



Proposition de loi visant à améliorer le système de santé par la confiance et la simplification, dite « Loi Ségur », après adoption en première lecture à l'Assemblée nationale

8 décembre 2020

Calendrier de la proposition de loi

- Jeudi 22 octobre 2020 : dépôt de la proposition de loi à l'Assemblée nationale
- Jeudi 3 novembre 2020 : engagement de la procédure accélérée par le Gouvernement
- Mardi 8 décembre : adoption de la proposition de loi par l'Assemblée nationale
- Date de début d'examen au Sénat : non communiquée

Présentation de la proposition de loi

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

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

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

- lutte contre l'intérim médical à l'hôpital
- réhabilitation des services hospitaliers et des chefs de services
- capacité donnée aux établissements d'adapter leurs règles de fonctionnement hors du droit commun
- concrétisation des services d'accès aux soins (SAS)
- meilleure association des soignants et usagers à la décision dans l'hôpital.

Sont surlignées en **vert** les mesures prévues en application de ce PLFSS et qui nécessiteront l'adoption de textes réglementaires ou d'ordonnances.

Sont surlignées en **jaune** les mesures ajoutées par les députés en première lecture.

Article 1 : Définition de la nouvelle profession médicale intermédiaire

- Est ajouté un titre au code de la santé publique intitulé « profession médicale intermédiaire ». Il est à noter que ce titre est inséré non pas dans le livre I de la quatrième partie du code, consacré aux professions médicales, mais au livre III, consacré aux professions d'auxiliaires médicaux.
- Les auxiliaires médicaux suivants : infirmiers, masseurs-kinésithérapeutes, pédicure-podologues, ergothérapeutes, psychomotriciens, orthophonistes, orthoptistes, manipulateurs d'électroradiologie médicale, techniciens de laboratoire médical, audioprothésistes, opticiens-lunettiers, prothésistes, orthésistes et diététiciens peuvent exercer en tant que profession médicale intermédiaire dans des conditions fixées par décret en Conseil d'État à la suite des conclusions du rapport des conseils nationaux des ordres des infirmiers et des médecins.
- Les domaines d'intervention, conditions et règles d'exercice de la profession sont définis par décret en Conseil d'État pris après avis de l'Académie nationale de médecine et des représentants des professionnels de santé concernés.
- Dans un délai de six mois à compter de la publication de cette loi, le Gouvernement remet au Parlement un rapport sur l'état des lieux de la mise en place des auxiliaires médicaux en pratique avancée et des protocoles de coopération. Ce rapport doit formuler des propositions permettant d'accélérer le déploiement, la simplification et l'amélioration de ces dispositifs notamment en termes de formation et rémunération dans un objectif de décloisonnement des professions de santé et d'un meilleur accès à la santé.
- Ce rapport doit aussi évaluer les besoins et moyens en matière de formation des auxiliaires médicaux, notamment en termes de référentiels de formations, d'accès aux formations et d'universitarisation de ces dernières.
- Ce rapport étudie également la possibilité d'accompagner la délégation de tâches avec un transfert des responsabilités professionnelles.

Après l'article 1^{er}

- Amélioration de la coopération entre professionnels de santé et professionnels sociaux de l'éducation nationale.

Article 1^{er} bis

- Les professionnels de santé exerçant en équipe de soins primaire (ESP) ou en communauté professionnelle territoriale de santé (CPTS) peuvent élaborer et mettre en œuvre des protocoles locaux de coopération intégrés dans leur projet de santé. Ces protocoles ne sont valables qu'au sein des ESP et CPTS qui en sont à l'initiative, et doivent satisfaire aux exigences essentielles de qualité et sécurité des soins.
- Les professionnels de santé exerçant en établissements médico-sociaux publics ou privés peuvent élaborer et mettre en œuvre des protocoles locaux de coopération intégrés dans leur projet de santé. Ces protocoles ne sont valables qu'au sein des établissements qui en sont à l'initiative, et doivent satisfaire aux exigences essentielles de qualité et sécurité des soins.
- Les professionnels de santé exerçant dans un même établissement de santé ou dans plusieurs établissements différents d'un même GHT peuvent élaborer et mettre en œuvre des protocoles locaux de coopération intégrés dans leur projet de santé. Ces protocoles ne sont valables qu'au sein

des établissements qui en sont à l'initiative, et doivent satisfaire aux exigences essentielles de qualité et sécurité des soins.

- Ces protocoles sont déclarés par les responsables des différentes entités ci-dessus auprès du directeur général de l'ARS, qui transmet ces protocoles pour information à la HAS. Le DG-ARS peut suspendre ou mettre un terme à la mise en œuvre d'un protocole si les exigences de qualité et sécurité des soins ne sont pas respectées.

Après l'article 1^{er} bis

- Association de l'Union nationale des professionnels de santé aux travaux du comité national des coopérations professionnelles.

Chapitre 2 – L'évolution de la des professions de sage-femme et de certains auxiliaires médicaux

Avant l'article 2

- Modification de l'intitulé de ce chapitre.

Article 2 : Prescription des arrêts de travail

- L'incapacité justifiant un arrêt de travail peut, pour l'heure, être constatée par une sage-femme pour une durée qui ne peut excéder quinze jours, contrairement aux autres professions médicales.
- Cet article ~~permet aux sages-femmes de constater des incapacités selon des référentiels de prescription fixés par décret~~ supprime cette limitation.

Article 2 bis

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

Article 2 ter

- ~~Une sage-femme peut réaliser une interruption volontaire de grossesse par voie chirurgicale jusqu'à la dixième semaine de grossesse.~~ [Introduit par la commission des affaires sociales, supprimé par amendement gouvernemental]

Article 2 quater

- Les sages-femmes peuvent prescrire le dépistage d'infections sexuellement transmissibles et les traitements de ces infections listés à leurs patientes comme aux partenaires de ces dernières.

Article 2 quinquies

- Les masseurs-kinésithérapeutes peuvent prescrire les produits de santé nécessaires à l'exercice de leur profession.

Après l'article 2 quinquies

- Les sages-femmes peuvent prescrire des dispositifs médicaux et médicaments selon une liste fixée par règlement ainsi que des substituts nicotiques aux personnes vivant dans l'entourage de la femme enceinte.

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

Chapitre 3 – ~~Attractivité du poste de praticien hospitalier dans les établissements publics de santé~~ Recrutement des praticiens hospitaliers et mesures diverses concernant l'emploi en établissement public de santé

Avant l'article 3

- Modification de l'intitulé du présent chapitre.

Article 3 : Fluidification de la procédure de recrutement des praticiens hospitaliers

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

Article 4 : Simplification de la création de poste de praticien hospitalier

- Le directeur d'un établissement support de groupement hospitalier de territoire peut, sur proposition du directeur de l'établissement concerné et du président de la commission médicale de l'établissement concerné, et après avis de la commission médicale de groupement, décider seul de la création de postes de praticien hospitalier. ~~Le directeur général de l'ARS peut s'y opposer.~~
- La commission médicale de groupement évalue la conformité de la création de postes avec le projet médical partagé du GHT.

Article 4 bis

- Facilitation de l'intervention de bénévoles à titre individuel dans l'hôpital.

Article 4 ter

- Le directeur d'un établissement public de santé peut admettre l'exercice bénévole de médecins, sages-femmes et odontologistes.

Article 4 quater

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

Chapitre 4 – Simplification de la gouvernance dans les établissements publics de santé

Article 5 : Réintroduction du service hospