aux soins de proximité et aux soins spécialisés, les modalités de coopération interprofessionnelle, les modalités de l'accès au dépistage et décrit les modalités de l'accès aux soins non programmés.
- Le PTS décrit les modalités d'amélioration de la continuité des soins.
- Il prend en compte l'accès aux soins des personnes en situation de handicap et des personnes à mobilité réduite.
- Le PTS est réputé validé, sauf si le directeur général de l'ARS s'y oppose dans un délai de 2 mois en se basant sur l'absence de respect des objectifs du projet régional de santé ou sur la pertinence du territoire d'action de la CPTS.
- Les CPTS ayant transmis leur PTS et conclu un contrat territorial de santé seront réputées disposer d'un projet de santé approuvé. Elles disposent de 6 mois pour s'y opposer à la date de publication de la présente loi.
- Les missions des CPTS seront définies avec les professionnels territoriaux par voie conventionnelle.
- Dans chaque département les élus sont concertés sur l'organisation territoriale des soins au moins une fois par an. Une réunion spécifique peut être demandée par les élus quand cela est justifié.
- Un délégué territorial de l'Agence nationale de la cohésion des territoires ou de son représentant est présent à la concertation. Les élus en question sont les parlementaires du département, le président du conseil régional, le président du conseil départemental, les présidents des établissements publics de coopération intercommunale et au moins 5 représentants des maires désignés par l'association départementale des maires.

Article 23 : Il réunit les dispositifs d'appui à la coordination des parcours de santé.

- Le dispositif d'appui à la coordination des parcours de santé complexes est créé.
- Ses missions sont : assurer la réponse globale aux demandes d'appui des professionnels permettant une harmonisation des dispositifs existants en lien avec le médecin traitant ;

contribuer en coordination avec d'autres acteurs à la réponse aux besoins des personnes et de leurs aidants en lien avec les réflexions sur les maisons des aînés et des aidants ; participer à la coordination territoriale participant à la structuration des parcours de santé complexes.

- La gouvernance du dispositif d'appui à la coordination des parcours de santé complexes est composée de représentants des secteurs sociaux, médico-sociaux et sanitaires, des usagers, du conseil départemental et des communautés professionnelles territoriales de santé.
- Les centres locaux d'information et de coordination peuvent intégrer les plateformes territoriales d'appui.
- Des dispositifs spécifiques régionaux peuvent organiser un appui spécialisé aux professionnels de santé, établissements de santé et agences régionales de santé.
- Les conditions d'application de cet article sont fixées par décret.
- L'ensemble de ces dispositions entrent en vigueur dans un délai de 3 ans à compter de la publication de la présente loi. Les organisations assurant des fonctions d'appui dans le cadre d'expérimentations destinées à optimiser le parcours de santé des personnes âgées en risque de perte d'autonomie et bénéficiant de fonds, issus du fonds pour l'innovation du système de santé géré par la CNAM, doivent intégrer ces dispositions avant leur échéance.

Article 24 : La labellisation universitaire des centres de santé peut être obtenue pour un établissement public à caractère scientifique, culturel et professionnel développant aussi une activité de formation et de recherche en pharmacie ou odontologie.

Article 25 : Il ouvre aux infirmiers la possibilité d'adapter des prescriptions et de prescrire certains produits.

- Dans le cadre d'un protocole inscrit dans le cadre d'un exercice coordonné, les infirmiers pourront adapter la posologie pour certains traitements dont la liste sera fixée par arrêté du ministre chargé de la santé après avis de la HAS.
- Cette adaptation ne pourra avoir lieu que sur la base de résultats biologiques et sous réserve d'une information du médecin traitant.
- Les infirmiers pourront prescrire des solutions et produits antiseptiques ainsi que du sérum physiologique en vente libre.

Article 26 : Partage de la facturation au forfait pour les infirmiers à domicile auprès de personnes en perte d'autonomie

- Les infirmiers qui exercent en commun leur activité perçoivent une rémunération forfaitaire par patient. Ils peuvent se partager les honoraires.

Article 27 : Clarification des missions des pédicures-podologues-

- Les pédicures-podologues ne peuvent pas traiter les affections épidermiques nécessitant un traitement chirurgical.

Article 28 : Il met en œuvre le statut du pharmacien référent.

- Les pharmaciens peuvent être désignés pharmacien référent par le patient dans le cadre d'un exercice coordonné de type équipe de soins primaires, équipe de soins spécialisés, CPTS, centre de santé ou maison de santé.
- Les montants, modalités et conditions d'éligibilité pour la rémunération des pharmaciens participant à ces dispositions sont fixés par arrêté des ministres chargés de la santé et de la sécurité sociale dans un délai de 3 ans à partir de la publication de la présente loi.

Article 29 : Il inscrit les missions de conseil des pharmaciens dans le code de la santé publique.

Article 30 : Délivrance par les pharmaciens de médicaments sous prescription médicale obligatoire

- Les pharmaciens peuvent délivrer des médicaments dans certaines pathologies dans le cadre de protocoles dans le cadre d'un exercice coordonné de type équipe de soins primaires, équipe de soins spécialisés, CPTS, centre de santé ou maison de santé.
- Ces protocoles sont établis dans le respect des recommandations de la HAS.
- La liste des médicaments est fixée par arrêté après avis de la HAS.
- Cette disposition entre en vigueur le 1er janvier 2020.
- Un décret d'application fixe les conditions d'application de cette disposition, notamment les conditions de formation des pharmaciens et les modalités d'information du médecin traitant.

Article 31 : Extension de la vaccination par les sages-femmes aux enfants

- Les sages-femmes peuvent pratiquer la vaccination chez les enfants dans des conditions définies par décret.

Article 32 : Autorisation des pharmaciens à effectuer des vaccins à prescription médicale obligatoire

- Le pharmacien peut prescrire certains vaccins dans des conditions fixées par arrêté après avis de l'ANSM.

Article 33 : Sauf indication contraire du médecin, un orthoptiste peut prescrire tout dispositif médical d'orthoptie.

- Ils peuvent adapter, dans le cadre d'un renouvellement, les prescriptions médicales initiales des verres correcteurs et des lentilles de contact oculaire, sauf opposition du médecin.
- Les conditions de cette adaptation sont précisées par un décret en Conseil d'État après avis de l'Académie nationale de médecine.

Article 34 : Substitution par le pharmacien d'officine d'un médicament d'intérêt thérapeutique majeur en cas de rupture d'approvisionnement

- Un pharmacien peut, en cas de rupture de stock d'un médicament d'intérêt thérapeutique majeur, remplacer le médicament prescrit par un autre conformément aux recommandations établies par l'ANSM. Il consulte les professionnels de santé, les entreprises pharmaceutiques exploitant les médicaments concernés et des associations d'usagers.
- Le pharmacien doit inscrire le nom du médicament délivré sur l'ordonnance.
- L'ANSM informe les ministres chargés de la santé et de la sécurité sociale de la publication de chaque recommandation, sans délai.

Chapitre 2 : développer une offre hospitalière de proximité, ouverte sur la ville et le secteur médico-social, et renforcer la gradation des soins

Article 35 : Missions et modalités de gouvernance des hôpitaux de proximité

- Le Gouvernement est autorisé à prendre par voie d'ordonnances les mesures visant à : déterminer les conditions d'établissement de la liste des hôpitaux de proximité ; définir les modalités d'organisation, de financement, de fonctionnement et de gouvernance des hôpitaux de proximité ; définir dans quelles conditions ces dispositions peuvent être applicables à une structure dépourvue de personnalité morale et partie d'une entité juridique.
- Les ordonnances sont prises dans un délai de 18 mois à compter de la publication de la présente loi.
- Le projet de loi de ratification est déposé devant le Parlement dans un délai de 3 mois à compter de la publication de chaque ordonnance.

- Les hôpitaux de proximité sont définis comme des établissements publics ou privés, ou des sites identifiés de ces établissements. Ils assurent le premier niveau de la gradation des soins hospitaliers.
- Leurs missions sont exercées avec la participation conjointe des structures et des professionnels de la médecine ambulatoire, avec lesquels ils partagent une responsabilité territoriale.
- L'exercice de leur mission prend compte des projets de santé des CPTS et se fait en coopération avec les acteurs de la médecine ambulatoire, les établissements et les services médico-sociaux, les établissements d'hospitalisation à domicile et les établissements publics de santé gérant des secteurs de psychiatrie.
- Les hôpitaux de proximité : apportent un appui aux professionnels de santé de ville et autres acteurs de l'offre de soins ; favorisent la prise en charge des personnes en situation de vulnérabilité et leur maintien dans leur lieu de vie, en liaison avec le médecin traitant ; participent à la prévention et la mise en place d'actions de promotion de la santé sur le territoire ; contribuent à la permanence des soins et la continuité des prises en charge en complémentarité avec les structures et professionnels de la médecine ambulatoire.
- Ils n'exercent pas d'activité de chirurgie ni d'obstétrique, sauf à titre dérogatoire sur décision du directeur général de l'ARS dans des conditions prévues par décret.
- Le ministre chargé de la santé fixe par arrêté la liste limitative des actes concernés pouvant intégrer ces dérogations après avis de la HAS.
- Ils peuvent assurer, en fonction des besoins, des activités de médecine d'urgence, prénatales et postnatales, soins de suite et de réadaptation ainsi que les activités de soins palliatifs.
- Ces dispositions entrent en vigueur à une date définie par décret, et au plus tard le 1er janvier 2021.

Article 36 : Modernisation du régime des autorisations des activités de soins et des équipements matériels lourds

- Le Gouvernement est autorisé à prendre par voie d'ordonnance les mesures visant à : modifier le régime d'autorisation des activités de soins (dont la greffe d'organes et les greffes de cellules hématopoïétiques), des équipements matériels lourds, des alternatives à l'hospitalisation et de l'hospitalisation à domicile ; adapter le régime des autorisations aux activités réalisées dans le cadre d'exercices coordonnés ; simplifier les procédures et les conditions de délivrance des autorisations d'activités de soin.
- Les ordonnances sont prises dans un délai de 18 mois à compter de la publication de la présente loi.
- Le projet de loi de ratification est déposé devant le Parlement dans un délai de 3 mois à compter de la publication de chaque ordonnance.

Chapitre 3 : renforcer la stratégie et la gouvernance médicales au niveau du groupement hospitalier de territoire, et accompagner les établissements volontaires pour davantage d'intégration

Article 37 : Renforcement des groupements hospitaliers de territoire (GHT)

- Les commissions médicales de groupement sont désormais obligatoires dans chaque groupement hospitalier de territoire.
- Elles contribuent à l'élaboration et à la mise en œuvre de la stratégie médicale du groupement.
- Elles sont composées des représentants des personnels médicaux, odontologiques, maïeutiques et pharmaceutiques.
- Le comité territorial des élus locaux se prononce sur la stratégie du groupement hospitalier de territoire.

- Le GHT peut gérer pour le compte de ses établissements les ressources humaines médicales, pharmaceutiques et maïeutiques.
- Un décret détermine la composition et les règles de fonctionnement des commissions médicales de groupement.
- Un décret fixe la date d'entrée en vigueur de cette mesure, au plus tard le 1er janvier 2021.
- Le comité stratégique des GHT inclut le président de la commission médicale de groupement. Le directeur de l'établissement support est le président du comité stratégique du groupement hospitalier de territoire. Le président de la commission médicale de groupement en est le vice-président.
- L'établissement support d'un GHT assure la gestion des ressources humaines médicales, odontologiques, pharmaceutiques et maïeutiques.
- Les GHT sont autorisés à élaborer un programme d'investissement et un plan global de financement pluriannuel uniques et signer un contrat pluriannuel d'objectifs et de moyens unique avec l'ARS.
- Le directeur général de l'ARS peut, dans des conditions définies par décret en Conseil d'État, autoriser les établissements d'un même GHT à : mettre en commun leurs disponibilités déposées auprès de l'État ; élaborer un programme d'investissement et un plan de financement pluriannuel uniques ; conclure avec l'ARS un contrat pluriannuel d'objectifs et de moyens unique.
- Le Gouvernement est autorisé à prendre par ordonnance les mesures visant à : étendre les compétences des commissions médicales d'établissement et de groupement ; définir l'articulation des compétences des directeurs d'établissements d'un GHT et des directeurs d'établissements support de GHT en matière de gestion des ressources humaines médicales, odontologiques, pharmaceutiques et maïeutiques ; organiser les conditions dans lesquelles les établissements d'un GHT peuvent mutualiser certaines fonctions supports.
- Un projet de loi pour chaque ordonnance est prévu dans un délai de 3 mois à compter de la publication de ladite ordonnance. ☐ Les mandats des présidents et membres élus des CME sont prorogés au plus tard le 1er janvier 2021.

Article 38 : Intégration d'un volet qualité de vie au travail dans le projet social de l'établissement

- Un volet spécifique consacré à la qualité de vie au travail des personnels médicaux et non médicaux est intégré systématiquement au projet social défini par chaque établissement.

Article 39 : Maintien des commissions des usagers distinctes en cas de fusion d'établissements. -Les commissions des usagers sont conservées à l'échelle de chaque établissement, même dans le cas des fusions.

Article 40 : Information renforcée du conseil de surveillance d'un établissement public de santé

- Le président du conseil de surveillance d'un établissement public de santé se voit fournir par le directeur de l'établissement, les documents stratégiques et financiers préparatoires et décisionnels.
- Le conseil de surveillance est informé du contrat pluriannuel d'objectifs et de moyens entre l'ARS et l'établissement, ainsi que de ses modifications.

TITRE III : DEVELOPPER L'AMBITION NUMERIQUE EN SANTE

Chapitre 1 : innover en valorisant les données cliniques

Article 41 : il instaure une plateforme des données de santé (Health data hub) se substituant à l'Institut national des données de santé (INDS) tout en élargissant ses missions. Cette base très

riche et sécurisée pourra permettre aux chercheurs d'exploiter des données de santé élargies aux données cliniques, et plus seulement médico-administratives... avec la mention « d'intérêt public ».

- Le système national des données de santé (SNDS) n'est plus restreint aux données recueillies à titre obligatoire et est élargi à : l'ensemble des données collectées lors des actes pris en charge par l'assurance maladie ; aux données recueillies lors des visites médicales et de dépistages obligatoires à 6 et 12 ans ; aux données recueillies par les services de protection maternelle et infantile ; aux données recueillies lors des visites d'information et de prévention.
- La Caisse nationale de l'assurance maladie n'est plus la seule gestionnaire du système national des données de santé. Les responsables ainsi que leurs rôles respectifs sont définis par décret en Conseil d'État après avis de la Commission nationale de l'informatique et des libertés.
- Les responsables de ces traitements sont nominativement désignés par arrêté.
- L'accès aux données du système national des données de santé est élargi à l'ensemble des données à caractère personnel dans le domaine de la santé.
- Le groupement d'intérêt public « Plateforme des données de santé » est créé en substitution de l'Institut national des données de santé, entre l'État, des organismes représentant des malades et des usagers du système de santé, des producteurs de données de santé et des utilisateurs publics et privés de données de santé, y compris des organismes de recherche en santé.
- Ses missions sont de : réunir, organiser et mettre à disposition les données du système national des données de santé, promouvoir l'innovation dans l'utilisation des données de santé ; informer les patients, promouvoir et faciliter leur droit, notamment les droits d'opposition dans le cadre de recherche, d'étude ou d'évaluation ; mettre à disposition et rassembler les données donnant lieu à une prise en charge en matière de maladie, maternité, accidents du travail et de maladies professionnelles ; procéder pour le compte d'un tiers ayant obtenu une autorisation, à la réalisation d'un traitement de données issues du SNDS ; assurer le secrétariat du comité éthique et scientifique pour les recherches, les études et les évaluations dans le domaine de la santé, qui remplace le comité d'expertise pour les recherches, les études et les évaluations dans le domaine de la santé ; contribuer à l'élaboration, avec la CNIL, de référentiels et de méthodologies de référence et faciliter la mise à disposition de jeux de données de santé ayant un faible impact sur la vie privée ; réaliser pour le compte de tiers des traitements de données issues du système national des données de santé ; contribuer à diffuser les normes de standardisation pour l'échange et l'exploitation des données de santé, en tenant compte des standards européens et internationaux ; accompagner, notamment financièrement, les porteurs de projets sélectionnés dans le cadre d'appels à projets lancés à son initiative et les producteurs de données associés aux projets retenus.
- Il publie chaque année un rapport transmis au Parlement.
- Il peut recruter des professionnels dont les contrats relèvent du droit privé, déposer des fonds au Trésor public. Un décret en Conseil d'État précise les conditions de contrôle économique et financier par l'État.
- Les traitements de données de santé mis en œuvre par l'État à des fins de conception, de suivi ou d'évaluation des politiques publiques dans le domaine de la santé ainsi que ceux réalisés à des fins de collecte, d'exploitation et de diffusion des statistiques dans ce domaine ne sont pas soumis aux dispositions communes.
- Le comité éthique et scientifique pour les recherches, les études et les évaluations dans le domaine de la santé est composé en recherchant une représentation équilibrée femmes/hommes.

- Cet article entre en vigueur au plus tard le 31 décembre 2019.
- Le Gouvernement remet au Parlement un rapport s'attachant à déterminer dans quelle mesure la structure et la gouvernance de ce groupement sont de nature à garantir aux utilisateurs d'exploiter les données de santé de manière plus efficace.

Article 42 : Affirmation des droits de l'État sur les bases de données opérées par des tiers pour Santé publique France

- L'Agence nationale de santé publique peut s'appuyer sur les bases de données anonymisées constituées par le réseau qu'elle anime et le réseau de centres nationaux de référence pour la lutte contre les maladies transmissibles pour exercer ses missions.
- Les ressources biologiques collectées par les laboratoires chargés de la surveillance microbiologique sont la propriété de l'État.

Article 43 : Utilisation par l'assurance maladie du SNIIRAM

- La rédaction des finalités du système national d'information inter-régimes de l'assurance maladie (SNIIRAM) est simplifiée et modernisée.

Chapitre 2 : doter chaque usager d'un espace numérique de santé

Article 44 : Définition de l'interopérabilité des systèmes d'information et services et outils numériques en santé

- Les référentiels d'interopérabilité et de sécurité des données de santé collectées par un professionnel ou un établissement de santé sont élaborés en concertation avec les représentants des professions de santé, d'associations d'usagers, des établissements de santé, des établissements et services des secteurs médico-social et social et l'ASIP santé.
- Un arrêté de la ministre chargé de la santé approuve ces référentiels.
- Ces référentiels d'interopérabilité facilitent l'extraction, le partage et le traitement des données de santé, dans le cadre de la coordination des parcours de soins, l'amélioration de la qualité des soins, l'efficacité du système de santé, ou à des fins de recherche clinique.
- Les systèmes d'information, services ou outils numériques concernés sont : ceux destinés à être utilisés par des professionnels de santé ainsi que les personnes sous leur autorité, les établissements et services de santé, le service de santé des armées ainsi que tout organisme participant à la prévention ou à des soins ; ceux destinés à être utilisés par des professionnels de santé et les établissements des secteurs médico-social et social ; ceux mis en œuvre par les organismes d'assurance maladie contribuant directement à la prévention ou au suivi des parcours de soins.
- Un décret en Conseil d'État définit le cadre d'une procédure d'évaluation et de certification de ces référentiels.
- Les financements publics relatifs aux projets de renouvellement des systèmes d'information ou autres outils numériques sont conditionnés à la mise en conformité de ces projets aux référentiels d'interopérabilité.
- Les conventions d'objectifs et de gestion signées entre l'État et les caisses de la sécurité sociale, les contrats pluriannuels d'objectifs et de moyens et les contrats d'amélioration de la qualité et de la coordination des soins signés entre les ARS et les offreurs de service de santé doivent comprendre des engagements assurant la compatibilité de leurs systèmes d'information et autres outils numériques avec les référentiels d'interopérabilités.
- Un décret en Conseil d'État fixe les modalités d'incitation à la mise en conformité des systèmes d'information et outils numériques en santé aux référentiels d'interopérabilité.
- Ces mesures entre en vigueur à une date fixée par décret et au plus tard le 1er janvier 2023.

Article 45 : Création d'un espace numérique de santé pour les usagers

- Un espace numérique de santé est mis à disposition des usagers, leur permettant de gérer leurs données de santé et de participer à la construction de leur parcours de santé avec les professionnels ou établissements. Il est ouvert à l'initiative de l'utilisateur ou de son représentant légal, gratuitement.
- Par dérogation, l'espace numérique de santé est ouvert automatiquement pour les personnes nées à partir du 1er janvier 2022, sauf opposition de leur représentant légal.
- Le consentement de la personne au maintien de l'ouverture de son espace numérique lui est demandé le jour de sa majorité.
- L'espace numérique permet d'accéder à ses données administratives, son DMP, aux données relatives au remboursement de ses dépenses de santé, d'outils permettant des échanges sécurisés avec les acteurs du système de santé, d'outils d'accès à des services de télésanté, et tout service numérique visant à informer les usagers sur l'offre de soins et sur les droits auxquels ils peuvent prétendre.
- Un répertoire des associations d'utilisateurs du système de santé est inclus dans l'espace numérique.
- Mis à part les données administratives, l'ensemble des services sont interopérables, qu'ils soient développés par des acteurs publics ou privés.
- L'utilisateur décide des informations que contient son espace numérique de santé. Il peut donner ou mettre fin à un accès temporaire ou permanent à des établissements ou professionnels de santé, extraire des données de son espace numérique de santé et clôturer à tout moment son espace numérique de santé.
- Les services et outils numériques ne peuvent accéder à ses données que sur son accord. Cet accès ne peut se faire qu'à des fins de prévention, diagnostic, soins ou suivi social et médico-social.
- Son décès entraîne la fermeture de son espace numérique de santé.
- Le contenu de l'espace numérique de santé est archivé pendant 10 ans sauf demande expresse de l'utilisateur.
- Le titulaire de l'espace numérique de santé ne peut exiger ses données pour conclure un contrat relatif à une protection complémentaire en matière de couverture des frais de santé.
- Un décret en Conseil d'État vient définir les conditions et modalités d'application de cet article.
- Un décret en Conseil d'État : désigne les autorités ou personnes publiques qui assurent la conception, la mise en œuvre, l'administration, l'hébergement et la gouvernance avec l'État ☐ précise le cadre d'application des référentiels d'engagement éthique et aux labels et normes imposés ; fixe la date de création de l'espace numérique de santé qui ne dépassera pas le 1er janvier 2022.

Article 46 : Enregistrement des DMI dans le DP

- Les données relatives aux dispositifs médicaux implantables peuvent figurer au sein du dossier pharmaceutique.

Article 47 : Consultation du DP par les pharmaciens biologiste d'un établissement de santé

- Le pharmacien biologiste ou le biologiste médical d'un établissement de santé peut consulter le dossier pharmaceutique d'un patient.

Article 48 : Remboursement de certains produits de santé dans le cadre d'une RTU

- Les produits de santé figurant sur la liste intra-GHS utilisés dans le cadre d'une recommandation temporaire d'utilisation sont éligibles au remboursement s'ils figurent sur une liste fixée par arrêté par les ministres chargés de la santé et de la sécurité sociale.

Article 49 : Identification et authentification des acteurs de santé

- Le Gouvernement peut prendre par voie d'ordonnance les mesures relatives à l'identification et à l'authentification des usagers du système de santé, des personnes physiques ou morales chargées d'activités de prévention, de diagnostic, de soins ou de suivi social et médico-social.
- Les ordonnances sont prises dans un délai de 18 mois à compter de la publication de la présente loi. Le projet de ratification est déposé devant le Parlement dans un délai de 3 mois à compter de la publication de chaque ordonnance.

Article 50 : Ouverture automatique du DMP

- Le dossier médical partagé est automatiquement ouvert pour les personnes nées à partir du 1er janvier 2021, sauf opposition de leur représentant légal.
- Le dossier médical partagé est automatiquement ouvert pour tous les bénéficiaires de l'assurance maladie.
- La date d'entrée en vigueur est fixée par arrêté et au plus tard le 1er juillet 2021.

Article 51 : Alimentation du DMP par les services de santé au travail

- Les éléments diagnostiques et thérapeutiques relevés lors d'une consultation réalisée dans le cadre de la médecine du travail ne sont pas reportés dans le dossier médical partagé.
- Dans le cadre de la médecine du travail, le dossier médical partagé est accessible uniquement pour y déposer des documents.
- Le dossier médical en santé au travail est intégré au dossier médical partagé. Il est accessible au médecin coordonnateur, au médecin traitant et le médecin régulateur du centre de réception et de régulation des appels d'aide médicale urgente.
- Ces dispositions entrent en vigueur le 1er juillet 2021.

Article 52 : Collecte, partage ou échange des données à caractère personnel

- La collecte, l'échange ou le partage des données de santé à caractère personnel nécessaires à la prise en charge du patient à l'occasion de soins délivrés lors de sa présence sur le territoire d'un autre État membre de l'Union européenne peuvent être réalisés au moyen du dossier médical partagé rendu accessible aux professionnels intervenant dans le cadre de ces soins, dans des conditions définies par décret.
- Ce décret détermine également les modalités d'échange de données de santé à caractère personnel nécessaires à la prise en charge transfrontalière ainsi que les exigences d'identification et d'authentification des professionnels habilités et de consentement du patient.
- Un arrêté du ministre chargé de la santé établit la liste des États remplissant les conditions prévues par ce décret.

Chapitre 3 : déployer pleinement la télémédecine et les télésoins

Article 53 : Définition du télésoin

- Création du terme « télésoin » défini comme « pratique de soins à distance utilisant les technologies de l'information et de la communication et qui met en rapport un patient avec un ou plusieurs pharmaciens ou auxiliaires médicaux ».
- Un décret en Conseil d'État fixe les conditions de mise en œuvre des activités de télésoin.
- Un arrêté du ministre en charge de la santé pris après avis de la Haute Autorité de santé autorise les activités de télésoin.
- Une ou plusieurs conventions fixent les tarifs ou les modes de rémunération autres que le paiement à l'acte.

- Les actes de télésoin remboursés sont effectués par vidéotransmission sous condition que le patient ait déjà réalisé un soin par un auxiliaire médical de la même profession que celui réalisant le télésoin. Une ou plusieurs conventions définissent les tarifs ou modes de rémunération.
- Les actes de télésoin réalisés par un pharmacien sont remboursés s'ils sont effectués par vidéotransmission, sous condition que le patient ait déjà réalisé un entretien pharmaceutique chez un pharmacien. Une ou plusieurs conventions définissent les tarifs ou modes de rémunération.
- Les entretiens d'accompagnement d'un patient atteint d'une pathologie chronique rentrent dans le cadre du télésoin.
- Les conditions de prise en charge du télésoin sont fixées par décret en Conseil d'État en tenant compte notamment des déficiences de l'offre de soins.

Article 54 : Suppression des restrictions géographiques à la pratique de télé-médecine

- La définition des actes de télé-médecine et leurs conditions de mise en œuvre ne tiennent plus compte des déficiences de l'offre de soins dues à l'insularité et l'enclavement géographique.

Article 55 : Modernisation du cadre de la prescription dématérialisée

- Un rapport sur l'évaluation des logiciels destinés à fournir des informations à des fins diagnostiques et d'aide au choix thérapeutique est remis au Parlement au plus tard le 31 décembre 2019.
- Le Gouvernement est autorisé à prendre par voie d'ordonnance toute mesure relative à l'évaluation de ces logiciels. ☐ L'ordonnance est prise dans un délai de six mois à compter de la remise au Parlement du rapport d'évaluation.
- L'obligation d'examen clinique préalable à une prescription à distance est supprimée dès promulgation de la présente loi.
- Le Gouvernement est autorisé à prendre par voie d'ordonnance des mesures en vue de généraliser la prescription électronique. Les ordonnances sont prises dans un délai de 12 mois à compter de la publication de la présente loi. Un projet de loi de ratification est déposé devant le Parlement au maximum 3 mois plus tard.
- Un décret fixe le calendrier de déploiement de la prescription dématérialisée.
- Sauf exception, les arrêts de travail sont prescrits de manière dématérialisée par l'intermédiaire d'un service mis à disposition des professionnels de santé par l'assurance maladie.
- Les conventions nationales entre assurance maladie et médecin, et assurance maladie et chirurgiens-dentistes, sages-femmes et auxiliaires médicaux, déterminent les dates d'entrée en vigueur de la prescription des arrêts de travail dématérialisés.
- Elles définissent également les situations dans lesquelles la dématérialisation des arrêts de travail ne peut s'appliquer.
- Si le calendrier n'est pas fixé dans les 6 mois suivant la publication de la présente loi par les conventions, un arrêté des ministres chargés de la santé et de la sécurité sociale y procède dans un délai de 2 mois.

TITRE IV : MESURES DIVERSES

Chapitre 1 : dispositions de simplification

Article 56 : il regroupe plusieurs abrogations de dispositions inappliquées ou obsolètes

- Le pacte territoire-santé est abrogé.

- Les missions du Conseil supérieur de la pharmacie dans le cadre de la procédure d'ouverture des pharmacies mutualistes sont abrogées.
- Le dispositif permettant la mobilisation de praticiens hospitaliers volontaires pour effectuer des remplacements dans des établissements publics de santé est abrogé.
- Le dispositif expérimental qui prévoit l'obligation de déclarer à un tiers de confiance les données et les quantités de médicaments hors de France est abrogé.

Article 57 : Sécurisation et simplification du cadre financier et comptable des établissements de santé

- Les établissements publics de santé établissent, en lieu et place de comptes consolidés, des états comptables dont le périmètre et les modalités de production sont fixés par décret en Conseil d'État.
- Les établissements de santé privés d'intérêt collectif s'assurent de la mise en conformité des contrats conclus avec les professionnels médicaux libéraux pratiquant des dépassements d'honoraires dans un délai de 3 ans à partir de la promulgation de la présente loi.
- En cas de refus de la mise en conformité par le praticien, le directeur de l'ARS retire à ces établissements la possibilité de recourir à ce praticien au terme d'une procédure contradictoire avec ledit praticien, et après avis de la commission médicale d'établissement et de l'organe délibérant de l'établissement dont dépend le praticien.

Article 58 : Suppression de la production de bulletins statistiques d'interruption volontaire de grossesse remplis par les professionnels de santé et les établissements

- Le service statistique du ministère chargé de la santé publie chaque année des données statistiques relatives à la pratique de l'interruption volontaire de grossesse en France. L'Institut national d'études démographiques analyse et publie, avec l'Institut national de la santé et de la recherche médicale, les données relatives à la pratique de l'IVG en France.
- L'obligation pour les professionnels de santé et les établissements de produire des bulletins statistiques d'interruption volontaire de grossesse est supprimée.
- Un système de surveillance national reposant sur les bases de données numériques existantes assure la publication annuelle de données statistiques.

Article 59 : Dans un délai de 12 mois à compter de la promulgation de la présente loi, le Gouvernement remet au Parlement un rapport sur l'amélioration de l'accompagnement au cours de la grossesse et notamment sur les modalités de systématisation de l'entretien prénatal.

Article 60 : Conditions de rédaction par la sage-femme de la lettre de liaison

- La sage-femme qui suit la patiente adressée dans un établissement de santé peut rédiger la lettre de liaison de cette patiente à destination du praticien qui a adressé la patiente à l'établissement de santé et au médecin traitant.

Article 61 : Simplification des règles budgétaires de certains établissements et services sociaux et médico-sociaux

- Suppression de l'obligation de recourir à la procédure d'appel à projets pour les opérations de transformation d'un établissement ou service social et médico-social induisant une extension de capacité, y compris en cas de conversion du sanitaire vers le médico-social.
- Pour les établissements ou services qui assurent l'accueil et l'accompagnement de personnes confrontées à des difficultés spécifiques, le cadre budgétaire appliqué aux contrats pluriannuels conclus entre les établissements et/ou services est l'état des prévisions de recettes et de dépenses, dont le modèle est fixé par arrêté des ministres chargés de la santé et des affaires sociales.

- Mesures de simplification des périmètres de protection des captages d'eau destinée à la consommation humaine.
- Mesures de simplification relatives au contrôle des eaux de piscine.
- Suppression de certaines formalités de déclaration applicables aux cessions d'antibiotiques par les professionnels du médicament vétérinaire sauf pour les fabricants, les distributeurs et les importateurs d'aliments médicamenteux.
- Les projets de création, transformation et extension de certains établissements ou services sont soumis à autorisation de l'autorité compétente. Une procédure d'appel à projet est mise en place. Certains projets peuvent être exonérés de cette procédure.
- Selon la nature du projet, cette autorité compétente peut être le conseil départemental, le directeur général de l'ARS ou l'État.
- Un décret en Conseil d'État fixe les modalités d'application du régime d'autorisation de tels projets.
- Les structures médico-sociales accompagnant des personnes confrontées à des difficultés spécifiques ne sont plus obligées de passer par le cadre de l'état des prévisions de recettes et de dépenses (ERPD) avant de conclure un contrat pluriannuel d'objectifs et de moyens.
- Une 3e commission de coordination des politiques publiques au sein de l'ARS dans le domaine de l'organisation territoriale des soins est créée.
- Les expérimentations intégrées des services polyvalent d'aides et de soins à domicile (SPASAD intégré) sont prolongées jusqu'à 2021.
- Les actions menées dans le cadre de ces expérimentations sont éligibles aux financements de la conférence des financeurs de la prévention de la perte d'autonomie des personnes âgées.
- La composition et les modalités des trois commissions de coordination des politiques publiques de santé de l'ARS ne sont plus définies par décret.
- Le directeur général de l'ARS peut décider de fusionner ces trois commissions, sous réserve de l'avis confirme d'une majorité qualifiée de leurs membres.
- La composition et les modalités de fonctionnement de ces commissions sont précisées par décret.

Article 62 : Suppression des dérogations pour les officines à Mayotte.

Article 63 : La convention et ses avenants signés entre les pharmaciens et l'assurance maladie sont approuvés par les ministres chargés de la sécurité sociale et de la santé dans un délai de 21 jours suivant la réception du texte.

- Par cette signature, ils approuvent la conformité du texte avec les lois et réglementations en vigueur.
- Le texte est jugé non conforme pour des raisons de santé publique, de sécurité sanitaire ou s'il y a une atteinte au principe d'un égal accès aux soins.

Chapitre 2 : mesures de sécurisation

Article 64 : il permet au gouvernement de prendre par ordonnances des mesures diverses de simplification et d'harmonisation sur l'exercice coordonné.

- Le Gouvernement est autorisé à prendre par ordonnances les mesures visant à simplifier l'exercice des missions des ARS. Elles sont publiées dans un délai de 12 mois après publication de cette loi. Il est notamment prévu de simplifier la procédure des CPOM entre les ARS et les établissements de santé et de spécialiser une ou plusieurs ARS dans l'enregistrement des professionnels de santé.
- Le Gouvernement est autorisé à prendre par ordonnances les mesures facilitant le développement de l'exercice coordonné au sein des communautés professionnelles

territoriales de santé, équipes de soins primaires, maisons de santé, centres de santé. Elles sont publiées dans un délai de 18 mois après publication de cette loi.

- Le Gouvernement est autorisé à prendre par ordonnances les mesures visant à créer les ARS de Mayotte et de La Réunion, publiées dans un délai de 6 mois après publication de cette loi.

Article 65 : Amélioration des modalités de contrôle du recueil des indicateurs de qualité et de sécurité des soins

- Le directeur général de l'ARS peut désigner des inspecteurs ayant qualité de médecin, des médecins-conseils ou des pharmaciens-conseils, des médecins ayant conclu un contrat avec l'ARS, pour assurer les missions de contrôle de recueil des indicateurs de qualité et sécurité des soins d'un établissement public de santé.

Article 66 : Rénovation des modalités de contrôle du recueil des indicateurs de qualité et de sécurité des soins : dispositions communes

- Par des protocoles de coopération, les professionnels de santé travaillant en équipe peuvent opérer à des transferts d'activités ou d'actes de soins ou de prévention.
- Les protocoles de coopération précisent les formations nécessaires à leur mise en œuvre.
- Le patient est informé de ces conditions de prise en charge.
- Ils sont rédigés par les professionnels de santé.
- Un décret en Conseil d'État après avis de la HAS définit les exigences de qualité et de sécurité des protocoles de coopération.
- Concernant les protocoles nationaux, un comité national des coopérations interprofessionnelles est créé : il est chargé de la stratégie, de la promotion et du déploiement des coopérations interprofessionnelles ; il propose la liste des protocoles nationaux à élaborer et à déployer sur le territoire ; il appuie les professionnels de santé dans leur élaboration et leur modèle économique, et émet un avis sur leur financement par l'assurance maladie ; il assure le suivi annuel et l'évaluation des protocoles autorisés ; après avis de la Has, il peut proposer l'intégration des actes dérogatoires dans les compétences réglementaires des professionnels et propose leur financement et rémunération définitives. Il est composé de représentants de l'Uncam, de la Has, des ministres chargés de la sécurité sociale et de la santé et des ARS. Les modalités sont fixées par décret.
- Le financement des protocoles nationaux peut déroger à des dispositions du code de la sécurité sociale : les conventions nationales des professions de santé s'ils concernent les tarifs, honoraires, rémunérations et frais accessoires ; les indemnités journalières dues par l'assurance maladie au cours d'un arrêt de travail ; la liberté d'exercice et de l'indépendance professionnelle et morale des médecins tant qu'elles concernent le paiement direct des honoraires par le malade ; la participation de l'assuré aux tarifs servant de base au calcul des prestations suivantes : la couverture des frais de médecine générale et spéciale, la couverture des frais de transport, des frais d'hébergement et de traitement des enfants ou adolescents handicapés ainsi que les frais utiles à leur éducation, les frais de fonctionnement liés à l'activité sociale ou médico-sociale des établissements d'aide par le travail ou de réadaptation.
- L'ensemble des dépenses engagées dans les protocoles nationaux sont pris en compte dans l'ONDAM.
- Le modèle économique du protocole national est rédigé par une équipe de rédaction, avec l'appui éventuel des conseils nationaux professionnels.
- Un arrêté des ministres chargés de la santé et de la sécurité sociale après avis de la HAS autorise le protocole national.
- Les ministres chargés de la santé et de la sécurité sociale peuvent suspendre et retirer un protocole pour des motifs liés à la sécurité et à la qualité des prises en charge.

- Les structures d'emploi ou d'exercice des professionnels de santé déclarent à l'ARS la mise en œuvre du protocole sous leur responsabilité. L'ARS peut suspendre ce protocole. ☐ Les conditions d'application de cet article sont précisées par décret après avis de la HAS.
- Les protocoles locaux sont rédigés à l'initiative d'une équipe de terrain, et ne sont valables que pour les équipes promotrices. Un enregistrement auprès de l'ARS est nécessaire. Ils sont instruits, autorisés, suivis et évalués dans le cadre de l'article 51 de la LFSS pour 2018 et concernent les organisations innovantes.

Article 67 : Une liste fixée par arrêté du ministre chargé de la santé détermine les professionnels pouvant déroger aux conditions de l'exercice illégal de la médecine. Les assistants médicaux, dans la limite de leur formation, n'entrent pas dans ce cadre.

Article 68 : Optimisation de la préparation aux situations sanitaires exceptionnelles

- Les établissements de santé publics et privés se dotent d'un plan de préparation et de gestion des tensions hospitalières afin de mobiliser les moyens de réponses adaptés à la nature et à l'ampleur de l'événement et d'assurer aux patients une prise en charge optimale.
 - L'intitulé du plan « ORSAN », du plan zonal de mobilisation, du plan départemental de mobilisation et du plan blanc sont harmonisés. Il est désormais fait mention de « plans détaillant les mesures à mettre en œuvre en cas d'événement entraînant une perturbation de l'organisation des soins ».
- Les établissements et services médico-sociaux sont inclus dans ces plans.
- Les établissements de santé de référence exercent leurs missions à l'échelle régionale et non plus à l'échelle d'une zone de défense.
- En cas de situation sanitaire exceptionnelle, le directeur de l'ARS concernée peut faire appel aux professionnels de santé de la région volontaires pour appuyer les structures de soins ne pouvant faire face à la situation, y compris des professionnels de santé en activité.
- Pour faciliter la prise en charge et le suivi des victimes, l'utilisation de l'outil SI-VIC est élargie.
- En cas d'accident nucléaire ou acte terroriste, une liste de produits de santé provenant des stocks de l'État fixée par décret peut être mobilisée pour une délivrance par d'autres professionnels de santé que les pharmaciens.
- Les modalités de stockage de ces produits sont fixées par décret.
- Un arrêté des ministres chargés de la santé et des affaires sociales fixent la liste des catégories d'établissements et services médico-sociaux devant intégrer dans leur projet d'établissement un plan détaillant les modalités d'organisation à mettre en œuvre en cas de situation sanitaire exceptionnelle.

Article 69 : Mise en place d'un système d'information interministériel pour la prise en charge des victimes de terrorisme

- En cas de situation exceptionnelle, les administrations concernées, les parquets, juridictions, ainsi que les associations d'aide aux victimes agréées peuvent échanger les données, informations ou documents nécessaires à la conduite de leurs missions.
- Toute personne recevant ces informations est tenue au secret professionnel.
- Un décret pris après avis de la CNIL fixe les modalités d'application.

Article 70 : Rénovation des modalités de recrutement des praticiens à diplôme étranger hors Union européenne (PADHUE)

- Le concours de la liste A est l'unique voie d'accès pour l'exercice des praticiens à diplôme étranger hors Union européenne à l'exception des réfugiés et apatrides.
- Pour les ex-liste C, une procédure de vérification des connaissances est opérée. Le ministre chargé de la santé leur délivre ou non une autorisation d'exercice sur avis de la commission nationale d'exercice compétente.

- Les candidats chirurgiens-dentistes, sages-femmes et pharmaciens déposent directement un dossier à la commission nationale d'autorisation d'exercice des professions concernées.
- Le recrutement des praticiens associés pour des fonctions probatoires n'est plus contractuel.
- Les praticiens à diplôme hors Union Européenne (PADHUE) ayant exercé pendant 2 ans en équivalent temps plein entre le 1er janvier 2015 et le 31 janvier 2019 sont éligible à la procédure temporaire d'exercice de ces professionnels.
- La commission chargée d'évaluer ces candidatures doit rendre sa réponse avant le 1er octobre 2020.
- Les mêmes exceptions sont appliquées aux chirurgiens-dentistes, sages-femmes et pharmaciens titulaires d'un diplôme ou d'une certification d'un État non membre de l'UE ou de l'EEE.
- Les PADHUE ayant exercé au sein d'une agence de santé ou ayant préparé le concours de la liste A ont la possibilité de faire pré-examiner leur dossier par la commission nationale d'autorisation d'exercice afin d'accéder à la procédure temporaire de rattachement.

Article 71 : Extension à la Martinique et à la Guadeloupe du recrutement de médecins étrangers selon le modèle dérogatoire en vigueur en Guyane

- Les directeurs généraux des ARS de la Guadeloupe, de la Guyane, de la Martinique et le représentant de l'État à Saint-Pierre-et-Miquelon peuvent recruter des médecins, sages-femmes, pharmaciens ou chirurgiens-dentistes en dérogeant aux conditions générales d'exercices jusqu'au 31 décembre 2025.
- Cette autorisation est délivrée par arrêté pour une durée déterminée.

Article 72 : Adaptation des modalités de reconnaissance des qualifications professionnelles des opticiens-lunettiers en France

- Les opticiens-lunettiers diplômés d'un État membre de l'UE ou de l'EEE réglementant la formation conduisant à cette profession, ne sont plus soumis à l'obligation d'avoir exercé pendant 1 an la profession avant de pouvoir exercer en France.

TITRE V : RATIFICATIONS ET MODIFICATIONS D'ORDONNANCES

Article 73 : Ratification de l'ordonnance n°2017-84 du 26 janvier 2017

- La Haute Autorité de santé peut participer à des activités de coopération internationale se rapportant à ses missions.
- Elle peut fournir des prestations de conseil et d'expertise par le biais de conventions et percevoir des recettes.
- Adaptation des mesures relatives à l'hébergement des données de santé et du transfert des personnes faisant l'objet de soins psychiatriques vers des établissements adaptés aux compétences de la Polynésie Française et de la Nouvelle-Calédonie.

Article 22 74 : Les médicaments expérimentaux peuvent être ouvert à un remboursement sur décision prise par arrêté des ministres chargés de la santé et de la sécurité sociale.

Article 75 : Compétence de la HAS en matière d'évaluation des ESSMS

- Les établissements et services sociaux et médico-sociaux font procéder à leur évaluation selon des protocoles élaborés par la HAS.
- Les organismes qui procèdent à ces évaluations sont habilités par la HAS. Ils rendent leurs résultats à la HAS accompagnés des observations éventuelles de l'organisme gestionnaire.
- Une procédure de contraction avec la HAS est introduite.

- Un décret détermine les modalités de leur publication ainsi, le rythme des évaluations et le cadre de la procédure de contradiction.
- Ces dispositions prennent effet à compter du 1er janvier 2021.
- À compter du 1er janvier 2020, la HAS peut habilitier les organismes chargés de l'évaluation sur la base d'un cahier des charges qu'elle a défini.
- Les organismes habilités avant le 1er janvier 2020 renouvellent leur habilitation auprès de la HAS avant le 1er janvier 2021.

Article 76 : Extension des missions de la HAS à la prise en compte des risques de maltraitance

- Dans le cadre de ses missions de recommandation, d'accréditation et de certification des professionnels de santé et des établissements de santé, la HAS prend en compte les risques de maltraitance.

Article 77 : Ratification de plusieurs ordonnances

Ordonnance n°2017-192 du 16 février 2017 relative à l'adaptation des dispositions législatives relatives aux ordres des professions de santé

- Adaptation des dispositions législatives relatives aux ordres des professions de santé et modification des conditions d'éligibilité des conseillers ordinaires des professions de santé, des magistrats de l'ordre administratif aux fonctions de présidents des chambres disciplinaires et des sections des assurances sociales.
- L'ordonnance relative aux avantages offerts par les personnes fabriquant ou commercialisant des produits ou des prestations de santé est ratifiée : les remises par les fabricants aux pharmaciens d'officines ne sont pas considérées comme des avantages dans les limites des plafonds définis.
- Les avenants et conventions relatifs aux intervenants dans le financement d'une officine ou d'un laboratoire de biologie médicale doivent être fournis à l'Ordre des pharmaciens.
- La représentation des pharmaciens au sein de l'Ordre des pharmaciens est simplifiée.
- L'ANDPC est chargée de contrôler la mise en œuvre du DPC et d'élaborer un plan de contrôle des organismes correspondants. Un décret organise les modalités de ce contrôle.

Ordonnance n°2017-49 du 19 janvier 2017 relative aux avantages offerts par les personnes fabriquant ou commercialisant des produits ou des prestations de santé

- Il est interdit d'offrir ou de promettre des avantages en espèce ou nature aux personnes qui assurent des prestations de santé ou qui produisent ou commercialisent des produits faisant l'objet d'une prise en charge par les régimes obligatoires de la sécurité sociale.

Ordonnance n°2016-800 du 16 juin 2016 relative aux recherches impliquant la personne humaine

- Dans le cadre d'essais cliniques, le chercheur a la possibilité d'exploiter les données recueillies après qu'une personne ait utilisé son droit de rétractation.
- Une personne peut s'opposer à l'utilisation des données recueillies lors de travaux de recherche à tout moment. ☐ Le comité de protection des personnes examine tous les 5 ans les recherches en cours.

Ordonnance n°2015-1620 du 10 décembre 2015 adaptant les agences régionales de santé et les unions régionales de professionnels de santé à la nouvelle délimitation des régions

- Le périmètre des URPS est adapté aux nouvelles régions. Les biens, droits et obligations des anciennes URPS sont transférées aux nouvelles URPS.
- Les ARS telles que définies dans le cadre des nouvelles régions sont propriétaires des biens immeubles des ARS telles que définies sous les anciennes délimitations des régions, et ce, à titre gratuit.

Ordonnance n°2016-1729 du 15 décembre 2016 relative aux pharmacies à usage intérieur

- Les PUI assurent notamment les missions de pharmacie clinique, d'information aux patients et professionnels de santé sur les produits de santé.
- Elles peuvent exercer des missions d'approvisionnement ou de vente dans des conditions spécifiques.
- Elles assurent la gestion, le contrôle, la traçabilité, l'évaluation et la dispensation des médicaments.
- Dans les GHT, le projet médical partagé prévoit un projet de pharmacie qui organise les coopérations.
- Dans les GCS disposant d'une PUI, la convention constitutive entre les établissements organise la coordination des activités pharmaceutiques.
- Le pharmacien gère la PUI.
- La création, le transfert ou la suppression d'une pharmacie à usage intérieur est subordonné à l'octroi d'une autorisation délivrée par le directeur général de l'ARS après avis du conseil national de l'ordre des pharmaciens. ☐ Un décret en Conseil d'État fixe la liste des activités à risque dont l'autorisation n'est délivrée que pour 5 ans.
- Un décret fixe les conditions de destruction du stock en cas de fermeture d'une PUI et de refus du directeur général de l'ARS de faire cession de ce stock.
- Un décret en Conseil d'État fixe les conditions dans lesquelles les établissements de santé délivrant des soins à domicile et disposant d'une PUI, peuvent confier à une pharmacie d'officine la gestion, l'approvisionnement, le contrôle, la détention et la dispensation de certains produits de santé.
- Un décret en Conseil d'État fixe les conditions dans lesquelles une PUI d'un GCS peut approvisionner en médicament à usage hospitalier les établissements de santé ne disposant pas de PUI.
- Le ministre chargé de la santé arrête : la liste des médicaments que la PUI d'un GCS est autorisé à vendre au détail au public.
- La PUI peut délivrer les produits nécessaires aux recherches organisées et pratiquées sur l'être humain en vue du développement des connaissances biologiques ou médicales.
- Dans le cadre de ces recherches, la PUI d'un établissement de santé peut distribuer des médicaments à d'autres pharmacies d'établissement de santé au sein de l'Union européenne.
- Un établissement de santé non autorisé à avoir une PUI, peut par dérogation, posséder des médicaments sous la responsabilité d'un pharmacien.
- Un décret en Conseil d'État précise les modalités d'application de ce chapitre.
- Les GCS ayant conclu une convention constitutive en amont de cette ordonnance, ont jusqu'au 1er janvier 2020 pour se mettre en conformité avec ces dispositions.

Ordonnance n°2017-10 du 5 janvier 2017 relative à la mise à jour de la liste des établissements figurant à l'article 2 de la loi n°86-33 du 9 janvier 1986 portant dispositions statutaires relatives à la fonction publique hospitalière

- Le périmètre des établissements concernés par les dispositions relatives à la fonction publique hospitalière est mis à jour.

- Les services à domicile sont exclus des dispositions statutaires relatives à la fonction publique hospitalière.

Ordonnance n°2017-28 du 12 janvier 2017 relative à la constitution et au fonctionnement des groupements de coopération sanitaire

- Si le groupement de coopération sanitaire est autorisé à facturer des soins, il se substitue aux établissements membres.
- Un groupement de coopération sanitaire peut être constitué par des établissements publics ou privés, des établissements médico-sociaux, des centres de santé, des maisons de santé, des personnes physiques ou morales exerçant une profession médicale à titre libéral.
- Un groupement de coopération sanitaire de moyen exploite les autorisations de ses membres. Sa composition est limitée à certains établissements de santé et personnes physiques ou morales.
- Il est impossible pour un GCS d'exploiter une autorisation limitée aux établissements de santé.
- Les GCS laboratoires sont interdits pour les professionnels de santé.
- Un décret en Conseil d'État définit les conditions et modalités de dissolution d'un groupement de coopération sanitaire. Le directeur général de l'ARS, peut dans certains cas, dissoudre un GCS.
- Les membres d'un GCS élisent un administrateur parmi ses membres qui les représentera. Il est obligatoire de nommer un administrateur suppléant également.
- Un GCS qui a comme seule autorisation une activité biologique d'assistance médicale à la procréation n'est pas érigé en établissement de santé.

Ordonnance n°2017-47 du 19 janvier 2017 précisant la procédure de fusion des établissements publics de santé et modifiant le code de la santé publique

- L'ensemble des droits et obligations des établissements fusionnant est transféré au nouvel établissement.
- La fusion des établissements peut se faire par la création d'une nouvelle personne morale ou par le maintien de la personnalité morale de l'un des établissements fusionnant.
- Les comités stratégiques du ou des groupes hospitaliers de territoire des établissements sont informés de la fusion.
- En cas de fusion décidé par l'ARS, celle-ci doit préciser le mode de fusion et l'établissement.

Ordonnance n°2017-734 du 4 mai 2017 portant modification des dispositions relatives aux organismes mutualistes

- Le champ d'activités des acteurs mutualistes est élargi aux activités sportives ou funéraires.
- Les fédérations mutualistes voient leurs rôles en matière de prévention et formation renforcés.
- Les règlements des mutuelles peuvent être adoptés par le conseil d'administration.

Ordonnance n°2017-1092 du 8 juin 2017 relative aux composantes de la rémunération du pharmacien d'officine

- Les marges rétrocédées par grossistes-répartiteurs ne sont pas soumises au plafond des remises commerciales.
- L'honoraire de dispensation du pharmacien s'applique qu'il y ait remboursement ou pas.

Ordonnance n°2018-4 du 3 janvier 2018 relative à la simplification et à la modernisation des régimes d'autorisation des activités de soins et d'équipements matériels lourds

- Les autorisations sanitaires sont allongées à 7 ans.
- Les visites de conformité ne sont plus systématiques et obligatoires. Une déclaration est effectuée par le titulaire auprès de l'ARS.
- Le directeur général de l'ARS a 1 mois pour donner suite à la déclaration et 6 mois pour effectuer la visite de conformité. En cas d'absence de réponse du directeur général de l'ARS dans le mois suivant la déclaration, il n'y a pas de visite.
- Les conditions de coopération ou de regroupement sont notifiées dans le schéma régional de santé.

Ordonnance n°2018-17 du 12 janvier 2018 relative aux conditions de création et de fonctionnement des centres de santé

- Des établissements de santé privés à but lucratif et les sociétés coopératives d'intérêt collectif peuvent gérer des centres de santé.
- Les centres de santé sont des structures dédiées aux soins de premier recours. Ils sont pluri-professionnels et ont des activités de prévention, de diagnostic et de soins.
- L'accueil d'étudiants en stage n'est plus obligatoire.
- Les informations des usagers doivent être inscrites dans le dossier médical. Les patients des centres de santé peuvent accéder à leurs données de santé.
- En cas de non-respect de ses obligations, un centre de santé peut être suspendu sur décision du directeur général de l'ARS.

Ordonnance n°2016-1406 du 20 octobre 2016 portant adaptation et simplification de la législation relative à l'Établissement français du sang et aux activités liées à la transfusion sanguine

- Les compétences à l'échelle nationale de l'EFS sont renforcées.
- L'EFS peut créer et déployer un schéma directeur national de la transfusion sanguine. Ce schéma coordonne les schémas d'organisation de la transfusion sanguine.
- L'EFS est chargé du contrôle de qualité des activités décrites dans les schémas d'organisation.
- L'EFS peut devenir un établissement pharmaceutique et développer des activités liées à la transfusion sanguine, au conseil et au suivi des actes de transfusion.
- L'EFS est responsable de l'application des textes dans les établissements régionaux.
- L'EFS peut réaliser des publicités dites « communication à caractère promotionnel » pour certains plasmas. Le produit doit être présenté de manière objective et respecter les règles établies par l'ANSM.

Article 78 : Publication des liens d'intérêt des influenceurs dans le domaine de la santé

- Les conventions conclues entre les entreprises et les personnes qui, dans les médias ou sur les réseaux sociaux, présentent un ou plusieurs produits de santé, de manière à influencer le public, doivent être rendues publiques.
- Les conventions conclues entre les entreprises commercialisant ou produisant des produits cosmétiques et les personnes morales assurant la formation continue des professionnels de santé doivent être rendues publiques.

Article 79 : Présidence des réunions communes de conseils départementaux des ordres des sages-femmes et des médecins

- Les conseils départementaux des médecins et des sages-femmes peuvent tenir des réunions communes sous la coprésidence du président du conseil départemental de l'ordre des médecins et du président du conseil départemental de l'ordre des sages-femmes.

Article 80 : Rapport sur les perspectives de création d'une faculté de médecine aux Antilles

- À compter de la promulgation de cette loi, le Gouvernement a 12 mois pour présenter au Parlement un rapport sur les perspectives de créer aux Antilles une faculté de médecine.

Article 81 : Rapport sur l'accès effectif à l'IVG et les difficultés rencontrées dans les territoires

- Dans un délai de 6 mois à compter de la promulgation de la présente loi, le Gouvernement remet au Parlement un rapport sur l'accès effectif à l'IVG et sur les difficultés rencontrées dans les territoires, y compris celles liées aux refus de pratiquer une IVG par certains praticiens.

Aspects réglementaires

PROJETS DE LOI SUCCESSIFS

Projet de loi en Conseil des ministres du 13 février 2019 et déposé à l'Assemblée nationale

- [Site de Legifrance](#)
- [Site de l'Assemblée nationale](#)

Projet de loi adopté le 16 mars 2019 à l'Assemblée nationale

[Le projet de loi adopté le 26 mars 2019](#)

Projet de loi adopté au Sénat le 11 juin 2019

<http://www.senat.fr/leg/tas18-109.html>

Projet de loi adopté après la commission mixte paritaire, 20 juin 2019

<http://www.senat.fr/dossier-legislatif/pjl18-404.html>

Projet de loi adopté par l'Assemblée nationale le 10 juillet 2019 (Texte n° 315)

<http://www.assemblee-nationale.fr/15/ta/ta0315.asp>

Petite loi du 16 juillet 2019

<https://www.senat.fr/petite-loi-ameli/2018-2019/587.html>

Projet de loi adopté par le Sénat le 23 juillet 2019

<https://www.senat.fr/dossier-legislatif/pjl18-404.html>

LA MISE EN ŒUVRE DE LA LOI

Ordonnances

[Ordonnance n°2021-291 du 17 mars 2021](#), JORF n° 0066 du 18 mars 2021 (groupements hospitaliers de territoire et médicalisation des décisions à l'hôpital).

[Ordonnance n° 2021-292 du 17 mars 2021](#) visant à favoriser l'attractivité des carrières médicales hospitalières, JORF n° 0066, 18 mars 2021. Cette ordonnance permet d'assouplir le régime de cumul

d'activités pour les praticiens hospitaliers en allégeant les conditions d'exercice d'une activité libérale intrahospitalière. L'entrée en vigueur de ces mesures sera fixée par décret, attendu avant 2022.

Lois

[Loi n° 2018-1203 du 22 décembre 2018](#) de financement de la sécurité sociale pour 2019, JORF n°0297 du 23 décembre 2018.

- Pour le contenu, se reporter sur le site de l'Irdes à la synthèse : [Les lois de financement de la Sécurité sociale](#)

[Loi n° 2019-774](#) du 24 juillet 2019 relative à l'organisation et à la transformation du système de santé, JORF du 26 juillet 2019

Décrets

[Décret n° 2021-365 du 2ç mars 2021](#) portant création du statut des praticiens associés. Ce décret acte la création du statut de praticien associé. Ce statut concerne les médecins, chirurgiens-dentistes et pharmaciens titulaires de diplômes obtenus dans un État non membre de l'Union européenne (Padhue) et non inscrits à l'ordre des professions concernées.

[Décret n° 2021-295 du 18 mars 2021](#) relatif aux dispositifs d'appui à la coordination des parcours de santé complexes et aux dispositifs spécifiques régionaux, JORF du 20 mars 2021.

[Décret n° 2020-1017 du 7 août 2020](#) portant application du IV et du V de l'article 83 de la loi n° 2006-1640 du 21 décembre 2006 de financement de la sécurité sociale pour 2007 et relatif à l'exercice des professions de médecin, chirurgien-dentiste, sage-femme et pharmacien par les titulaires de diplômes obtenus hors de l'Union européenne et de l'Espace économique européen, JORF n°0195 du 9 août 2020 (réforme de la procédure d'autorisation d'exercice des praticiens à diplôme hors Union européenne –article 7 de la loi n° 2019-774)

[Décret n° 2020-517 du 4 mai 2020](#) relatif aux fonctions de consultant, JORF n°0111 du 6 mai 2020 (obligation de consultanat pour les professeurs des universités-praticiens hospitaliers hors de leur CHU de rattachement- article 15 de la loi n° 2019-774)

[Décret n° 2019-1125 du 4 novembre 2019](#) relatif à l'accès aux formations de médecine, de pharmacie, d'odontologie et de maïeutique, JORF n°0257 du 5 novembre 2019 (réforme des modalités d'accès aux études de santé)

[Décret n° 2019-1126 du 4 novembre 2019](#) relatif à l'accès au premier cycle des formations de médecine, de pharmacie, d'odontologie et de maïeutique, JORF n°0257 du 5 novembre 2019 (réforme des modalités d'accès aux études de santé)

[Décret n° 2019-835 du 12 août 2019](#) relatif à l'exercice infirmier en pratique avancée et à sa prise en charge par l'assurance maladie, JORF n°0187 du 13 août 2019 (extension de l'IPA au domaine d'intervention « psychiatrie et santé mentale »)

[Décret n° 2019-836 du 12 août 2019](#) relatif au diplôme d'Etat d'infirmier en pratique avancée mention psychiatrie et santé mentale, JORF n°0187 du 13 août 2019 (création de la mention psychiatrie et la santé mentale pour le diplôme d'Etat d'infirmier en pratique avancée)

[Décret n° 2019-121 du 21 février 2019](#) portant modification de dispositions réglementaires du code de la sécurité sociale relatives à l'amélioration de la qualité et de la sécurité des soins, JORF n°0046 du 23 février 2019

[Décret n° 2018-472 du 12 juin 2018](#) relatif au service sanitaire des étudiants en santé, JORF n°0134 du 13 juin 2018

Arrêtés

[Arrêté du 13 avril 2021](#) fixant les modalités de recensement et les conditions de validation des structures d'accueil par les agences régionales de santé pour la réalisation des parcours de consolidation des compétences prévus aux articles L. 4111-2-I et L. 4221-12 du code de la santé publique

[Arrêté du 29 mars 2021](#) fixant la rémunération des praticiens associés

[Arrêté du 29 novembre 2019](#) portant approbation d'un avenant à la convention constitutive du groupement d'intérêt public « Institut national des données de santé » portant création du groupement d'intérêt public « Plateforme des données de santé », JORF n°0278 du 30 novembre 2019 (Health Data Hub)

[Arrêté du 7 novembre 2019](#) relatif à l'exercice de l'activité d'assistant médical, JORF, n° 0263 du 13/11/19

[Arrêté du 4 novembre 2019](#) relatif à l'accès aux formations de médecine, de pharmacie, d'odontologie et de maïeutique, JORF n° 0257 du 5 novembre 2019 (Remplacement de la première année commune aux études de santé - Paces)

[Arrêté du 21 août 2019](#) portant approbation de l'accord conventionnel interprofessionnel en faveur du développement de l'exercice coordonné et du déploiement des communautés professionnelles territoriales de santé signé le 20 juin 2019, JORF n°0196 du 24 août 2019

[Arrêté du 14 août 2019](#) portant approbation de l'avenant n° 7 à la convention nationale organisant les rapports entre les médecins libéraux et l'assurance maladie signée le 25 août 2016, JORF n°0192 du 20 août 2019 (création des assistants médicaux)

[Arrêté du 18 juin 2019](#) fixant les modalités de calcul du montant de la dotation allouée aux établissements de santé en application de l'article L. 162-23-15, la liste des indicateurs obligatoires pour l'amélioration de la qualité et de la sécurité des soins et les conditions de mise à disposition du public de certains résultats par l'établissement de santé, JORF n°0142 du 21 juin 2019, JORF n°0296 du 22 décembre 2018

[Arrêté du 12 décembre 2018](#) fixant les référentiels de pertinence, de qualité, de sécurité des soins ou de seuils, exprimés en volume ou en dépenses d'assurance maladie mentionnés à l'article L. 162-30-3 du code de la sécurité sociale, JORF n°0296 du 22 décembre 2018

[Arrêté du 18 juillet 2018](#) portant adaptation du modèle de convention prévu à l'article 8 de l'arrêté du 12 juin 2018 relatif au service sanitaire pour les étudiants en santé, JORF n°0189 du 18 août 2018

[Arrêté du 12 juin 2018](#) relatif au service sanitaire pour les étudiants en santé, JORF n°0134 du 13 juin 2018

Circulaires

[Instruction n° DGOS/DIR/CNAM/2019/218 du 9 octobre 2019](#) portant dispositions et modalités d'accompagnement à proposer aux porteurs de projets des communautés professionnelles territoriales de santé, Bulletin Officiel Santé n°11 du 15 décembre 2019

[Instruction n° DGOS/R5/PF2/2019/198 du 11 septembre 2019](#) relative au nouveau dispositif de financement à la qualité (IFAQ) et à la mise en oeuvre de l'ONIC 2019, Bulletin Officiel Santé n°10 du 15 novembre 2019

[Instruction n° DGOS/R4/2019/176 du 19 juillet 2019](#) relative à la mise en oeuvre du fonds d'innovation organisationnelle en psychiatrie pour l'année 2019, Bulletin Officiel Santé n°8 du 15 septembre 2019

[Instruction n° DGOS/PF5/2019/129 du 24 mai 2019](#) relative à la mise en oeuvre du programme e-parcours (action n° 14 de la feuille de route du numérique en santé), Bulletin Officiel Santé n°7 du 15 août 2019

[Instruction N° DGOS/PF5/2019/32 du 12 février 2019](#) relative au lancement opérationnel du programme HOP'EN (Le programme HOP'EN «Hôpital numérique ouvert sur son environnement» constitue la nouvelle feuille de route nationale des systèmes d'information hospitaliers à 5 ans 2018-2022 dans le cadre de la stratégie de transformation du système de santé «Ma santé 2022» et de son volet numérique), site Légifrance

Bibliographie

AVIS ET RAPPORTS

Aissou, M., Danos, J.-P. et Jolivet, A. (2020). Structurer les parcours de soins et de santé, LEH Edition

Au cours des cinquante dernières années, le système de santé français a été construit autour de l'hôpital et des spécialités médicales pour les malades en phase aiguë. Ce système souffre d'importants cloisonnements, notamment avec le secteur médico-social ainsi qu'auprès des professionnels de santé de ville. Enfin, l'accès aux soins est loin d'être égalitaire sur le territoire français. Depuis bientôt une dizaine d'années et notamment avec la loi HPST, est apparue une autre manière de structurer notre système de santé. La montée en puissance de la notion de parcours de soins et de santé conduit à repenser notre système de santé et médico-social autour du patient et de ses besoins, dans un périmètre territorialisé. Après un rappel des évolutions de ces dernières années et des enjeux des différents textes législatifs (loi de santé, loi relative à l'organisation et à la transformation du système de santé), cet ouvrage clarifie les notions de base en matière de parcours de soins et de santé et propose des méthodologies, outils et retours d'expérience autour de ces parcours. L'amélioration du chemin clinique et la gestion des flux au sein des établissements de santé sont notamment décrits ainsi que la mise en oeuvre de parcours coordonnés tels que le PAERPA (Personnes âgées en risque de perte d'autonomie) ou le PRADO (Programme de retour à domicile).

Aubert, J. M. (2018). Stratégie de transformation du système de santé. Modes de financement et de régulation : Rapport final. Paris Ministère chargé de la santé: 16 , tab., graph., fig.

https://solidarites-sante.gouv.fr/IMG/pdf/rapport_financement_et_regulation.pdf

Ce rapport rassemble les propositions de la stratégie de transformation du système de santé français sur l'aspect "Modes de financement et de régulation". Il préconise une évolution progressive des modes de financement au cours des trois prochaines années en proposant tant une stratégie de moyen terme, cohérente avec la transformation préconisée par l'avis récent du HCAAM (avis du 24 mai 2018) et globalement avec les différents chantiers de transformation, ainsi que des mesures immédiates pour 2019. La taskforce qui la produit proposera d'ici la fin de l'année 2019 des mesures supplémentaires qui pourront être mises en oeuvre en 2020 et 2021.

Aubert, J. M. (2019). Réforme des modes de financement et de régulation ». Vers un modèle de paiement combiné. Version préliminaire. Paris Ministère chargé de la santé: 47.

https://solidarites-sante.gouv.fr/IMG/pdf/dicom_rapport_final_vdef_2901.pdf

Le présent rapport s'inscrit dans le cadre de la stratégie de transformation du système de santé, lancée en février 2018 par le Premier Ministre et la Ministre des Solidarités et de la Santé. Il fait suite à un premier rapport intermédiaire de juillet 2018 présentant les premières orientations de la mission task force réforme du financement et notamment les mesures de court terme dont la plupart sont en train d'être mises en place. Le système de santé français est caractérisé par un modèle de financement hétérogène en fonction des secteurs de soins, reposant majoritairement sur la quantité des soins produits dans le domaine des soins de ville et des soins hospitaliers (médecine, chirurgie et obstétrique). Les autres secteurs sont financés par des enveloppes dont les fondements sont parfois très largement établis sur des bases historiques. À un système de financement cloisonné entre les différents champs de la santé, le rapport recommande de substituer progressivement des modalités de financement commune aux différents acteurs du système de santé, pour rendre cohérentes les incitations des acteurs et favoriser leur coopération au service des besoins du patient et des résultats de santé obtenus. Les proportions relatives de chaque modalité de paiement ont toutefois vocation à varier selon les secteurs, pour prendre en compte leurs spécificités.

Bourgueil, Y., Lang, T. et Ulrich, V. (2017). Rôle du système de soins et inégalités sociales de santé : constats, hypothèses et pistes pour la recherche. Les inégalités sociales de santé : actes du séminaire de recherche de la DREES 2015-2016., Paris : DREES: 252-264.

<http://drees.solidarites-sante.gouv.fr/etudes-et-statistiques/publications/recueils-ouvrages-et-rapports/ouvrages-thematiques/article/les-inegalites-sociales-de-sante-actes-du-seminaire-de-recherche-de-la-drees>

Les progrès d'amélioration de l'espérance de vie sans incapacité en grande partie attribuables au système de soins doivent nous conduire à reconsidérer la contribution de ce dernier à l'amélioration de la santé et par voie de conséquence à la réduction des inégalités de santé. C'est principalement au travers de la réduction des inégalités d'accès primaires et secondaires aux soins que l'organisation du système de soins et les interventions qui peuvent s'y déployer contribuent sinon à les réduire tout au moins à éviter d'accentuer les inégalités de santé. Après un bref rappel des niveaux d'action identifiés pour réduire les inégalités d'accès aux soins, nous proposerons des pistes d'actions et de recherches.

Chauvin, F. et Mansour, Z. (2017). Stratégie nationale de santé publique : contribution du Haut Conseil de la santé publique. *Avis et rapports*. Paris HCSP: 189, tab., graph., fig.

www.hcsp.fr/Explore.cgi/Telecharger?NomFichier=hcspr20170908_strategienatlesantecontribhcsp.pdf

Le Haut Conseil de la santé publique (HCSP) a été saisi pour réaliser l'analyse de l'état de santé de la population, de ses déterminants, des stratégies d'action afin de déterminer les domaines d'action et des objectifs de la Stratégie nationale de santé (SNS). Il a ainsi identifié quatre problèmes à prendre en compte : les risques sanitaires liés à l'augmentation prévisible de l'exposition aux polluants et aux toxiques ; l'augmentation des risques d'exposition de la population aux risques infectieux ; l'augmentation de la prévalence des maladies chroniques et ses conséquences ; l'adaptation du système de santé aux enjeux démographiques, épidémiologiques et sociétaux. Quatre principes d'action : la santé comme objectif dans toutes les politiques ; une lutte résolue et active contre les inégalités territoriales et sociales de santé ; une approche territorialisée de la SNS ; la nécessité d'impliquer les usagers et les citoyens. Et cinq axes d'actions : une politique de prévention et de promotion de la santé ambitieuse et soutenue ; des orientations pour un système de santé adapté aux enjeux ; le développement de l'innovation en santé ; le développement et le soutien à la formation et à la recherche en santé publique ; une politique spécifique axée sur la santé des enfants et des adolescents. Le HCSP préconise, enfin, une approche par déterminants de santé, plutôt qu'une approche par pathologie. Pour améliorer la gouvernance, il recommande que soit élaboré et mis en œuvre un Plan national de santé publique.

Devictor, B. (2017). Avis de la conférence nationale de santé du 23 novembre 2017 sur le projet de stratégie nationale de santé (SNS). Paris CNS: 26.

<https://solidarites->

[sante.gouv.fr/IMG/pdf/avis_cns_sns_post_pleniere_1123_v2_env_pmc_0712_modif_1112_relu_pmc_111217_v2_integr_modif.pdf](https://solidarites-sante.gouv.fr/IMG/pdf/avis_cns_sns_post_pleniere_1123_v2_env_pmc_0712_modif_1112_relu_pmc_111217_v2_integr_modif.pdf)

Par courrier du 17 juillet 2017, la Ministre des Solidarités et de la Santé a annoncé à la Conférence nationale de santé (CNS) qu'elle serait saisie, la réponse étant attendue avant fin novembre 2017, pour un avis sur le projet de Stratégie nationale de santé (SNS), comprenant le point de vue des Conférences régionales de la santé et de l'autonomie (CRSA). Les CRSA en ont été informées. Ce courrier de saisine ministérielle a été adressé aux membres de la CNS le 1er septembre. Le 14 septembre, la commission permanente de la CNS a auditionné le président du HCSP sur son rapport¹ en réponse à la saisine de la ministérielle du 17 mai concernant la SNS. Les grands axes de la stratégie ont été rendus publics ainsi que le rapport du HCSP le 18 septembre, et une phase de concertation a été lancée à l'issue de laquelle un projet de SNS a été élaboré. Ce document rassemble les conclusions de l'avis de la CNS sur le projet de la stratégie nationale de santé.

Doineau, E., Mesnier, T. et Augros, E. (2018). Rapport des délégués nationaux à l'accès aux soins. Paris Ministère chargé de la santé: 70, tab., graph., fig.

[https://solidarites-sante.gouv.fr/ministere/documentation-et-publications-](https://solidarites-sante.gouv.fr/ministere/documentation-et-publications-officielles/rapports/sante/article/rapport-des-delegues-nationaux-a-l-acces-aux-soins)

[officielles/rapports/sante/article/rapport-des-delegues-nationaux-a-l-acces-aux-soins](https://solidarites-sante.gouv.fr/ministere/documentation-et-publications-officielles/rapports/sante/article/rapport-des-delegues-nationaux-a-l-acces-aux-soins)

Ce rapport rassemble les conclusions de la mission sur l'accès aux soins. Les solutions proposées pour lutter contre les déserts médicaux tournent autour de six axes : Encourager les stages ambulatoires et accompagner les projets d'installation ; Développer l'exercice coordonné ; Déployer la télémédecine ; Soutenir les nouveaux modes d'exercice ; Favoriser

les délégations et coopérations interprofessionnelles et simplifier l'exercice libéral et libérer du temps médical. La mission est prolongée pour une année afin de contribuer à l'organisation territoriale future et au développement des soins de proximité dans le cadre de Ma santé 2022.

Fauchier-Magnan, E. et Wallon, V. (2018). Déploiement des communautés professionnelles territoriales de santé. Appui à la DGOS. Paris Igas: 88.

www.igas.gouv.fr/IMG/pdf/IGAS2018-041R_.pdf

Les communautés professionnelles territoriales de santé (CPTS), créées par la loi du 26 janvier 2016, associent des professionnels de santé et des acteurs sociaux et médico-sociaux d'un même territoire, sur la base d'un projet de santé, pour une meilleure organisation des parcours des patients et un meilleur exercice des professionnels de santé de ville (médecins, pharmaciens, infirmiers, ...). Environ 200 projets de communautés de ce type ont été recensés par la mission, portés par une mobilisation certaine des professionnels de santé malgré un soutien encore très modeste des autorités publiques. Ce rapport demandé à l'Igas par la ministre de la Santé dresse un premier bilan et des propositions pour une stratégie de déploiement des CPTS, en appui à la Direction générale de l'offre de soins. Ce rapport présente le contexte de leur création et la situation deux ans plus tard. Il propose des éléments de cadrage, des principes d'action et des leviers pour renforcer le déploiement des CPTS.

Fourcade, N., Von Lennep, F., Luciano, L., et al. (2017). L'état de santé de la population en France : rapport 2017. Paris Drees: 435, tab., graph., fig., carte.

<http://drees.social-sante.gouv.fr/IMG/pdf/esp2017.pdf>

Cette édition 2017 du rapport sur l'état de santé de la population en France conjugue des approches transversales, par population, par déterminants et par pathologies, pour illustrer l'état de santé globalement bon des Français. Il met également en lumière les principaux problèmes de santé auxquels est confronté le pays et auxquels les politiques publiques doivent répondre. Coordonné pour la première fois avec la nouvelle agence nationale de santé publique – Santé publique France – cette édition 2017 accorde une place plus large aux données régionales et infrarégionales avec l'introduction de cartes et données supplémentaires et l'ajout de 18 profils régionaux synthétisant les principales caractéristiques démographiques, socioéconomiques et sanitaires des nouvelles régions administratives. Une typologie socio-sanitaire des territoires a été également réalisée : elle permet de mettre en évidence des zones particulièrement vulnérables. Ces enrichissements ont été rendus possibles grâce à la mobilisation de tous les contributeurs habituels du rapport, et celle de la Fédération nationale des observatoires régionaux de santé (FNORS) et du réseau des observatoires régionaux de santé (ORS) pour les profils régionaux.

HCAAM (2018). Contribution du HCAAM à la Stratégie de transformation de notre système de santé : rapport et avis 2018. Paris HCAAM: 2 vol. (60 +20).

Ce rapport présente la contribution du Haut Conseil pour l'avenir de l'assurance maladie (HCAAM) sur la stratégie de transformation du système de santé français, qui s'inscrit nécessairement dans une perspective de moyen terme et doit être distingué des mesures urgentes qu'appelle la situation actuelle dans différents secteurs ou dans certains territoires. Ce document percutant s'attaque au risque d'inertie d'un système cloisonné entre la ville, l'hôpital, le médico-social. De plus en plus coûteux et de moins en moins efficient, ce modèle ne pourra pas prendre en charge le vieillissement de la population et les maladies

chroniques. La soixantaine de membres du HCAAM (partenaires sociaux, gestionnaires des établissements de santé, élus, hauts fonctionnaires, complémentaires santé, etc.) rejettent aussi le scénario d'une restructuration de l'offre pilotée par les grands centres hospitaliers où les établissements cessent d'être le centre de gravité du système. Les malades chroniques ou âgés devraient être essentiellement traités dans un extérieur structuré, qui n'est plus conçu comme un 'amont' ou un 'aval' de séquences hospitalières. À terme, le Haut Conseil considère que l'ensemble des professionnels de santé devrait exercer dans des structures collectives. Ils devraient ainsi assumer collectivement des responsabilités sur leur territoire : garantir à chacun un médecin traitant et une orientation pertinente dans le système de soins. Quant aux hôpitaux, ils devraient se recentrer et passer contrat avec les communautés locales de professionnels pour coordonner les retours à domicile, les systèmes d'information, la formation...

HCAAM (2018). Système de santé et personnes âgées fragiles ou en perte d'autonomie à l'horizon 2030 : Avis du HCAAM. Paris HCAAM: 19, annexes.

Dans sa Contribution à la Stratégie de transformation de notre système de santé, le HCAAM appelle à partir des services à rendre à la population et non de l'offre disponible. Ceci est d'autant plus important pour les personnes âgées fragiles ou en perte d'autonomie que leur accompagnement nécessite de s'écarter de l'organisation historique de l'offre sanitaire conçue autour d'interventions ponctuelles destinées à résoudre un problème aigu. En effet, la prévention joue un rôle essentiel dans la préservation de l'autonomie. En outre, les personnes âgées fragiles ou en perte d'autonomie souffrent de multiples problèmes pour lesquels l'horizon n'est souvent pas la guérison mais la remédiation, la stabilisation voire une moindre dégradation, qui nécessitent des soins et services coordonnant l'intervention d'un ensemble d'acteurs dans la durée. Vulnérables, ces personnes sont particulièrement sensibles aux dysfonctionnements actuels de notre système. Faute de réponse de proximité organisée, elles se tournent, souvent par défaut, vers les acteurs aujourd'hui les plus structurés, établissements de santé et médicosociaux, avec les mêmes inefficiences dans les champs sanitaire et médico-social. Pour répondre à leurs besoins, à la frontière de ces champs, le HCAAM appelle à un décloisonnement et à une simplification, pour mettre fin à l'éparpillement actuel des interlocuteurs et des moyens. Pour permettre aux Français de rester, comme ils le souhaitent dans leur grande majorité, à domicile, la priorité doit être donnée à une réponse de proximité renforcée et structurée, accessible partout sur le territoire et quelles que soient les ressources des personnes concernées.

HCSP (2017). Avis relatif à la saisine du 6 novembre 2017 sur la stratégie nationale de santé. Paris HCSP: 10.

https://solidarites-sante.gouv.fr/IMG/pdf/hcspa20171129_avisprojetstrategienationalsante.pdf

Par la saisine du 6 novembre 2017, le Secrétariat général des ministères chargés des affaires sociales (SGMAS) et la Direction générale de la santé (DGS) ont sollicité l'avis du Haut Conseil de la santé publique (HCSP) sur la stratégie nationale de santé (SNS). La SNS détermine, de manière pluriannuelle, les domaines d'action prioritaires et les objectifs d'amélioration de la santé et de la protection sociale contre la maladie. Ce document rassemble les observations et remarques du HCSP sur les priorités et objectifs figurant dans la stratégie nationale de santé 2018-2022 en France. Il tient compte des dispositions de la loi de modernisation de notre système de santé de 2016 ainsi que des priorités de l'Organisation mondiale de la santé "Santé 2020".

HCSP (2017). Avis relatif à la saisine du 17 mai 2017 sur la stratégie nationale de santé. Paris HCSP: 18.

https://solidarites-sante.gouv.fr/IMG/pdf/hcspa20171129_avisprojetstrategienationalsante.pdf

Par la saisine du 17 mai 2017, le Secrétariat général des ministères chargés des affaires sociales (SGMAS) et la Direction générale de la santé (DGS) ont sollicité l'avis du Haut Conseil de la santé publique (HCSP) sur la stratégie nationale de santé (SNS) d'ici la fin juillet 2017. Le processus de définition de la SNS et son contenu sont encadrés par la loi de modernisation de notre système de santé et par le décret du 28 novembre 2016 relatif à la SNS. La SNS détermine, de manière pluriannuelle, les domaines d'action prioritaires et les objectifs d'amélioration de la santé et de la protection sociale contre la maladie. Plus particulièrement, cette saisine du HCSP porte sur l'analyse préalable de l'état de santé de la population, des déterminants de cet état de santé et des stratégies d'action envisageables sur laquelle pourra s'appuyer la détermination des domaines d'action prioritaires et des objectifs de la SNS. Ce document rassemble les observations et remarques du HCSP sur l'état de santé en France. Il tient compte des dispositions de la loi de modernisation de notre système de santé de 2016 ainsi que des priorités de l'Organisation mondiale de la santé "Santé 2020".

HCSP (2017). Refonder les politiques de prévention et de promotion de la santé. Paris HCAAM: 36.

http://www.securite-sociale.fr/IMG/pdf/refonder_les_politiques_de_prevention_et_de_promotion_de_la_santevf07072017.pdf

Fruit de la mise en place, en octobre 2016, d'un groupe de travail réunissant chercheurs et acteurs, cet avis s'attache, tout d'abord, à clarifier les concepts employés par les acteurs et inscrits dans les textes. Puis il formule diverses propositions pour refonder la conduite des politiques de prévention et de promotion de la santé en France. Elles s'articulent autour des axes suivants : mise en place d'une stratégie globale aux niveaux national et régional avec une mise en œuvre coordonnée des programmes d'action, cohérence du financement entre l'État, l'assurance maladie et les collectivités locales, effort particulier en matière d'évaluation à tous les niveaux (évaluation de politique, de programme et d'action) et en matière de recherche sur l'élaboration et la conduite des politiques et sur les organisations.

HCSP (2018). Avis relatif à l'évaluation de la stratégie santé des personnes placées sous main de justice. Paris HCSP: 61.

https://www.hcsp.fr/Explore.cgi/Telecharger?NomFichier=hcspa20180208_valdelastrsandesperplaso_umaideju.pdf

Le Haut Conseil de la santé publique (HCSP) a reçu de la part de la Direction générale de la santé (DGS) une saisine datée du 20 juillet 2017 pour un avis sur « l'évaluabilité de la stratégie santé des personnes placées sous main de justice » mise en place en avril 2017. Cette saisine du HCSP porte sur une étude préalable à la démarche évaluative qui accompagnera le déploiement de cette stratégie. Cette étude devrait notamment permettre la définition du cadre méthodologique de l'évaluation en circonscrivant le champ de celle-ci et en identifiant des indicateurs de processus et d'évaluation pertinents. Cette stratégie santé des personnes placées sous main de justice fait suite au plan d'actions stratégiques 2010-2014. Elle a pris en compte des observations et recommandations formulées par l'Igas dans le rapport d'évaluation conjoint IGAS n°201505QR/IGSJ n°58-15 du 25 mars 2015.

HCSP (2018). Place des offreurs de soins dans la prévention. Avis et rapport. Paris Haut Conseil de la santé publique: 3 vol. (83,20; 41), ann., ill.

www.hcsp.fr/explore.cgi/avisrapportsdomaine?clefr=689

Le Haut Conseil de la santé publique a été saisi par Direction générale de la santé (DGS) et la Direction générale de l'offre de soins (DGOS) sur la place de la prévention auprès des offreurs de soins. Le HCSP propose des pistes d'évolution pour structurer les pratiques préventives, améliorer leur qualité et leur pertinence, en articulation avec le secteur non soignant. Le HCSP a centré sa réponse sur les offreurs de soins en exercice regroupé (établissements de santé, centres, maisons et pôles de santé), et souligne l'importance que les offreurs de soins s'engagent à la fois par le développement des pratiques cliniques préventives ou soins de santé préventifs et une responsabilité populationnelle renforcée et partagée avec les autres opérateurs du territoire. Il propose par ailleurs de structurer, en région, l'organisation territoriale des missions de prévention et promotion de la santé des offreurs de soins, de doter les offreurs de soins de référentiels nationaux de pratiques en prévention et promotion de la santé, et de mettre en place à moyen terme, au sein des territoires, des pôles d'animation et de coordination territoriaux en santé (PACTeS). Le HCSP recommande notamment l'intégration aux soins de 8 missions portant sur les pratiques cliniques préventives, la responsabilité populationnelle et l'expertise (résumé de l'éditeur).

HCSP (2019). Avis relatif à la liste des indicateurs de résultats et d'impact de la stratégie nationale de santé 2018-2022. Paris HCSP: 15.

<https://www.hcsp.fr/explore.cgi/avisrapportsdomaine?clefr=718>

Suite à une saisine de la Direction de la recherche, des études, de l'évaluation et des statistiques (Drees), le Haut Conseil de la santé publique s'est prononcé sur les indicateurs de suivi pluriannuel de résultats et d'impact de la Stratégie nationale de santé (SNS) 2018-2022. Cet avis formule des remarques générales sur les indicateurs proposés par la Drees et a noté que des thèmes importants de la SNS ne se retrouvent pas dans les indicateurs proposés, comme surpoids et obésité, la politique de santé de l'enfant qui est peu représentée, la santé au travail ; qu'il existe une disparité entre le nombre d'indicateurs par axe qui ne semble pas justifiée au regard des objectifs, la répartition devrait être plus équitable. Par exemple, l'axe IV (innover pour transformer notre système de santé en réaffirmant la place des citoyens) est peu représenté, et aucun indicateur n'est proposé pour la recherche et l'innovation. Le HCSP a ensuite analysé les critères de pertinence, cohérence, opérationnalité et imputabilité de chacun des 20 indicateurs et proposé des remarques pour certains d'entre eux.

HCSP (2019). Évaluation de la pertinence et de la cohérence du Plan national de santé publique. Paris HCSP: 94.

<https://www.hcsp.fr/explore.cgi/avisrapportsdomaine?clefr=708>

Le Haut Conseil de la santé publique a été saisi le 12 octobre 2018 par la ministre des Solidarités et de la Santé pour assurer l'évaluation du PNSP. Il lui a notamment été demandé d'analyser la pertinence et la cohérence des objectifs du Plan national de santé publique. Le HCSP a considéré que la Stratégie nationale de santé et le Plan national de santé publique formaient un ensemble. Il note une bonne cohérence entre les objectifs de développement durable de l'OMS ou leur déclinaison européenne, les objectifs stratégiques et spécifiques de la SNS et les objectifs opérationnels contenus dans le PNSP. Le HCSP considère que l'objectif de réduction de la mortalité prématurée et de la mortalité évitable est un objectif pertinent du PNSP. Globalement, le PNSP répond au triple objectif qui lui avait été fixé : être la déclinaison de l'axe 1 de la Stratégie nationale de santé et pour les éléments concernant la

prévention contenus dans les autres axes et dans les volets spécifiques ; permettre l'intégration d'autres outils de l'action publique en santé publique comme les plans, stratégies ou feuilles de route élaborés pour aborder des problèmes spécifiques de pathologies, de comportements ou de populations particulières ; être un outil permettant de mobiliser différentes politiques autour d'un même objectif d'amélioration de la santé de la population. Cette analyse montre toutefois des faiblesses. C'est le cas de quelques objectifs de la SNS qui font l'objet d'objectifs opérationnels limités mais aussi de la politique de prévention à destination des enfants, des adolescents et des jeunes.

Lang, T. et Ulrich, V. (2017). Les inégalités sociales de santé : actes du séminaire de recherche de la DREES 2015-2016. Paris Drees: 294 , tab, graph., fig.

<http://drees.solidarites-sante.gouv.fr/etudes-et-statistiques/publications/recueils-ouvrages-et-rapports/ouvrages-thematiques/article/les-inegalites-sociales-de-sante-actes-du-seminaire-de-recherche-de-la-drees>

La Direction de la Recherche - des Études, de l'Évaluation et des Statistiques (DREES) du ministère chargé de la santé a conduit, entre juin 2015 et juin 2016, un séminaire de réflexion et de discussion sur les inégalités sociales de santé (ISS), animé par le professeur Thierry Lang de l'université de Toulouse et président du groupe de travail du Haut Conseil de la santé publique (HCSP) sur ce même thème. Ce séminaire a regroupé autour de cette question des chercheurs, des professionnels de santé, des acteurs associatifs, des élus, des représentants de différents ministères au niveau national et régional, des agences de santé et des collectivités locales. Les deux premières séances du séminaire ont eu pour objectif de recueillir l'expression des besoins de connaissances et d'outils des décideurs et acteurs de terrain pour la définition de politiques et d'actions visant à réduire les inégalités sociales de santé. Les quatre suivantes ont regroupé des interventions de chercheurs de différentes disciplines, autour des thèmes suivants : les inégalités sociales et territoriales de santé, la construction des inégalités au cours de la vie, les concepts et méthodes en évaluation, les interventions pour réduire les inégalités sociales de santé. Les contributions rassemblées dans cet ouvrage visent toutes, par le travail de concertation avec les acteurs, à faire progresser les connaissances et à identifier des besoins de recherche sur les inégalités sociales de santé.

Le Guludec, D., Ceretti, A. M., Lyon-Caen, O., et al. (2018). Stratégie de transformation du système de santé. Inscrire la qualité et la pertinence au coeur des organisations et des pratiques : Rapport final. Paris MSSPS: 30 , tab., graph., fig.

https://solidarites-sante.gouv.fr/IMG/pdf/masante2022_rapport_pertinence.pdf

Ce rapport rassemble les propositions de la stratégie de transformation du système de santé français sur l'aspect de l'amélioration de la qualité et de la sécurité des soins : mise au point d'indicateurs de qualité des soins, diffusion d'informations auprès des usagers, pertinence de soins....

Leguludec, P. p. et Julienne, K. p. (2018). Rapport d'analyse prospective 2018 : de nouveaux choix pour soigner mieux. Paris Haute Autorité de santé: 83.

www.has-sante.fr/portail/upload/docs/application/pdf/2018-07/rapport_analyse_prospective_2018.pdf

La Haute Autorité de Santé (HAS) s'est vue confier, par l'ordonnance du 26 janvier 2017, la mission annuelle de remettre au Parlement une analyse prospective comprenant des propositions d'amélioration de la qualité, de l'efficacité et de l'efficacité du système de

santé. Ce premier rapport prospectif 2018 rassemble 21 propositions pour agir et garantir sur le long terme un système de santé de qualité, efficient et équitable, tout en s'assurant que l'offre de santé répond aux priorités des usagers en France. Ce document préconise notamment "une gestion plus dynamique du panier de biens et services de santé pris en charge", qui devra "être portée par une forte volonté politique".

Longeot, J. F. (2019). Projet de loi relatif à l'organisation et à la transformation du système de santé : Avis de la Commission de l'aménagement du territoire et du développement durable. Paris Sénat: 137.

<http://www.senat.fr/rap/a18-515/a18-515.html>

Pour lutter contre les déserts médicaux, la commission de l'aménagement du territoire, saisie pour avis, a proposé un dispositif prévoyant un stage dans les zones sous-denses durant les études de médecine et salue l'adoption par le Sénat d'une disposition instaurant une année de pratique ambulatoire dans le troisième cycle en priorité dans ces zones.

Milon, A. (2019). Rapport sur le projet de loi relatif à l'organisation et à la transformation du système de santé. Paris Sénat: 931.

<http://www.senat.fr/rap/l18-524/l18-524.html>

Réunie le mercredi 22 mai 2019 sous la présidence de Gérard Dériot, vice-président, la commission des affaires sociales a examiné le rapport d'Alain Milon, président de la commission et rapporteur, et a établi son texte sur le projet de loi n° 404 (2018-2019) relatif à l'organisation et à la transformation du système de santé, adopté par l'Assemblée nationale et sur lequel le Gouvernement a engagé la procédure accélérée. 132 amendements ont été adoptés, dont 104 présentés par le rapporteur. La commission a regretté que le contenu du projet de loi présenté au Parlement, qui renvoie largement à des ordonnances ou décrets ultérieurs, y compris sur des sujets essentiels, forme davantage un cadre général d'orientations qu'une réforme structurante, en n'abordant ni la question de la gouvernance du système de santé, ni celle de son financement. Si le texte, qui comportait initialement 23 articles, en compte 50 de plus à l'issue de son examen par l'Assemblée nationale, il est pour l'essentiel composé de mesures disparates, souvent déclaratoires, qui peinent à former un ensemble cohérent. Tout en reconnaissant des inflexions positives, la commission s'est montrée réservée quant à la capacité du projet de loi, à l'intitulé pourtant riche de promesses, à opérer une réelle transformation de notre système de santé, alors que ce dernier a été décrit à juste titre comme « à bout de souffle » dans le diagnostic posé à l'issue de la « stratégie de transformation de notre système de santé » qui a constitué la genèse de ce texte. Intervenant juste trois ans après la loi « Santé » de 2016 et s'inscrivant largement dans la continuité de ses objectifs et de ses outils, la loi qui sera définitivement adoptée par le Parlement ne pourra réussir sur le terrain qu'à la condition que la déclinaison réglementaire ou par voie d'ordonnances des réformes esquissées et les moyens associés soient véritablement à la hauteur des enjeux.

Mesnier, T. et Carli, P. (2019). Rapport pour un pacte de refondation des urgences. Paris Ministère chargé de la santé: 259.

<https://solidarites-sante.gouv.fr/actualites/presse/article/pacte-de-refondation-des-urgences-20-decembre-2019>

Le rapport complet « Pour un pacte de refondation des urgences » a été remis par le député Thomas MESNIER et le professeur Pierre CARLI, le 20 décembre 2019. Il intègre les travaux de l'équipe projet associant le Dr. Laurent Brechat (médecin libéral à la maison de santé

pluridisciplinaire d'Avoine en Indre-et-Loire), le Dr. Patrick Goldstein (médecin chef du SAMU 59), le Dr. Alain Prochasson (médecin libéral à Metz et président de l'Association départementale de permanence des soins de Moselle) et Vanessa Solviche (cadre de santé du SAMU 57). Cette étude rassemble plusieurs préconisations. Le tome 1 aborde l'ensemble des pistes de réflexions pour participer à la refondation des urgences, dans la continuité de la stratégie « Ma Santé 2022 » avec une approche globale des parcours de soins urgents (amont, urgences en elles-mêmes et aval) ; le tome 2 analyse de manière plus approfondie et technique cinq mesures spécifiques : l'organisation du service d'accès aux soins, la gradation des services d'urgence, la réforme des transports médicalisés, la formation des médecins et les permanences d'accès aux soins de santé (PASS).

Ministère chargé de la Santé (2016). Stratégie nationale pour le développement de l'e-santé. Paris, Ministère chargé de la santé.

http://social-sante.gouv.fr/IMG/pdf/strategie_e-sante_2020.pdf

Le Ministère des Affaires sociales et de la Santé vient de publier la Stratégie nationale e-santé 2020. L'objectif de cette stratégie est d'intégrer, de manière innovante, les nouvelles technologies pour améliorer le fonctionnement de notre système de santé. Il s'articule autour de quatre axes. Le premier axe vise à mettre le citoyen au cœur du système de santé, notamment en simplifiant l'accès aux soins et en développant des services favorisant l'autonomie des patients. Le deuxième axe consiste à soutenir l'innovation des professionnels de santé. Il s'agit de développer des cursus de formation autour du numérique, de soutenir les projets en faveur de l'innovation numérique, mais aussi de développer des outils d'aide à la décision médicale. Les mesures du troisième axe entendent simplifier le cadre d'actions pour les acteurs économiques, en clarifiant, notamment, les voies d'accès au marché des solutions e-santé. Enfin, le quatrième et dernier axe concerne la modernisation des outils de notre système de santé, avec l'amélioration des systèmes d'information, de la veille et de la surveillance sanitaire.

Ministère chargé de la santé (2017). Stratégie nationale de santé 2018-2022. Paris Ministère chargé de la santé: 54.

https://solidarites-sante.gouv.fr/IMG/pdf/dossier_sns_2017_vdefpost-consult.pdf

Cette publication rassemble les principaux axes du projet de la stratégie nationale de santé pour 2018-2022. Le premier thème prioritaire concerne la prévention et la promotion de la santé, négligée de longue date au profit de l'approche curative. Ce premier axe recouvre notamment la promotion d'une alimentation saine et de l'activité physique, la prévention des maladies infectieuses, la lutte contre les addictions, la promotion de la santé mentale, ainsi que d'un environnement et de conditions de travail favorables à la santé, l'amélioration du dépistage et la prévention de la perte d'autonomie. Le second axe porte sur la lutte contre les inégalités sociales et territoriales d'accès à la santé. Il devrait en particulier englober le nouveau plan de lutte contre les déserts médicaux. L'objectif de ce second chantier est "de passer d'une approche en silo à une approche centrée sur les besoins des patients, avec des parcours organisés au niveau du territoire". Cette formulation très générale devrait s'éclaircir en octobre avec la présentation d'"un plan d'accès aux soins, qui sera ensuite complété". Le troisième axe vise l'amélioration de la pertinence et de la qualité des soins avec une réflexion sur l'évolution de la tarification à l'activité qui prenne davantage en compte les parcours, la qualité et la pertinence des soins et des actes. Cette préoccupation de la qualité devrait également passer par des évolutions dans la formation des professionnels.

Ministère chargé de la santé (2018). Ma santé 2022 : un engagement collectif, Paris : MSSPS
https://solidarites-sante.gouv.fr/IMG/pdf/ma_sante_2022_pages_vdef_.pdf

La stratégie, annoncée ce mardi 18 septembre par le président de la République, propose une transformation en profondeur du système de santé autour de 3 engagements prioritaires : Placer le patient au cœur du système et faire de la qualité de sa prise en charge la boussole de la réforme ; Organiser l'articulation entre médecine de ville, médico-social et hôpital pour mieux répondre aux besoins de soins en proximité ; Repenser les métiers et la formation des professionnels de santé.. Ce dossier de presse rassemble les propositions du gouvernement français sur le plan de transformation du système de santé à l'Elysée. Quatre mesures emblématiques ont été annoncées: la suppression du numerus clausus dès la rentrée 2020. La création de 4.000 postes d'assistant médical d'ici à 2022, avec la mission de décharger les médecins d'actes simples comme la prise de tension ou de température, le suivi des rendez-vous, et des tâches administratives. L'envoi de 400 médecins salariés dans les déserts médicaux. Ils seront recrutés dès l'année prochaine sur la base du volontariat. Et la fin de l'exercice isolé d'ici à 2022 via la mise en place de 1.000 communautés professionnelles de territoire de santé (CPTS). Par ailleurs, la part de la tarification à l'activité sera réduite à 50% des financements hospitaliers en 2022. Deux forfaits pour la prise en charge du diabète et de l'insuffisance rénale seront ainsi créés. Pour l'instant, seul l'hôpital est concerné. La médecine de ville sera ensuite impliquée et d'autres pathologies seront ciblées.

Ministère chargé de la santé (2018). Priorité prévention : rester en bonne santé tout au long de sa vie. Paris Comité interministériel pour la santé: 40.

https://solidarites-sante.gouv.fr/IMG/pdf/180326-dossier_de_presse_priorite_prevention.pdf

La promotion de la santé et la prévention constituent le premier axe de la Stratégie nationale de santé 2018 – 2022. La France connaît en effet un retard certain en la matière. La mortalité évitable y est très élevée. On meurt trop souvent trop jeune en France. Et une vraie politique de prévention permettrait de préserver près de 100 000 vies par an. Cette publication rassemble et analyse les 25 mesures phares proposée par la stratégie nationale de santé. Elle aborde tous les déterminants de la santé, environnementaux ou comportementaux et parcourt les différents âges de vie avec leurs spécificités, de la préconception à la préservation de l'autonomie de nos aînés.

Ministère chargé de la Santé (2018). Feuille de route de la santé mentale et de la psychiatrie. Paris : Ministère chargé de la santé: 31.

<https://solidarites-sante.gouv.fr/actualites/presse/dossiers-de-presse/article/feuille-de-route-sante-mentale-et-psychiatrie-jeudi-28-juin-2018>

La stratégie nationale de santé constitue le cadre de la politique de santé en France. Elle est définie par le Gouvernement et se fonde sur l'analyse dressée par le Haut Conseil de la santé publique sur l'état de santé de la population, ses principaux déterminants, ainsi que sur les stratégies d'action envisageables. L'un des axes concerne la santé mentale dont ce document décline la feuille de route pour les années à venir.

Ministère chargé de la santé (2019). Projet de loi relative à l'organisation et à la transformation du système de santé : avant-projet, Paris : Ministère chargé de la santé
<http://www.assemblee-nationale.fr/15/projets/pl1681.asp>

Ce texte constitue l'avant-projet de loi relative à l'organisation et à la transformation du système de santé. Cette loi sera examinée dans un calendrier restreint au cours du premier semestre 2019.

Ministère chargé de la Santé (2019). Ma santé 2022 : un engagement collectif. Où en sommes-nous des mesures d'accès aux soins dans les territoires ? Dossier d'information, Paris : Ministère chargé de la santé

<https://solidarites-sante.gouv.fr/actualites/presse/dossiers-de-presse/article/dossier-d-information-ma-sante-2022-un-engagement-collectif>

Le dossier d'information publié sur le site du ministère fait le bilan des résultats des outils que cette stratégie a développés pour lutter contre les déserts médicaux en accélérant le développement des communautés professionnelles territoriales de santé – et en adoptant de nouveaux leviers supplémentaires pour libérer du temps médical et redynamiser les soins de proximité.

Ministère chargé de la Santé (2019). Ma santé 2022 : un engagement collectif. Feuille de route "Accélérer le virage numérique" : dossier d'information, Paris : Ministère chargé de la santé

https://esante.gouv.fr/sites/default/files/media_entity/documents/190425_Dossier_virage_numerique_masante2022.pdf

Ce dossier présente les grandes orientations de la politique du numérique en santé dans le cadre de la stratégie Ma santé 2022. Les cinq grandes orientations de la politique du numérique en santé dans le cadre de la stratégie Ma santé 2022 sont les suivantes : - renforcer la gouvernance du numérique en santé ; - intensifier la sécurité et l'interopérabilité des systèmes d'information en santé ; - accélérer le déploiement des services numériques socles ; - déployer au niveau national des plateformes numériques de santé ; - soutenir l'innovation et favoriser l'engagement des acteurs.

Ministère chargé de la Santé (2019). Ma santé 2022 : un engagement collectif. Où en sommes-nous des mesures d'accès aux soins dans les territoires ? Dossier d'information, Paris : Ministère chargé de la santé

<https://solidarites-sante.gouv.fr/actualites/presse/dossiers-de-presse/article/dossier-d-information-ma-sante-2022-un-engagement-collectif>

Le dossier d'information publié sur le site du ministère fait le bilan des résultats des outils que cette stratégie a développés pour lutter contre les déserts médicaux en accélérant le développement des communautés professionnelles territoriales de santé – et en adoptant de nouveaux leviers supplémentaires pour libérer du temps médical et redynamiser les soins de proximité.

Ministère chargé de la Santé (2019). Ma santé 2022 : un engagement collectif. Feuille de route "Accélérer le virage numérique" : dossier d'information, Paris : Ministère chargé de la santé

https://esante.gouv.fr/sites/default/files/media_entity/documents/190425_Dossier_virage_numerique_masante2022.pdf

Ce dossier présente les grandes orientations de la politique du numérique en santé dans le cadre de la stratégie Ma santé 2022. Les cinq grandes orientations de la politique du numérique en santé dans le cadre de la stratégie Ma santé 2022 sont les suivantes : - renforcer la gouvernance du numérique en santé ; - intensifier la sécurité et l'interopérabilité des systèmes d'information en santé ; - accélérer le déploiement des services numériques socles

; - déployer au niveau national des plateformes numériques de santé ; - soutenir l'innovation et favoriser l'engagement des acteurs.

Ministère chargé de la Santé. (2019). Ma santé 2022 : Investir pour l'hôpital. Dossier de presse, Ministère des Solidarités et de la Santé

<https://solidarites-sante.gouv.fr/actualites/presse/dossiers-de-presse/article/dossier-de-presse-investir-pour-l-hopital-20-11-2019>

Le 20 novembre 2019, le Premier ministre, Édouard Philippe, et la Ministre des Solidarités et la Santé, Agnès Buzyn, ont annoncé 14 mesures pour accompagner l'hôpital dans les transformations qu'il engage avec Ma Santé 2022 et faciliter son fonctionnement au quotidien. Cet engagement pour l'hôpital, entièrement financé par de nouvelles ressources, se décline en 3 grands axes : 1-Renforcer l'attractivité des métiers et fidéliser les soignants 2- Lever les blocages de l'hôpital public 3-Réinvestir dans l'hôpital en lui donnant des moyens nouveaux et de la visibilité dans le temps. Concernant le volet personnel, des mesures d'accompagnement des débuts de carrière seront mises en œuvre ainsi que des mesures de revalorisation des métiers : augmentation de la prime d'engagement de carrière hospitalière, extension de l'indemnité temporaire de mobilité à la fonction publique hospitalière, réforme du statut de praticien hospitalier, allocation de primes pour le personnel soignant travaillant en Ile-de-France et gagnant moins que le salaire médian, etc. Des mesures sont également proposées pour mieux encadrer l'intérim médical et rémunérer les gardes médicales. Concernant le volet management et gestion hospitalière, des ressources supplémentaires sont débloquées avec un rehaussement de l'objectif national des dépenses d'assurance maladie (ONDAM) sur 2020-2022 pour un total de 1,5 Md€ et une reprise d'une partie de la dette hospitalière. Des mesures sont également proposées en matière d'administration et de management hospitalier : valorisation du management de proximité, allègement des procédures administratives...

OMS (2013). Santé 2020. Cadre politique et stratégie. Copenhague OMS Bureau régional de l'Europe: 200.

http://www.euro.who.int/_data/assets/pdf_file/0005/215258/Health2020-Long-Fre.pdf

En septembre 2012, la session du Comité régional de l'OMS pour l'Europe, les 53 pays de la Région européenne ont approuvé un nouveau cadre politique pour la Région : Santé 2020. Ce document porte essentiellement sur l'amélioration de la santé pour tous et la réduction des inégalités en matière de santé, grâce à une meilleure direction des efforts et de la gouvernance pour la santé. Il porte aussi sur les grands problèmes de santé d'aujourd'hui. Il désigne à l'action politique quatre domaines prioritaires et se veut novateur du point de vue des réactions à tous les niveaux et secteurs du gouvernement et de la société, en insistant sur la constitution d'atouts et d'un esprit de résilience au sein des collectivités, sur l'autonomisation et sur la mise en place d'environnements porteurs. Il décrit de façon détaillée les rôles accrus impartis aux services de santé publique et au système de santé. Santé 2020 a été approuvé sous deux formes : Un cadre politique européen à l'appui des actions pan gouvernementales et pan sociétales en faveur de la santé et du bien-être qui s'adresse aux dirigeants politiques et à ceux qui élaborent les politiques, et Santé 2020, cadre politique et stratégie, qui donne davantage de détails pratiques. Mettre en œuvre Santé 2020 dans les pays est désormais le défi ultra-prioritaire de la Région.

Opinionway (2017). Consultation Stratégie Nationale de Santé : novembre 2017. Paris Opinionway: 38.

https://solidarites-sante.gouv.fr/IMG/pdf/rapport_d_analyse_de_la_consultation_sns.pdf

Une consultation publique a été lancée en novembre 2017 pour recueillir l'opinion des Français sur le projet de la stratégie nationale de santé 2018-2022. Ce document présente la méthodologie de cette enquête ainsi que les propositions et observations recueillies.

Pon, D. et Coury, A. (2018). Stratégie de transformation du système de santé. Accélérer le virage numérique : Rapport final. Paris MSSPS: 33, tab., graph., fig.

https://solidarites-sante.gouv.fr/IMG/pdf/masante2022_rapport_virage_numerique.pdf

Engagés début mars 2018, les travaux sur le chantier « Numérique » de la Stratégie de transformation du Système de santé (STSS), sur le thème « Accélérer le virage numérique », avaient pour objectif d'aboutir pour fin juin 2018 à la production d'une feuille de route opérationnelle couvrant la période 2018-2022 et ayant pour but de renforcer le virage numérique dans le système de santé. Cette note présente, de façon synthétique, les principaux éléments de diagnostic ainsi que des propositions clés élaborées suite aux différentes consultations.

Premier Ministre (2019). Rester en bonne santé tout au long de la vie : Bilan sur la prévention lors du 2e Comité interministériel pour la Santé, Paris : Premier ministre

<https://solidarites-sante.gouv.fr/actualites/presse/dossiers-de-presse/article/comite-interministeriel-pour-la-sante>

Edouard Philippe a présidé le 25 mars 2019 à Noisiel (77) le second Comité interministériel pour la Santé réunissant pas moins de douze ministres sur les thématiques de la prévention et la promotion de la santé. A cette occasion ont été présentés les résultats marquants obtenus suite aux décisions prises il y a un an par le gouvernement concernant le tabac et l'effort engagé pour la vaccination. Quelque 600 000 fumeurs quotidiens ont arrêté le tabac lors du premier semestre 2018, qui s'ajoutent à la baisse d'un million qui avait été observée en 2017. Ces résultats sont dus aux différentes mesures prises pour lutter contre le tabac : augmentation progressive du prix du paquet jusqu'à 10 euros d'ici 2020, remboursement des substituts nicotiques par l'Assurance maladie et opération Mois sans tabac en novembre. Autres résultats mis en avant par l'exécutif : la couverture de la vaccination hexavalente (diphtérie, tétanos, poliomyélite, coqueluche, Haemophilus influenzae de type B et hépatite B) a augmenté de 93 % à 98 % selon les premières estimations ; le succès de l'expérimentation de la vaccination contre la grippe dans les pharmacies, qui permettra au gouvernement d'en généraliser le principe à partir du mois d'octobre 2019 ; près de 20 % de l'offre alimentaire est désormais couverte par le Nutri-Score ; 63 % des élèves ont été formés ou sensibilisés aux gestes de premier secours, soit 15 % de plus qu'en 2017. A l'occasion de ce comité, le Premier ministre a annoncé de nouvelles mesures de prévention destinées à accompagner les Français pour rester en bonne santé tout au long de leur vie, ces mesures portant notamment sur les thèmes de l'activité physique, l'alimentation et la lutte contre l'obésité. Le gouvernement s'est fixé plusieurs objectifs d'ici 2023 pour son action globale sur l'alimentation et l'activité physique : diminuer de 15 % l'obésité et stabiliser le surpoids chez les adultes, diminuer de 20 % le surpoids et l'obésité chez les enfants et adolescents, réduire le pourcentage de personnes âgées dénutries vivant à domicile ou en institution, réduire de 20 % le pourcentage des malades hospitalisés dénutris à la sortie d'hospitalisation. Il souhaite promouvoir la pratique sportive à tous les âges et dans tous les milieux. Il annonce vouloir détecter de manière beaucoup plus précoce les risques d'obésité et mieux orienter les patients vers les équipes compétentes. Enfin, pour réduire les recours inutiles aux antibiotiques, qui facilitent le développement de bactéries résistantes, Edouard Philippe va élargir l'accès aux tests rapides d'orientation diagnostique (TROD) pour les angines qui, dans

80 % des cas, ne nécessitent pas de traitements antibiotiques. Ce test est insuffisamment utilisé par les médecins généralistes (40 % l'ont commandé en 2017). D'ici le 1er janvier 2020, les tests TROD angine seront réalisables par les pharmaciens et remboursables par l'Assurance maladie. La concertation avec les professionnels de santé sur cette mesure se déroulera au cours de l'année 2019. Celle-ci sera essentielle pour éviter qu'une nouvelle fois cette mesure de bon sens pâtisse d'une mauvaise préparation et de la persistance de conflits qu'une coopération intelligente permet souvent de dépasser. Les TROD de l'angine étaient dans les faits déjà accessibles en pharmacie mais leur usage est resté largement confidentiel, Les nouvelles actions présentées le 25 mars viennent enrichir le Plan Priorité Prévention lancé en mars 2018 et la signature commune « J'agis pour ma santé » sera désormais associée à toutes les actions de prévention du gouvernement.

Pribile, P. et Nabet, N. (2018). Stratégie de transformation du système de santé. Repenser l'organisation territoriale des soins : Rapport final. Paris MSSPS: 22 , tab., graph., fig.
https://solidarites-sante.gouv.fr/IMG/pdf/masante2022_rapport_organisation_territoriale.pdf

Ce rapport rassemble les propositions de la stratégie de transformation du système de santé français sur l'aspect de l'organisation des soins sur le territoire : structuration du premier recours et des soins de proximité, création d'établissements de santé du territoire, organisation de coopérations dans les filières de soins entre public et privé, implications des usagers dans le système de santé.

Rousseau, A. et D'Autume, C. (2018). Stratégie de transformation du système de santé. Transformer les conditions d'exercice des métiers dans la communauté hospitalière : Rapport final. Paris MSSPS: 27 , tab., graph., fig.
https://solidarites-sante.gouv.fr/IMG/pdf/masante2022_rapport_adaptation_des_formations.pdf

Ce rapport rassemble les propositions de la stratégie de transformation du système de santé français sur la réforme des formations des professions de santé. Ces propositions, permettent non seulement d'esquisser le futur des formations de santé, mais surtout de leur donner plus de souplesse, plus d'évolutivité, et ainsi de répondre à l'accélération constante de l'innovation sous toutes ses formes dU système de santé. Parmi celles-ci, la volonté de créer une culture commune des professionnels de santé, de simplifier et de décloisonner les cursus de formation, de repenser leurs modes d'entrée et de régulation, d'intégrer les patients comme acteurs à part entière de ces sujets, ou de penser une logique de formation tout au long de la vie.

Saint-Andre, J. P. (2018). Suppression du Numerus clausus et de la PACES : Refonte du premier cycle des études de santé pour les métiers médicaux. Paris Ministère chargé de la santé: 22 , fig.+annexes.
<http://www.enseignementsup-recherche.gouv.fr/cid137245/refonte-du-premier-cycle-des-etudes-de-sante-pour-les-metiers-medicaux.html>

Le professeur Jean-Paul Saint-André a remis son rapport sur la refonte du premier cycle des études de santé à Frédérique Vidal, ministre de l'enseignement supérieur, de la recherche et de l'innovation et Agnès Buzyn, ministre des solidarités et de la santé. Sur la base des propositions contenues dans ce rapport, les ministres annonceront, dans le courant du mois de janvier 2019, les axes de la réforme du premier cycle des études de santé, ainsi que les modalités de poursuite de la concertation. Les travaux du groupe de travail appellent à "sortir d'un modèle unique d'entrée dans les études de santé". Deux modes d'accès seraient mis en place, le premier via un "portail santé", accessible sur Parcoursup ; le second reprendrait les expérimentations conduites dans seize universités depuis 2014

Tesniere, A., Rist, S. et Riom, I. (2018). Stratégie de transformation du système de santé. Adapter les formations aux enjeux du système de santé : Rapport final. Paris MSSPS: 53, tab., graph., fig.

https://solidarites-sante.gouv.fr/IMG/pdf/masante2022_rapport_adaptation_des_formationen.pdf

Ce rapport rassemble les propositions de la stratégie de transformation du système de santé français sur la réforme des formations des professions de santé. Ces propositions, permettent non seulement d'esquisser le futur des formations de santé, mais surtout de leur donner plus de souplesse, plus d'évolutivité, et ainsi de répondre à l'accélération constante de l'innovation sous toutes ses formes dU système de santé. Parmi celles-ci, la volonté de créer une culture commune des professionnels de santé, de simplifier et de décloisonner les cursus de formation, de repenser leurs modes d'entrée et de régulation, d'intégrer les patients comme acteurs à part entière de ces sujets, ou de penser une logique de formation tout au long de la vie.

Uzan, S. (2018). Rapport sur la re-certification des médecins : garantir l'amélioration continue de la qualité et de la sécurité des soins. Paris Ministère chargé de la santé: 69.

<http://www.assemblee-nationale.fr/15/rap-info/i1234.asp>

Ce rapport fait suite à près d'un an de travaux du comité de pilotage, présidé par le professeur Uzan et réunissant 14 personnalités du monde de la santé Les travaux de l'instance préconisent une "certification et une valorisation périodique du parcours professionnel et des acquis tous les 6 ans". Elle concernerait tous les médecins, et tous les modes d'exercice. Plus qu'un contrôle, la procédure proposée se veut un exercice de promotion et de valorisation, voire d'évolution des compétences. Ce dispositif devrait s'appliquer à tous les praticiens diplômés à partir de 2021 d'un troisième cycle rénové des études médicales. Pour rendre cette procédure incitative et donc simple et rapide, le rapport propose une dématérialisation à travers un espace personnel numérique attribué à chaque professionnel et de la faire reposer sur de l'auto-évaluation en grande partie. La recertification pourrait reposer sur 5 critères d'évaluation et un critère de valorisation. Elle s'appuierait sur un socle commun et un programme spécifique à chaque spécialité.

Vaillant, L., Bensadon, A.-C., Siahmed, H., et al. (2018). Mise en oeuvre du service sanitaire pour les étudiants en santé. Paris Igas ; Paris IGAENR: 102.

<https://www.ladocumentationfrancaise.fr/rapports-publics/184000110/index.shtml>

En septembre 2017, le Professeur Loïc Vaillant, ancien président de l'université François Rabelais de Tours et de la commission santé de la conférence des présidents d'université (CPU) a été chargé d'une mission visant à conduire des travaux permettant de définir les modalités de mise en oeuvre d'un service sanitaire pour tous les étudiants en santé qu'ils relèvent des filières médicales ou non médicales. Le service sanitaire s'inscrit dans le cadre de la stratégie nationale de santé, ce qui a été rappelé lors de la communication de la ministre des solidarités et de la santé du 30 août 2017 et lors du Comité de pilotage et de suivi (COFIL) du 22 décembre 2017, notamment ses deux premiers axes : la prévention et la promotion des comportements favorables à la santé ; ainsi que la lutte contre les inégalités, sociales et territoriales.

Wolf-Thal, C. (2018). Développer la prévention en France : 15 propositions pour renforcer le rôle des pharmaciens. Paris CNOP: 93.

<http://www.ordre.pharmacien.fr/content/download/429901/2024808/version/4/file/Rapport+-+D%C3%A9velopper+la+pr%C3%A9vention+en+France.pdf>

Construit autour de thématiques choisies parmi les orientations de la Stratégie nationale de Santé, ce rapport vise à illustrer le rôle et l'implication des pharmaciens dans la prévention et émet 15 propositions pour les renforcer. Des leviers de mise en oeuvre, nécessaires à la mise en pratique concrète de ces propositions, sont également mentionnés au sein du rapport.

ANALYSES D'ENSEMBLE

Articles

Appolis, B., Audoin, A., Beghin, J., et al. (2019). "La loi santé : un nouvel élan. Dossier thématique." *Revue Droit et Santé*(92): 836-963.

<https://www.bnds.fr/revue/rds/rds-92/>

Après avoir dressé à grands traits le contexte d'élaboration de la loi santé du 24 juillet 2019, ce numéro de droit et santé revient sur les principaux apports de la loi. Puis, il propose une analyse détaillée des dispositions à travers une vingtaine de contributions réparties autour de trois thématiques : 1-Décloisonnement des parcours de formation et des carrières des professionnels de santé 2-Structuration de l'offre de soins dans les territoires 3-Développement du numérique en santé. La dernière partie du numéro propose des regards croisés sur la loi : universitaire, directeur d'un centre hospitalier, secteur privé...

Appolis, B., Lequillier, C. et Morlet-Haidara, L. (2019). "La loi santé : un nouvel élan. Dossier thématique." *Journal De Droit De La Sante Et De L' Assurance Maladie*(24): 7-36.

Dix ans après la loi HPST, trois ans après l'adoption de la loi de modernisation de notre système de santé, une nouvelle loi a été publiée au Journal Officiel en juillet dernier. Cette loi n° 2019-774 du 24 juillet 2019 relative à l'organisation et à la transformation du système de santé a fait l'objet d'un colloque organisé dès le 1er juillet par l'Institut Droit et Santé et l'Ordre national des Infirmiers. Les communications présentées et les débats qui ont marqué cette manifestation ont permis d'explorer de nombreuses dispositions de la nouvelle législation, d'en comprendre les motifs et les objectifs tout en analysant les attentes et les demandes des acteurs du système de santé, professionnels et patients. Réforme majeure de la formation médicale, évolution de l'organisation des parcours de santé pour mieux répondre aux besoins des usagers du système de santé dans les territoires, développement du numérique sur le champ de la santé ... Les enjeux du texte sont considérables. Les trois articles composant ce dossier en est le reflet. Le premier s'intéresse aux enjeux des expérimentations de l'« article 51 » de la loi de Bulletin juridique du professionnel hospitalier financement de la sécurité sociale pour 2018. Le deuxième article examine la question de l'élargissement du champ de compétence dans le domaine de la vaccination. Enfin, le dernier article présente le dispositif "espace numérique de santé crée par la loi du 24 juillet 2019.

Berrier, S. (2019). ""Ma santé 2022" : des paroles aux actes." *Medecins : Bulletin De L'ordre National Des Medecins*(59): 1722.

Dans la perspective de la réforme du système de santé français avec le projet de loi "Ma santé 2022", le Conseil national de l'Ordre des médecins rappelle dans cet article les principes fondamentaux que les réformateurs ne devront pas oublier sous peine d'un nouvel échec.

Borgetto, M., Rousset, G., Bergoignan-Esper, C., et al. (2019/01-02). "Le plan "Ma santé 2022". Dossier." Revue de droit sanitaire et social (RDSS)(1): 3-83.

Ce dossier présente le plan « Ma santé 2022 » lancé en septembre 2018. Il présente différents points de vue et proposent des analyses de quelques-unes des mesures proposées. Certaines d'entre elles imposent la publication d'un texte de loi, probablement suivi d'ordonnances. D'autres n'appellent pas de nouvelles dispositions législatives.

Bourgueil, Y., Cash, R., Basset, B., et al. (2017). "Les réformes perpétuelles." Seve : Les Tribunes De La Sante(57): 21-61.

Ce numéro s'interroge sur les réformes perpétuelles de notre organisation sanitaire pour tenter d'en mesurer les effets, d'en comprendre les limites et d'en tirer des enseignements. Les thèmes choisis constituent un échantillon révélateur des mutations contrariées de notre système de santé : coordination des soins, financement des hôpitaux, prévention de l'alcoolisme, remboursement des soins dentaires, tarification à l'acte et accompagnement de la fin de la vie.

Clément, J.-M. (2019). "La future "transformation" du système de santé : 2018-2022. Partie 1. Bulletin juridique du professionnel hospitalier(220) : 15-18.

C'est dorénavant un rite, chaque législature s'essaie à une réforme hospitalière, voire, à une transformation du système de santé. En 2019, c'est le gouvernement du Premier ministre Edouard Philippe qui prépare une loi cadre qui sera accompagnée d'ordonnances. Ce premier gouvernement du quinquennat Macron veut accélérer les réformes concernant la santé, avec pour ambitions de repenser l'organisation territoriale des soins (I), d'inscrire la qualité et la pertinence des soins au coeur des organisations et des pratiques (II), d'adapter les formations aux enjeux numériques du système de santé (III), d'accélérer le virage numérique (IV), de transformer les conditions d'exercice des métiers dans la communauté hospitalière (V), enfin de réformer les modes de financement et de régulation (VI). Dans cet article, Jean-Marie Clément se penche sur les dispositions de la future réforme à partir notamment des rapports préparatoires (rapport Pribile-Nabet, rapport Tesnière-Rist-Riom...). Il examine dans cette première partie les premiers points de la réforme: organisation territoriale des soins, qualité et pertinence des soins, formations.

Clément, J. M. (2019/10). "La future "transformation" du système de santé : 2018-2022 (partie 2)." Bulletin juridique du professionnel hospitalier(221): 12-18.

Dans cet article, Jean-Marie Clément se penche sur les dispositions de la future réforme et examine les propositions des rapports préparatoires. Il se focalise ici sur les derniers points de la réforme : conditions d'exercice à l'hôpital, accélération du numérique, modes de financement et de régulation.

CNEH (2019). Ma santé 2022: Tout comprendre en 22 fiches, CNEH

<https://books.google.fr/books?id=w181zAEACAAJ>

De Montalembert, P. (2018/10). "Ma santé 2022 : L'ambition... mais quels moyens ?" Gestions hospitalières(579): 494-499

Le 18 septembre 2018, le président de la République a présenté les grandes orientations de la stratégie de transformation de notre système de santé (STSS), aussi dénommée «Ma santé

2022». Marqué par un mot d'ordre, décloisonner, ce plan comprend dix mesures phares (financement au forfait, développement des communautés professionnelles territoriales de santé, labellisation d'hôpitaux de proximité...). Il met en œuvre une réforme considérable de l'organisation et de l'offre hospitalière, à peine plus de trois ans seulement après la publication de la loi de modernisation de notre système de santé. Il nécessitera toutefois de nombreux arbitrages et devra faire l'objet d'un projet de loi en 2019...ce qui peut occulter ses chances de réussite.

Destombes, C. (2018/12). "Ma santé 2022 veut soigner l'hôpital : dossier." Gazette santé social (La)(157): 15-22.

Le plan Ma santé 2022, qui entre dans sa phase opérationnelle, affiche une ambition de réforme structurelle dans un contexte de burn-out des professionnels, d'inégalités d'accès aux soins et de budget contraint. Retour sur les mesures emblématiques du plan (déploiement des communautés professionnelles territoriales de santé, labellisation «hôpitaux de proximité», adaptation de la T2A..) et sur les réticences qu'elles peuvent susciter.

Destombes, C. (2019). "La loi Santé mobilise les territoires. Dossier." Gazette santé social (La) <https://www.gazette-sante-social.fr/54437/la-loi-sante-mobilise-les-territoires>

La loi relative à l'organisation et à la transformation du système de santé a été publiée au Journal officiel le 26 juillet. Elle décline trois axes du plan Ma santé 2022: la réforme des études de santé, la mobilisation de collectifs de soins sur les territoires et le développement du numérique en santé. Pour répondre aux défis des déserts médicaux, de la démographie médicale et de la chronicisation des maladies, elle mise sur les dynamiques locales et donne quelques contre-pouvoirs aux élus locaux. Un premier pas salué dans ses intentions. Mais l'absence de mesures coercitives et d'incitations financières et une vision peut-être un peu trop sanitaire font douter les acteurs de son efficacité.

Granger, B. (2019). "« Ma santé 2022 » : un plan ambitieux, des moyens limités." Le Débat **203**(1): 98-108. <https://www.cairn.info/revue-le-debat-2019-1-page-98.htm>

Gey-Coue, M. (2019). "Ma santé 2022 : revue de rentrée." Gestions hospitalières(589): 518-520.

Depuis son lancement officiel le 18 septembre 2019, le plan "Ma santé 2022" se met doucement mais sûrement en place. Le dossier de presse annonçait neuf chantiers et un projet de loi parmi lesquels cinq actions prioritaires avaient été identifiées dès le début des travaux en novembre : mise en place des communautés professionnelles territoriales de santé (CPTS), déploiement de 4 médecins généralistes dans les territoires prioritaires, création des assistants médicaux, labellisation des hôpitaux de proximité et réforme des études médicales. Cet article fait le point sur l'avancée de ces chantiers.

Meidani, A. (2018). "Ma santé 2022 ou l'ubérisation de la médecine." Cahiers De La Sante Publique Et De La Protection Sociale (Les)(30): 9-13.

Cet article a pour but de décrypter les propositions de "Ma santé 2022", à l'aune des attentes : celle du développement de la prévention, celle de la lutte contre les déserts médicaux, symbolisée par l'exigence de la suppression du numerus clausus, celle de la proximité et de la continuité des soins. Pour l'auteur, le changement de paradigme de la réforme revendiqué

par le Président de la République comme ayant pour but de «recentrer le système autour du patient» s'avère la fin de l'hôpital public au nom du décloisonnement avec le secteur privé.

Moatti, S. (2018). ""Le plan santé évite les sujets qui fâchent" : entretien avec Brigitte Dormont." L'Économie politique **80**(4): 8-16.

<https://www.cairn.info/revue-l-economie-politique-2018-4-page-8.htm>

RésuméLe plan "Ma santé 2022" présenté par le gouvernement a le mérite de s'intéresser à l'organisation de la médecine de proximité. Mais ne misant que sur le volontariat, n'engageant que de faibles moyens financiers et, surtout, ne touchant pas aux circuits de financement, son impact risque d'être limité.

Rauch, F., Domin, J. P., Prudhomme, C., et al. (2019). "Le dossier : la loi "Ma santé 2022"." Cahiers De La Sante Publique Et De La Protection Sociale (Les)(32): 47-56.

Ce dossier rassemble des analyses critiques sur le projet de loi d'organisation et de transformation du système de santé "Ma santé 2022". Elles soulignent notamment l'ultra libéralisme du projet et avancent différentes revendications en vue d'amender le projet.

Rist, S. et et al. (2019). "La loi d'organisation et de transformation du système de santé." pp.9-49.

Le dossier présente les comptes-rendus de la journée thématique de la Fédération de l'hospitalisation privée organisée le 25 juin 2019 à Paris avec de nombreux invités.

Saison, J. (2019). "Une nouvelle réforme en faveur de l'unité du système de santé." pp.2488-2495.

La loi n° 2019-774 du 24 juillet 2019 relative à l'organisation et à la transformation du système de santé marque une nouvelle étape de la construction du système de santé. Elle s'inscrit dans la continuité des réformes législatives intervenues depuis 2009 en redessinant les contours de l'organisation des soins sur les territoires de santé tout en assurant de nouvelles connexions entre les acteurs de santé, connexions indispensables à l'amélioration du fonctionnement du système de santé. (R.A.)

Saisons-Demars, J., Vioujas, V., Poirot-Mazeres, I., et al. (2019). "La loi du 24 juillet 2019 et le plan "Ma santé 2022", une nouvelle réforme du système de santé." Revue Generale De Droit Medical(72): 11-125.

La mise en oeuvre du plan "Ma santé 2022" a abouti à l'adoption de la loi n° 2019-774 du 24 juillet 2019 relative à l'organisation et à la transformation du système de santé. Ce dossier spécial souhaite apporter un éclairage des points-clefs introduits par ce nouveau texte.

Vaysette, P. (2017). "Vers une Stratégie nationale de santé pour 5 ans." Esop : La Revue Des Soins Primaires(6): 6-7.

La Stratégie nationale de santé 2017-2022 sera fixée par décret pour cinq ans, fin 2017. Elle comporte 4 axes : la prévention, la lutte contre les inégalités sociales et territoriales d'accès à la santé, la pertinence et la qualité des soins ainsi que l'innovation.

Vialla, F. et Brechat, P. H. (2019). "La loi relative à l'organisation et à la transformation du système de santé." Revue Droit & Sante(92): 834-963.

Ce numéro spécial de la revue Droit & Santé fait une analyse de la loi relative à l'organisation et à la transformation du système de santé de 2019 sous les aspects suivants : décloisonnement des parcours de formation et des carrières des professionnels de santé, structuration de l'offre de soins dans les territoires et développement du numérique en santé.

Ouvrages, rapports

Bertrand, D., Bontoux, D., Plouin, P. F., et al. (2019). Analyse du plan « Ma Santé 2022, un engagement collectif? » et propositions de l'Académie nationale de médecine. Paris Académie nationale de médecine: 11.

www.academie-medecine.fr/wp-content/uploads/2019/03/Ma-sant%C3%A9-2022-version-18-mars.pdf

L'Académie nationale de médecine a pris connaissance du plan « Ma santé 2022, un engagement collectif? », proposé par le ministère des Solidarités et de la Santé, et en approuve les principales mesures. Le présent rapport résume l'analyse de l'Académie, formule des remarques portant sur plusieurs omissions, dont celle de la prévention, et propose neuf priorités portant notamment sur la réorganisation territoriale des soins, les nouveaux partenaires, la gouvernance hospitalière et l'apport du numérique.

ANALYSES PONCTUELLES

Apollis, B. (2019). "La réforme au long cours des autorisations sanitaires." Revue de droit sanitaire et social (RDSS)(3): pp.87-98.

Le régime des autorisations sanitaires existe depuis la fin des années 1960. Il a fait l'objet de multiples réformes depuis lors. Après une première série de textes issus de la loi n°2016-41 du 26 janvier 2016 (ordonnance du 3 janvier 2018 relative à la simplification et à la modernisation des régimes d'autorisation des activités de soins et d'équipements matériels lourds, décret n°2018-117 du 19 février 2018), la réforme se poursuit avec les dispositions de l'article 36 de la loi n°2019-774 du 24 juillet 2019 relative à l'organisation et à la transformation du système de santé. Au gré de chaque étape de la réforme, le droit des autorisations sanitaires évolue afin de le mettre en adéquation avec les objectifs politiques poursuivis actuellement, comme l'amélioration de la gradation et de la qualité des soins. Cette évolution s'accompagne également d'une dégradation des droits ouverts par les autorisations sanitaires au profit de leurs titulaires.

Bousquet, M., Coquelin, S., Germain, A., et al. (2020). Les hôpitaux de proximité peuvent-ils contribuer à améliorer l'accès aux soins ? Rennes : Ehesp

La loi relative à l'Organisation et à la Transformation du Système de Santé du 24 juillet 2019 vise à restructurer le système de santé par le biais notamment des hôpitaux de proximité. Ces établissements seront positionnés en pivot entre le secteur ambulatoire et le secteur hospitalier. Les hôpitaux de proximité assureront le premier niveau hospitalier de la gradation des soins et orienteront si besoin les patients vers des structures adaptées. Les hôpitaux de proximité devront assurer une accessibilité aux soins et répondre aux besoins de la population et des professionnels, ils ont en charge de développer les liens et les collaborations et d'animer des réseaux. Le cadre offert par ces établissements pourra faire émerger des nouvelles modalités de travail et des nouveaux métiers. Pour accomplir les missions qui lui sont assignées et améliorer l'accessibilité aux soins l'hôpital de proximité devra réussir à associer et faire travailler ensemble des partenaires avec des cultures différentes. L'épidémie du Covid-19 a montré que les organisations pouvaient s'adapter rapidement, se décroiser pour répondre aux besoins de santé de la population, ce qui laisse envisager des perspectives optimistes pour les hôpitaux de proximité. Les futures adaptations envisagées de la gouvernance, des autorisations et des modes de financement pourront devenir des outils supplémentaires que les hôpitaux de proximité pourront mobiliser pour garantir une accessibilité aux soins de qualité. (R. A.)

Cappellari, A. (2019). "Les négociations conventionnelles sur les assistants médicaux et les CPTS : un levier en faveur de l'accès aux soins." Revue générale de droit médicale(72): pp.65-86.

Les négociations conventionnelles, qui s'inscrivent dans le cadre du plan « Ma santé 2022 », constituent un levier en faveur de l'accès aux soins. Elles ont débouché sur la conclusion d'un avenant à la convention médicale nationale, portant sur la création d'une nouvelle fonction d'assistant médical, et sur un accord conventionnel interprofessionnel en faveur du développement de l'exercice coordonné et du déploiement des communautés professionnelles territoriales de santé. Ces textes ont notamment eu pour objectif de déployer un système de financement pérenne. Malgré ses limites, cette évolution contribue au décroisement du système de santé français ainsi qu'au développement de l'interprofessionnalité et de l'exercice coordonné, suivant un mouvement déjà enclenché au sein d'autres pays. (R.A.)

Charbonnel, A. (2019). "Gestion des ressources humaines : Quelle place de l'établissement support du GHT ?": pp.10-12.

La certification, concept en application dans de nombreux pays, va-t-elle voir le jour en France pour les professionnels de santé ? C'est en tout cas ce qui est annoncé dans la récente loi relative à l'organisation et à la transformation du système de santé, qui s'appuie sur les préconisations du rapport du Pr Serge Uzan, président du comité de pilotage sur la recertification, « Exercer une médecine de qualité grâce à des connaissances et des compétences entretenues », remis en novembre 2018. (R.A.)

Charbonnel, A. (2019). "Droit en santé. La (re)certification des professionnels de santé." Gestions hospitalières(588): 454-456.

La question fut peu abordée dans la loi de modernisation de notre système de santé de 2016 et ses textes d'applications : quelle place de l'établissement support du groupement hospitalier de territoire (GHT) en termes de gestion des ressources humaines ? Les enjeux sont réels, qu'il s'agisse de l'accompagnement des réorganisations des fonctions mutualisées (système d'information, achats, information médicale et formation) ou gérées en commun (pharmacie imagerie, biologie). Avec la future loi relative à l'organisation et à la transformation du système de santé, issue du plan « Ma Santé 2022 », le rôle de l'établissement support est appelé à prendre davantage d'ampleur, notamment dans la gestion des affaires médicales. (R.A.)

Chesnais, G.,(2019). Mutualisation de la gestion des ressources humaines médicales au sein des groupements hospitaliers de territoire. L'illustration d'une démarche intégrative. Rennes : Université de Rennes 1 ; Ehesp.

Face à la permanence des défis à relever dans les établissements publics hospitaliers français (pénurie médicale et problématique d'accès aux soins sur un territoire), un acte II des GHT s'est très récemment écrit avec la loi n° 2019-774 du 24 juillet 2019 relative à l'organisation et à la transformation du système de santé. Cette actualité législative concerne notamment les ressources humaines médicales dont elle impose désormais la mutualisation obligatoire. Cette évolution législative interroge sur l'impact de la mutualisation des ressources humaines médicales dans le cadre des GHT. Entre faculté et obligation, coopération et délégation, ce nouveau texte législatif pose la question du niveau d'intégration des établissements publics de santé recherché par le législateur. (R. A.)

Clément, J.-M. (2019). "La future "transformation" du système de santé : 2018-2022. Partie 1." Bulletin juridique du professionnel hospitalier: pp.15-18.

D'un côté, la loi Buzyn doit apporter des changements en créant un nouveau statut pour les praticiens hospitaliers (PH) et un contrat unique. Les médecins hospitaliers pourront aussi partager leur temps de travail entre l'hôpital et le secteur libéral. D'un autre côté, la loi prolonge les rapports des précédentes réformes : d'abord elle renforce l'intégration des établissements au sein des GHT en mutualisant la gestion des ressources humaines médicales, ensuite la loi s'avance un peu plus vers l'e-santé. (R.A.)

Collet, L. (2019). "Numerus clausus et accès aux études de médecine : bases juridiques." Les Tribunes de la santé **59**(1): 47-61.

<https://www.cairn.info/revue-les-tribunes-de-la-sante-2019-1-page-47.htm>

Depuis la loi du 12 juillet 1971 instaurant le numerus clausus et la sélection en fin de première année de médecine, le nombre de médecins formés a subi d'importantes variations : plus de 8 000 formés par an en 1972, 3 500 en 1993 et plus de 8 000 en 2018. Les critiques nombreuses sur le taux d'échec et l'existence de zones sous-denses en médecins ont conduit à proposer la suppression du numerus clausus à compter de la rentrée universitaire 2020. Cet article retrace l'évolution des textes législatifs et réglementaires relatifs à la sélection des étudiants en médecine depuis 1971.

Conti, B., Baudet-Michel, S. et Le Neindre, C. (2020). "Envisager la rétraction d'un équipement dans le système urbain français : le cas des lits d'hospitalisation en court séjour." Geographie Economie Societe **22**(1): 5-33.

<https://www.cairn.info/revue-geographie-economie-societe-2020-1-page-5.htm>

Cet article propose d'analyser, à travers la notion de rétraction, l'évolution du nombre de lits d'hospitalisation à temps complet (séjour supérieur à un jour) en médecine, chirurgie ou gynécologie-obstétrique dans les villes de France métropolitaine sur la période 2000-2016. La notion de rétraction, utilisée dans les travaux sur la décroissance urbaine, est ici mobilisée afin de mettre l'accent sur le retrait de cet équipement de soins dans le système des villes. Après avoir présenté la manière dont la distribution spatiale des hôpitaux a été pensée et modifiée par l'État au cours des 50 dernières années, la rétraction des lits d'hospitalisation est interrogée dans sa relation à l'organisation du système urbain : affecte-t-elle davantage les petites villes ? Affecte-t-elle de manière préférentielle les villes en décroissance ? Plusieurs indicateurs de rétraction sont proposés pour répondre à ces questions. La rétraction par diminution permet de mettre en valeur une évolution qui a affecté la quasi-totalité du système urbain. La rétraction par disparition concerne davantage les petites villes et les villes en décroissance. D'une manière générale, les grandes villes sont moins touchées par la rétraction des lits hospitaliers que les villes petites et moyennes.

Copin, J.-Y. (2020). "Médecins étrangers à l'hôpital : vers la fin du recrutement direct par les établissements." Gestions hospitalières(601): pp.616-618.

La loi relative à l'organisation et à la transformation du système de santé a rénové la procédure de droit commun d'autorisation d'exercice en substituant au recrutement direct, de gré à gré, par les établissements de santé des praticiens lauréats des épreuves de la procédure d'autorisation d'exercice (PAE) un système d'affectation ministérielle subordonnée par un rang de classement. De même, elle met fin à la possibilité pour les établissements de recruter des médecins titulaires de diplômes obtenus dans un État membre de l'UE mais ne répondant pas aux règles d'équivalence (procédure Dreessen) ou titulaires de diplômes obtenus dans un État tiers à l'UE mais reconnus dans un État membre (procédure Hocssman). Ainsi, en d'autres termes, à l'horizon du 1er janvier 2022, il ne sera plus possible pour un établissement de santé de recruter directement ces médecins. Une nouvelle fois, le pouvoir législatif a créé une procédure dérogatoire concernant les médecins recrutés illégalement, afin de leur permettre d'obtenir une autorisation d'exercice temporaire. En substituant au recrutement direct une procédure d'affectation, les recrutements dérogatoires, dans la pratique conséquence de la pénurie médicale, ne pourront devenir qu'un souvenir lointain... (R.A.)

Delnatte, J.-C. (2019). "Les incidences financières de la loi n° 2019-774 du 24 juillet 2019 pour les de santé." Finances hospitalières(139): pp.2-6.

La loi n° 2019-774 du 24 juillet 2019 relative à l'organisation et à la transformation du système de santé n'a pas vocation à réformer le mode de financement des établissements de santé mais comporte des dispositions qui peuvent avoir une incidence financière, directe ou indirecte, pour ceux-ci. Elles sont présentées dans cet article. (R.A.)

Drexler, A. (2019). "Réforme du 2e cycle des études médicales : Quels changements pour les publics de santé ?" Revue hospitalière de France(588): pp.22-23.

La réforme du 2e cycle des études médicales (ou « R2C ») était envisagée depuis la mission conduite à l'automne 2017 par le Pr Dubois-Randé et Quentin Hennion-Imbault. Dans le cadre des annonces présidentielles de «Ma Santé 2022», sont prévues la réforme du 2e cycle des études médicales et la suppression des épreuves classantes nationales « pour une orientation tenant mieux compte des compétences et aptitudes des élèves et de leur projet professionnel », qui se formalise par l'annonce d'un décret préparant cette réforme dans le projet de loi relatif à l'organisation et à la transformation du système de santé. En quoi cette nouvelle réforme est-elle source de changements pour les établissements publics de santé ? Que faut-il en retenir d'un point de vue pédagogique ? Et surtout, quels impacts organisationnels à venir ? (R.A.)

Farhi, F. (2019). "Pour une approche stratégique des trajectoires d'intégration." Gestions hospitalières(586): pp.283-286.

La volonté des acteurs sur le terrain, encouragée par le projet de loi relatif à l'organisation et à la transformation du système de santé, ouvre des possibilités accrues d'intégration des établissements au sein des GHT. Depuis 2016, on constate une diversité d'ambitions parmi les réalisations issues des projets médicaux partagés et des modalités d'organisation des fonctions obligatoires. Une hétérogénéité des situations des GHT, associée à l'ampleur des thèmes possibles d'intégration (au nombre de 26), qui rend indispensable l'élaboration d'une stratégie de coopération et d'une trajectoire d'intégration pour éviter de se perdre en chemin... (R.A.)

Halley Desfontaines, V. et Czernichow, P. (2018). "Santé des personnes sous-main de justice." Actualité Et Dossier En Santé Publique(104): 7-50.

En publiant l'avis sur l'évaluation de la stratégie santé des personnes placées sous-main de justice, le Haut Conseil de la santé publique a rappelé que ces personnes devaient bénéficier de la logique globale de la stratégie nationale de santé, privilégiant la promotion de la santé, la prévention, la lutte contre les inégalités d'accès aux soins, la qualité de ces soins, leur sécurité et leur pertinence. Dire que les états de santé conditionnent la réinsertion des personnes placées sous-main de justice est une évidence. Il s'agit donc de leur garantir un accès aux soins équivalent à celui dont bénéficie par principe la population générale. Cela implique, si la population sous-main de justice est exposée à des risques spécifiques, qu'ils soient identifiés, que l'information soit connue, et que la réponse apportée soit adéquate. Longtemps on a parlé de la santé des seuls détenus sous la responsabilité de l'administration pénitentiaire. L'expression « personnes placées sous-main de justice » élargit la focale et englobe toute « personne confiée » aux services de la justice, selon le terme choisi par l'administration en charge de la protection de la jeunesse.

Hassenteufel, P., Naiditch, M. et Schweyer, F. X. (2020). "Les réformes de l'organisation des soins primaires : perspectives multi-situées - Avant-propos." Revue Française Des Affaires Sociales(1): 11-31.

<https://www.cairn.info/revue-francaise-des-affaires-sociales-2020-1-page-11.htm>

La réorganisation des soins de proximité est au cœur de l'agenda des réformes actuelles. Ainsi, le plan Ma santé 2022, annoncé par le Président de la République en septembre 2018, fait du renforcement du premier recours l'un de ses principaux objectifs – que l'on retrouve dans la loi sur la transformation du système de santé votée en juillet 2019. Cette orientation actuelle des politiques de santé n'est ni propre à la France, comme le montrent les autres cas nationaux présentés dans ce numéro, ni récente. Dans le cas français, elle remonte aux années 1990, avec le renforcement du rôle du médecin généraliste (mise en place du système du médecin référent en 1997, puis du médecin traitant en 2004), l'accent mis sur les soins de premier recours dans la loi HPST (Hôpital, patients, santé, territoires) et l'appel au « virage ambulatoire », qui s'est fait de plus en plus insistant dans les discours publics et les annonces ministérielles de ces dernières années. Cette réorganisation des soins primaires apparaît dès lors comme la réponse à toute une série de problèmes publics construits au xxie s., en particulier l'existence de déserts médicaux dans un nombre croissant de territoires ruraux, périurbains et même urbains ainsi que la crise des urgences renvoyant à la saturation des hôpitaux publics. Comme l'illustre le rapport du Haut Conseil sur l'avenir de l'Assurance maladie, rendu public en mai 2018, l'organisation des soins est au cœur de la stratégie de réforme du système de santé...

Keller, C. (2019). "L'an II du groupement hospitalier de territoire : un processus intégratif confirmé, une légitimité faiblement renforcée." Revue Generale De Droit Medical(72): pp.51-64

La nouvelle réforme du système de santé poursuit l'intégration territoriale des hôpitaux au sein des groupements hospitaliers de territoire et met en cohérence, avec le projet médical partagé, la gestion des ressources humaines médicales et la gouvernance médicale. Mais le parcours patient est incompatible avec une coopération exclusivement hospitalière.

Lesné, C. (2019). "GRH médicale et gouvernance médicale dans le projet de loi "Ma santé 2022". " Revue hospitalière de France(586): pp.18-22.

Le projet de loi relatif à l'organisation et à la transformation du système de santé contient plusieurs dispositions appelées à traduire juridiquement les objectifs du plan «Ma santé 2022». Est retranscrit, aux articles 6 et 10, l'objectif de transformation du modèle de gestion des ressources humaines médicales à l'hôpital et de simplification de l'exercice médical sur le territoire. Retour sur les mesures prévues (suppression du concours d'entrée et création d'un statut unique de praticien hospitalier...) et leurs différentes implications concernant le rôle des tutelles, le développement de l'exercice mixte ville/hôpital et la mutualisation de la GRH médicale au sein des GHT.

Masurel, M. (2019). "Évolution du dispositif des protocoles de coopération." Revue hospitalière de France(590): pp.10-12.

Depuis 2009, le cadre juridique des protocoles de coopération issus de la loi Hôpital, patients, santé, territoires (HPST) a évolué et évolue encore. Deux lois sont venues compléter ce chapitre. Vient aujourd'hui rénover ce dispositif à l'impact jusqu'alors limité la récente loi relative à l'organisation et à la transformation du système de santé, issue du plan «Ma santé 2022». Les protocoles de coopération bénéficient-ils d'un nouvel élan ? (R.A.)

Moisy, M. (2018). "Les Français vivent plus longtemps, mais leur espérance de vie en bonne santé reste stable." Etudes Et Resultats (Drees)(1046): 2.

<http://drees.solidarites-sante.gouv.fr/etudes-et-statistiques/publications/etudes-et-resultats/article/les-francais-vivent-plus-longtemps-mais-leur-esperance-de-vie-en-bonne-sante>

[BDSP. Notice produite par MIN-SANTE In9A9R0x. Diffusion soumise à autorisation]. En 2016, l'espérance de vie en bonne santé s'élève en France à 64,1 ans pour les femmes et à 62,7 ans pour les hommes. Elle est stable depuis dix ans. Parallèlement, l'espérance de vie en bonne santé à 65 ans, qui s'établit à 10,5 ans pour les femmes et 9,4 ans pour les hommes, a augmenté au cours de cette période : respectivement +0,9 an et +0,8 an. Ces évolutions s'inscrivent dans un contexte de progression de l'espérance de vie à la naissance. En 2016, celle-ci atteint 85,3 ans pour les femmes et 79,3 ans pour les hommes. Alors que la France occupe l'une des meilleures places en matière d'espérance de vie à la naissance, elle est assez proche de la moyenne européenne pour l'espérance de vie en bonne santé.

Noussembaum, G. (2020). "Dossier. Hôpitaux de proximité : faut-il un GHT-exit ?" Décision & Stratégie Santé(319): pp. 6-15.

Les hôpitaux de proximité sont au cœur de "Ma santé 2022". Pourtant les négociations en cours révèlent de profondes fractures entre les acteurs locaux et nationaux. Avec en ligne de mire le ressentiment provoqué par la constitution à la hussarde des GHT. Comment dans ce contexte éviter l'enlèvement ? (R.A.)

Roche, R. (2019). Piloter la performance globale des GHT, LEH Edition

La problématique soulevée par ce travail d'audit se situe à l'interface du nouveau management public et du contrôle de gestion des coopérations interorganisationnelles, voire de la gestion des ressources humaines. Elle s'inscrit dans la continuité des études menées autour de la transformation des hôpitaux publics (T2A, contrats de retour à l'équilibre financier, coopérations, restructurations, fusions, partenariats public-privé, certification...), et plus encore de la loi de modernisation de notre système de santé en date de 2016. Plus spécifiquement, cet audit répond à la commande de la mesure du périmètre d'application du service public hospitalier au sein des réseaux territorialisés d'organisations hospitalières. L'objectif visé par cet ouvrage est de modéliser et de mettre au service du décloisonnement de la prise en charge du patient un outil de gestion intégratif du parcours de soins du patient. En partant de l'hypothèse selon laquelle la recomposition en réseau du système hospitalier contribuerait à déjouer les grandes dichotomies sur lesquelles s'est construite l'action publique, et donc à reconstruire par hybridation le mode de gestion du service public hospitalier, l'auteure met en évidence que la mise en intelligence collective de la recomposition territoriale de l'offre de soins contribue à la territorialisation du service public hospitalier par l'inscription de la prise en charge du patient dans une réponse globale décloisonnée des modes de gestion et de financement de ses besoins de soins, et donc en pratique au passage d'une logique de leadership à celle de partnership. L'audit, mené de 2016 à 2018 sur la base d'une convention de partenariat avec un GHT de la région Occitanie, a pour objet un réseau territorialisé d'organisations hospitalières regroupant 9 établissements de santé publics de taille hétérogène, dont un CHU assure par délégation de compétences la gestion des actions et des fonctions supports depuis le 30 juin 2016. (R.A.)

Schmidt, T., Misse, C., Lussiez, C., et al. (2017). "Conduite du changement et pilotage de l'innovation : L'exemple du GHT Ile-de-France Sud." pp.28-31.

Parmi les mesures de la loi du 26 janvier 2016 de modernisation de notre système de santé, l'article 107 institue l'obligation, pour chaque établissement public de santé, de participer – sauf dérogation – à un groupement hospitalier de territoire (GHT). Cette réforme nécessite l'organisation d'une conduite du changement (appelée aussi « pilotage de l'innovation »). Selon une définition courante, c'est « l'ensemble des méthodes, techniques et moyens à mettre en œuvre pour accompagner une transformation dans des conditions optimales de réussite afin d'aboutir au résultat escompté dans les délais prévus ». Une approche illustrée dans cet article par l'expérience du GHT Île-de-France Sud qui présente les éléments clés qui ont conduit la mise en œuvre du GHT : affichage clair des objectifs et de leur sens, détermination de cercles d'acteurs, accompagnement pour l'appropriation et l'adhésion des acteurs au projet...

Sibilia, J. (2019). "La réforme des études médicales : un chantier sans précédent : des enjeux, des espors, des difficultés." Revue Du Praticien **69**(9): 947-950.

Alors que les facultés françaises assurent la mise en place, avec de nombreux ajustements, de la réforme du 3e cycle et déploient le service sanitaire, les études médicales sont rentrées dans une période de réformes qu'elles n'ont jamais connus de la formation des métiers médicaux.

OPEN ET BIG DATA

(2017). "Big data et santé." Cahiers Français(399): 49-55.

Si nombre de domaines sont appelés à connaître des transformations très profondes du fait de l'utilisation des Big Data, celui de la santé apparaît tout particulièrement concerné. Se posent alors notamment les questions du traitement des données relatives aux patients, de leur mutualisation et de leur confidentialité. Les usages qui pourront en être faits sont multiples et concernent aussi bien les rapports entre médecins et malades que l'amélioration de l'efficacité de la recherche ou encore une meilleure organisation du système de santé. Cet article est un extrait du document élaboré à l'occasion de la réflexion lancée, en septembre 2015, par le ministère chargé de la santé sur les apports du Big Data en matière de santé. Les enjeux sociétaux et économiques sont majeurs.

(2020). Health data Hub. Plan stratégique 2019-2022. Paris Health data hub: 6.

https://fee494fb-072e-49c6-a5ed-00cfc497e5db.filesusr.com/ugd/46ab38_e2a6914cadb14b8a91e3516a4c36fe7d.pdf

Ce document présente les grandes orientations du Health Data Hub pour la période 2019-2022.

ANS (2021). Doctrine technique du numérique en santé et de la trajectoire adaptée au secteur médico-social. Paris ANS: 187.

https://esante.gouv.fr/sites/default/files/media_entity/documents/doctrine--technique-du-numerique-en-sante_version-2020_finale.pdf

Enrichie de trois nouveaux chapitres (les impacts MOA – MOE par chapitre, la synthèse des évolutions entre la version 2019 et 2020 de la doctrine et les priorités 2021 de la feuille de route), la doctrine se penche de manière plus approfondie sur certaines thématiques telles que : la démarche d'opposabilité, l'Identifiant National de Santé, l'identification électronique et le contrôle d'accès, le programme ESMS numérique, les plateformes numériques de santé

(ENS, bouquet de service Pro et Health Data Hub) ou encore l'intégration dans la feuille de route e-santé de l'Union Européenne et la prise en compte des recommandations internationales. Au total, ce sont plus de 84 contributions qui ont permis de mettre à jour la totalité des chapitres de cette nouvelle version de la doctrine technique du numérique en santé.

Bernelin, M., Desmoulin, S., Lefevre, T., et al. (2020). "Données massives, big data et santé publique." *Actualité Et Dossier En Santé Publique*(112): 13-58.
<https://www.hcsp.fr/explore.cgi/adsp?clef=1173>

La quantité de données de santé concernant les personnes (poids, remboursements de soins, habitudes de vie, etc.) s'est accrue avec leur recueil systématique et à grande échelle. Parallèlement, il est devenu possible de traiter ces données massives et de livrer rapidement des informations autrefois difficiles d'accès, d'opérer des rapprochements inattendus et d'offrir des modèles prédictifs inédits. Cela sera-t-il révolutionnaire ou non pour la santé publique ?

Blum, J. P. (2019). Livre blanc : contributions des outils numériques à la transformation des organisations de santé. Paroles d'acteurs. Tome 1. Paris Fédération Hospitalière de France: 189.
<https://h20195.www2.hpe.com/v2/Getdocument.aspx?docname=a00074336fre>

Les technologies digitales doivent être utiles à la santé publique en répondant aux besoins des patients et aux usages des soignants. Il est nécessaire qu'elles préservent la confidentialité des données personnelles, qu'elles assurent le fonctionnement des systèmes de prise en charge. Une transition très rapide des usages s'effectue actuellement qui requiert une adaptation – possiblement difficile - pour les citoyens et les professionnels de santé. Il faut veiller à ne pas oublier les plus fragiles que sont les personnes dépendantes, les handicapés, les habitants des zones mal desservies dites zones blanches. D'autre part, les offreurs de services publics ou privés doivent impérativement sécuriser leur système numérique et les adapter à l'usage des patients. Ce Livre Blanc réunit des acteurs de toute la société qui ont exprimé leur vision et leurs préoccupations relatives à la révolution annoncée par la dématérialisation en santé.

CCNE (2018). Numérique & santé : quels enjeux éthiques pour quelles régulations? Paris CCNE: 100.
<https://www.ccne-ethique.fr/fr/publications/numerique-sante-quels-enjeux-ethiques-pour-quelles-regulations>

Ce rapport se penche sur les aspects éthiques que pose le développement du numérique dans le domaine de la santé : données de santé, intelligence artificielle, médecine algorithmique, autant de problématiques qui méritent que l'on envisage des leviers de régulation.

Combes, S. et Givord, P. (2017). "Quelle place pour la data science et les big data au sein de la statistique publique ?" *Revue Française Des Affaires Sociales*(4): 117-126.

[BDSP. Notice produite par MIN-SANTE 7IDkR0xr. Diffusion soumise à autorisation]. Le "big data" attire l'attention dans un contexte de profusion de données, de collecte et de traitement facilités par les progrès technologiques et de démocratisation des outils. Classiquement, on utilise les "3 V" (volume, variété, vitesse) pour qualifier les big data. Celles-ci peuvent être produites en continu et ainsi générer des flux importants. Avec l'amélioration des infrastructures matérielles et logicielles, tous les formats sont devenus

exploitables dans des délais raisonnables. Ces nouvelles données peuvent offrir de nouvelles opportunités pour les instituts nationaux de statistiques. Les avantages pressentis de ces sources seraient de réduire les délais de publication de certains indicateurs, d'en augmenter la précision et le degré de finesse de la description qu'ils permettent, et enrichir la production de statistique tout en réduisant la charge d'enquête. Ces questionnements alimentent néanmoins une réflexion globale autour du métier de statisticien public : cartographier les données, moderniser les outils, les méthodes statistiques et l'organisation du travail.

Combes, S. et Lerpinière, A. (2019). "Le Health Data Hub, un an après." Revue hospitalière de France(589): pp.14-17.

A la suite du rapport Villani, présenté le 29 mars 2018 au Collège de France, la création d'un Health Data Hub fut annoncée par le président de la République, Emmanuel Macron. Cette plateforme vise à enrichir et à valoriser le Système national de données de santé (SNDS) en incluant l'ensemble de celles dont la collecte est soutenue par la solidarité nationale. Créé par la loi de modernisation de notre système de santé, le SNDS est actuellement composé des données de l'assurance maladie, des données de facturation hospitalière, des causes médicales de décès, des données médico-sociales des personnes handicapées et d'un échantillon de données de remboursement des organismes complémentaires. Dans un cadre qui garantit le respect des droits fondamentaux de chacun, cette structure contribuera à lever les freins à l'usage des données de santé. La dynamique engagée renforce nos capacités à innover et contribuera à faire de la France un leader dans l'intelligence artificielle en santé. (R.A.)

Conseil National Numérique (2018). Donner un sens à l'intelligence artificielle. Pour une stratégie nationale et européenne. Paris Conseil National du numérique: 233.

http://www.cnnumerique.fr/wp-content/uploads/2015/07/CNNum_Rapport-Sante%CC%81-bien-commun-de-la-soci%C3%A9t%C3%A9-num%C3%A9rique.pdf

Ce document identifie quatre secteurs prioritaires où la France doit particulièrement concentrer son effort de développement de l'intelligence artificielle : la défense, les transports, l'environnement et la santé. En matière de santé, l'intelligence artificielle ouvre des perspectives très prometteuses pour améliorer la qualité des soins au bénéfice du patient et réduire leur coût – à travers une prise en charge plus personnalisée et prédictive – mais également leur sécurité – grâce à un appui renforcé à la décision médicale et une meilleure traçabilité. Elle peut également contribuer à améliorer l'accès aux soins des citoyens, grâce à des dispositifs de prédiagnostic médical ou d'aide à l'orientation dans le parcours de soin. Près de vingt ans après la création de la base nationale des données médico-administratives (SNIIRAM), la France doit à nouveau faire figure de pionnière en investissant massivement dans les capacités de recherche et d'innovation en matière d'IA appliquée à la santé. Ces capacités reposent à la fois sur la mise en place de systèmes adaptés aux usages liés à l'IA visant à platformiser le domaine, des procédures d'accès aux données plus fluides et un cadre pour expérimenter « en conditions réelles » les solutions émergentes. L'appropriation de l'IA en santé dépend également de notre capacité à accompagner les patients et professionnels de santé dans la transformation des pratiques médicales, ainsi qu'à structurer et animer en continu un débat national sur les usages éthiques de l'IA en santé

Cugia, P., Polton, D. et Wainrib, G. (2018). Health data Hub : mission de préfiguration. Paris Ministère chargé de la santé: 110 , tab., graph., fig.

<https://solidarites-sante.gouv.fr/ministere/documentation-et-publications-officielles/rapports/sante/article/rapport-health-data-hub-mission-de-prefiguration>

Ce rapport rassemble les conclusions de la mission de préfiguration du « Health Data Hub », pilotée par trois experts, Dominique Polton, présidente de l'Institut national des données en santé (INDS), Marc Cuggia, professeur d'informatique médicale et praticien hospitalier au CHU de Rennes et Gilles Wainrib, président fondateur de la start-up Owkin. Il fait suite aux engagements du président de la République qui avait annoncé au moment de la remise du rapport Villani, que la santé serait un des secteurs prioritaires pour le développement de l'intelligence artificielle, avec deux actions majeures, la création d'un « Health Data Hub » et l'élargissement du système national de données de santé. Le rapport propose une feuille de route pour la mise en œuvre opérationnelle de cette plateforme d'exploitation des données de santé, ainsi que des recommandations, notamment sur les aspects organisationnels et réglementaires. La ministre de la Santé a confirmé la mise en place de ce Hub des données de santé dans les tous premiers mois de 2019 et a confié au directeur de la Drees, Jean-Marc Aubert, cette mission. Concrètement, le « Health Data Hub », prendra la forme d'un guichet unique, sécurisé dans l'objectif de permettre le partage des données de santé dans le respect du droit des patients et en assurant la transparence avec la société civile. Il mutualisera des ressources technologiques et humaines et constituera un outil de promotion de l'innovation pour faire de la France un leader des données de santé.

Detournay, B., Von Lennep, F., Caille, Y., et al. (2017). "Accès aux données de santé." Lettre Du Collège (La)(2): 24.

http://www.ces-asso.org/sites/default/files/lettre_du_college_ndeg_2-2017_0.pdf

La 11e matinée thématique du Collège des Économistes de la Santé a permis d'aborder la question de l'accès aux données de santé et réuni des acteurs essentiels sur ce thème qu'il s'agisse d'institutionnels (DREES, CNAMTS, INDS, INSERM, AP-HP) ou d'acteurs privés (LEEM, Healthcare Data Institute). Le futur Système national des données de santé (SNDS) créé par la loi de modernisation du système de santé du 26 janvier 2016 est en cours de mise en place. Un ensemble de décrets ont été publiés récemment qui commence à dessiner ce que pourra être ce SNDS dans son contenu, ses modalités de structuration et ses conditions d'accès au moins pour ce qui est des acteurs publics. Ce fascicule rassemble les différentes contributions des intervenants présentant ce nouveau système national des données de santé (SNDS).

Fromentin, V. é. (2017). "Cybersécurité : nos données de santé sont-elles en sécurité ?" Lettre De Galilée (La)(N° H.S. 3): 20 , tab., graph., fig.

Avec 6,4 milliards d'objets déjà connectés, reliés à Internet, et 5,5 millions nouveaux appareils qui sont installés par jour, l'Internet des objets (IoT) constitue une cible de prédilection pour les pirates. Le 21 octobre 2016, la société Dyn aux États-Unis en a fait les frais en essuyant une attaque qui a paralysé de nombreux sites Internet comme CNN, The Guardian, Netflix ou Twitter. Le pirate avait réussi à prendre le contrôle de 100 000 caméras. Avec l'arrivée des voitures connectées, des brosses à dents ou des bracelets connectés, la menace est prise au sérieux par l'Union Européenne. La Haute Autorité de Santé a publié un guide de recommandations pour les applis santé. Faut-il vraiment craindre les objets connectés ?

Gueydier, P. (2020). "Intelligence artificielle et travail des données." Revue d'éthique et de théologie morale **307**(3): 29-41.

<https://www.cairn.info/revue-d-ethique-et-de-theologie-morale-2020-3-page-29.htm>

Le terme de « donnée », omniprésent dans les débats sur l'intelligence artificielle, induit une sorte de dimension naturelle au détriment des processus et des acteurs qui lui ont donné naissance et la gouvernent. Les big data et l'intelligence artificielle recherchent une modélisation des comportements sociaux qui se concrétisera, au cours des années 2010, par la théorie du nudge comme convergence entre données, algorithmes apprenants et objectifs politico-sociaux. Le réductionnisme de cette ingénierie sociale croit possible et souhaitable la réification des relations humaines. Ainsi, seule une action externe permettrait de « changer la société » ; la créativité et le pluralisme des acteurs impliqués n'étant pas suffisante. Conception que l'on peut qualifier de dépolitisée voire déshumanisée des rapports sociaux.

HAS (2019). Numérique : quelle (r)évolution ? Rapport d'analyse prospective 2019. Paris Haute Autorité de Santé.

La révolution numérique est largement engagée dans le champ de la santé, et s'esquisse dans le champ social et médico-social : accès facilité aux soins et aux accompagnements, mobilisation des données, amélioration des pratiques professionnelles et des parcours, recours à l'intelligence artificielle. Autant de promesses qui imposent d'agir dès à présent pour que le numérique apporte des solutions utiles et efficaces. Ce rapport prospectif développe 29 propositions pour une mobilisation de tous (usagers, professionnels, industriels et Etat) autour de 4 grandes priorités : faire du numérique une opportunité d'inclusion et d'engagement des usagers ; mais aussi un instrument de la mobilisation des professionnels dans un objectif de qualité et de sécurité des pratiques et des parcours ; engager les acteurs dans une évaluation des outils adaptée qui permette à tous de faire les bons choix et renforce la confiance dans le numérique ; et enfin définir des principes généraux pour garantir un bon usage des données et de l'intelligence artificielle.

Hourdeaux, J. (2019). "«Health Data Hub»: le méga fichier qui veut rentabiliser nos données de santé." Mediapart: 6.

Une plateforme baptisée « Health data hub » centralisera bientôt les données de santé des Français, celles générées par un acte de soin remboursé comme celles des hôpitaux, des médecins et même des pharmaciens. Des partenaires privés pourront y accéder. Face aux inquiétudes suscitées par ce projet et au mécontentement des hôpitaux publics, le gouvernement et la Cnil tentent de rassurer.

LIR (2018). Données de santé : nouvelles perspectives pour les acteurs et les systèmes de soins. Paris LIR: 11.

http://www.lir.asso.fr/images/content/Documents/Etudes/etude_lir_ey_donnees_de_sante_nouvelles_perspectives.pdf

Cette étude a pour objectif d'identifier les leviers et les points d'ancrage pour une utilisation optimisée des données de santé en France. Elle est le fruit d'une réflexion prospective qui a permis de poser les perspectives de l'utilisation des données de santé pour les acteurs et les systèmes de soins. Des exemples d'initiatives mises en place dans les pays nordiques et anglo-saxons y sont présentés, démontrant l'intérêt de l'exploitation et du chaînage des données comme accélérateurs de la transformation des systèmes de soins.

Longuet, G. et Villani, C. (2019). Rapport sur l'intelligence artificielle et les données de santé. Paris Sénat, Paris Assemblée Nationale: 81.

<http://www.senat.fr/notice-rapport/2018/r18-401-notice.html>

L'audition publique organisée par l'Office le 21 février 2019, sous forme de deux tables rondes, sur l'intelligence artificielle et les données de santé a montré combien la mise en œuvre de la stratégie nationale pour l'intelligence artificielle dans le domaine de la santé passe par une organisation adaptée de la collecte des données et par la régulation de leurs modalités d'accès et d'utilisation. Production, partage et protection des données comptent parmi les enjeux essentiels de leur bonne utilisation à des fins diagnostiques et thérapeutiques, dans une relation de confiance avec les individus, sans laquelle rien ne sera possible. L'Office présente des propositions pour une organisation efficace et contrôlée de la collecte et de l'utilisation des données de santé, dans la perspective de la discussion du projet de loi relatif à l'organisation et à la transformation du système de santé en cours d'examen par le Parlement.

Lucas, J. et Uzan, S. (2018). Médecins et patients dans le monde des data, des algorithmes et de l'intelligence artificielle. Paris Conseil National de l'Ordre des médecins: 66.

<https://www.conseil-national.medecin.fr/node/2563>

Ce livre blanc explore notamment l'impact actuel et futur des nouvelles technologies pour l'exercice de la médecine, pour la formation initiale et continue des médecins, pour la recherche médicale, et pour la place des patients dans le système de santé. Plus généralement, il appelle à « identifier dès maintenant les risques que la société numérique comporte afin de les combattre tout en soutenant tous les bénéfices qu'elle peut apporter au service de la personne ». Dès lors, le Conseil national de l'Ordre des médecins, pour « accompagner l'ensemble de la profession, dans la diversité de ses exercices », pour « renforcer sa collaboration avec les patients », et pour assurer que les nouvelles technologies soient réellement mises « au service de la personne et de la société », émet 33 recommandations.

Longuet, G. et Villani, C. (2019). Rapport sur l'intelligence artificielle et les données de santé. Paris Sénat, Paris Assemblée Nationale: 81.

<http://www.senat.fr/notice-rapport/2018/r18-401-notice.html>

L'audition publique organisée par l'Office le 21 février 2019, sous forme de deux tables rondes, sur l'intelligence artificielle et les données de santé a montré combien la mise en œuvre de la stratégie nationale pour l'intelligence artificielle dans le domaine de la santé passe par une organisation adaptée de la collecte des données et par la régulation de leurs modalités d'accès et d'utilisation. Production, partage et protection des données comptent parmi les enjeux essentiels de leur bonne utilisation à des fins diagnostiques et thérapeutiques, dans une relation de confiance avec les individus, sans laquelle rien ne sera possible. L'Office présente des propositions pour une organisation efficace et contrôlée de la collecte et de l'utilisation des données de santé, dans la perspective de la discussion du projet de loi relatif à l'organisation et à la transformation du système de santé en cours d'examen par le Parlement.

Marty, F. (2019). "Plateformes numériques, algorithmes et discrimination." Revue de l'OFCE **164**(4): 47-86.

<https://www.cairn.info/revue-de-l-ofce-2019-4-page-47.htm>

L'accroissement des données disponibles sur les caractéristiques et les comportements des consommateurs ainsi que le renforcement des capacités de traitement de ces dernières par

des algorithmes ouvrent la voie au développement de stratégies de discrimination tarifaire de troisième degré avec une granularité extrêmement fine. Si les effets de cette discrimination de quasi-premier degré sur le surplus total sont ambigus, ils induisent aussi un transfert de bien-être entre agents économiques. Cet article analyse la possibilité de mettre en œuvre de telles stratégies dans l'économie numérique et envisage les possibles réponses venant des règles de concurrence ou des consommateurs eux-mêmes.

Mascret, C. (2019). "Quel statut pour les données de santé ? In : Panorama de droit pharmaceutique - 2018." Revue Generale De Droit Medical(6): 137-147.

La révolution des technologies et l'irruption du digital et du big data en santé ont fait prendre conscience de la valeur que possédaient les données de santé tant sur le plan de la recherche, que l'on connaissait jusqu'alors, mais également sur un plan commercial. Alors que l'Europe vient de réviser sa réglementation afin de prendre en considération cette nouvelle donnée, il est intéressant de s'attarder sur le statut que possèdent ces données de santé tant convoitées.

Ministère chargé de la Santé (2017). Promouvoir une démarche active visant à faciliter l'accès aux données de santé à des fins de santé publique, de recherche et de développement industriel - Rapport du groupe CSF mesure 1-5. Paris Ministère chargé de la santé: 82.

http://drees.social-sante.gouv.fr/IMG/pdf/rapport_csf.pdf

L'exploitation encadrée des données de santé constitue un levier majeur pour la recherche et le développement d'innovations ainsi que pour la mise à disposition de nouvelles technologies en santé. Par ailleurs, l'accès aux données répond à la nécessité pour les entreprises de fournir des études aux autorités, afin de répondre aux exigences d'évaluation, notamment dans le cadre de l'accès au marché, du suivi et de la sécurité en conditions réelles d'utilisation des produits de santé. Un cadre de dialogue a été mis en place au sein d'un groupe de travail réunissant pouvoirs publics et industriels dans le cadre de la mesure 1-5 « Promouvoir une démarche active visant à faciliter l'accès aux données de santé à des fins de santé publique, de recherche et de développement industriel » du Comité stratégique de filière des industries et technologies de santé. Les résultats des travaux approfondis menés par ce groupe de travail entre septembre 2016 et mars 2017, avant la création de l'Institut national des données de santé en avril 2017, sont restitués dans le présent rapport composé : d'un guide de l'utilisateur présentant la gouvernance générale des accès au système national des données de santé (SNDS) et les procédures de dépôts de dossiers.

Nordlinger, B. et Villani, C. (2018). Santé et intelligence artificielle, Paris : CNRS éditions

Renouveler et perfectionner l'interprétation des images, modéliser la croissance des tumeurs, prédire la réponse aux traitements administrés, augmenter les performances en radiologie, en anatomie pathologique, en dermatologie, tirer parti des données génétiques pour comprendre les maladies, développer la médecine de précision, constituer des recueils de données d'une richesse jusqu'ici inaccessible : toutes choses qui, en médecine, deviennent possibles grâce à l'intelligence artificielle. Cette révolution des pratiques suppose un renouvellement de la formation des professionnels de santé, et pose un certain nombre de défis : défi technique et technologique posé par la taille des données, défi éthique et légal, pour protéger les données personnelles, défi de la confiance, pour convaincre les acteurs de surmonter leurs réticences. Mathématiciens modélisateurs et analystes, informaticiens, statisticiens, cancérologues, chirurgiens, onco-généticiens, sociologues, administrateurs hospitaliers, juristes, ont apporté leur contribution pour offrir au lecteur une

information claire, objective et raisonnable, loin des fantasmes que le sujet peut susciter. Cet ouvrage est né de la rencontre d'un mathématicien, Cédric Villani, attaché à montrer les promesses de l'intelligence artificielle, avec un chirurgien chercheur, Bernard Nordlinger, qui cherche à améliorer le traitement des cancers par d'ambitieux essais thérapeutiques. Il reflète les travaux du groupe de travail " Intelligence artificielle et santé " créé par l'Académie nationale de Médecine et l'Académie des Sciences.

Riviere, P. (2020). "Qu'est-ce-qu'une donnée ? Impact des données externes sur la statistique publique." *Courrier Des Statistiques*(5).

<https://www.insee.fr/fr/information/5008710>

Le statisticien public utilise une matière première originale : les données. Mais outre celles qui sont issues d'enquêtes ou de déclarations administratives, il est amené à mobiliser des données d'autres natures, qui ne résultent pas toujours d'un processus d'observation. Comprendre ce matériau « data », c'est en explorer les principales dimensions, en s'appuyant sur le triplet <concept, domaine, valeur>.

Rossi, J. et Bigot, J. É. (2018). "Traces numériques et recherche scientifique au prisme du droit des données personnelles." *Les Enjeux de l'information et de la communication* **19/2**(2): 161-177.

<https://www.cairn.info/revue-les-enjeux-de-l-information-et-de-la-communication-2018-2-page-161.htm>

RésuméLa disponibilité croissante de masses de traces numériques inspire une nouvelle génération de projets de recherche numériquement instrumentés. Or l'exploitation de ces traces, en tant que le droit les qualifie de données à caractère personnel, entraîne l'application d'un corpus de normes juridiques dont le Règlement général de protection des données récemment adopté. Celui-ci prévoit un cadre dérogatoire pour la recherche scientifique, soutenu par une coalition d'acteurs issus de la recherche médicale, qui s'applique également aux sciences humaines et sociales (SHS). Le présent article présente une synthèse de travaux de recherche sur ce cadre légal et la façon dont il vient interroger le rapport aux traces numériques dans la recherche en SHS.

Soudoplatoff, S. (2018). *Le numérique au secours de la santé*. Paris Fondapol: 37.

<http://www.fondapol.org/etude/le-numerique-au-secours-de-la-sante/>

La technologie joue un rôle important dans bien des aspects de notre vie. Tout comme elle a révolutionné nos méthodes de communication et nos systèmes financiers, son application au domaine de la santé transforme la façon dont les soins sont dispensés. Face à l'évolution de la démographie médicale, aux inégalités territoriales d'accès aux soins, à la hausse de la prévalence des maladies chroniques ou encore au vieillissement de la population et à la prise en charge de la dépendance, les technologies numériques recèlent d'énormes ressources pour améliorer les systèmes de santé. De la santé mobile à la génomique, en passant par l'exploitation des données issues de l'intelligence artificielle et la possible création de notre double numérique, la médecine est sur le point d'être révolutionnée. Dans cette étude, l'auteur se saisit de l'immense potentiel du numérique dans le domaine de la santé en le faisant vivre à travers les dernières innovations, dont il faut suivre le pas à l'échelle nationale.

Tassi, P., Bortoli, C., Combes, S., et al. (2018). "Big data et statistiques. 1ère partie." *Economie Et Statistique*(505-506): 193.

<https://www.insee.fr/fr/statistiques/3706255>

La révolution, somme toute récente, due à la convergence numérique et aux objets connectés, a permis de mettre sous forme homogène des informations que l'histoire considérait comme de nature différente : données numériques, textes, son, images fixes, images mobiles. Ceci a favorisé le phénomène des Big Data – données massives ou mégadonnées – dont la volumétrie comporte deux paramètres joints : quantité et fréquence d'acquisition, la quantité pouvant aller jusqu'à l'exhaustivité, la fréquence pouvant aller jusqu'au temps réel. Ce numéro spécial présente un ensemble d'articles qui en examinent les usages et les enjeux pour la production statistique. Comme toute innovation, les données massives offrent des avantages et soulèvent des questions. Parmi les avantages perceptibles, un « plus » de connaissances : une meilleure description statistique de l'économie et de la société, notamment par la statistique publique. Ces données sont aussi un vecteur de développement en informatique au sens large, et en mathématiques appliquées. On ne peut cependant pas faire l'économie d'une certaine vigilance, car les Big Data et leurs usages peuvent avoir des effets sur les individus, leurs libertés et la préservation de leur vie privée.

Tilman, L. (2019). "Le chantier numérique de la loi relative à l'organisation et à la transformation du système de santé : des innovations à la hauteur des ambitions." *Revue Generale De Droit Medical*(72): pp.99-111.

Dans le cadre de la loi relative à l'organisation et à la transformation du système de santé, le gouvernement a fait du numérique en santé une de ses priorités. Développant des dispositifs ambitieux en matière d'Open data et replaçant l'utilisateur au cœur du dispositif, la loi relative à l'organisation et à la transformation du système de santé a pour objectif de faire de la France un leader en matière de structuration et d'exploitation des données de santé. La loi du 24 juillet 2019 présente toutefois certaines limites et il est notamment intéressant de s'attarder sur l'absence de réflexion éthique, qui aurait pourtant dû précéder un tel chantier. (R.A.)

Voir aussi :

- *La bibliographie sur le même sujet dans la synthèse sur la loi de modernisation de notre système de santé : [site de l'Irdes](#).*
- *La bibliographie « Big data, intelligence artificielle, e-santé » : [site de l'Ehesp](#).*

Ressources électroniques

SITES INSTITUTIONNELS

Site du ministère chargé de la santé

- Stratégie nationale de santé 2018-2022, 20 décembre 2017
- Transformation du système de santé : organisation et calendrier des travaux, 9 mars 2018
- Ma santé 2022, 18 septembre 2018
- Feuille de route « Accélérer le virage numérique », 25 avril 2019
- Stratégie Nationale Sport Santé 2019-2024, avril 2019
- Ma santé 2022 : où en sommes-nous des mesures d'accès aux soins dans les territoires, mai 2019
- Indicateurs de suivi

Assemblée nationale

Dossier législatif, 13 février 2019

Sénat

Dossier législatif

AUTRES RESSOURCES

EHESP

[Ma santé 2022 : stratégie nationale de santé : dossier documentaire, septembre 2020](#)

Nile

Analyse des projets de loi successifs

Institut Montaigne

Décryptage de la loi santé 2022, 26 février 2019

La modernisation du système de santé

France Culture, Matières à penser, du 27 au 31 mai 2019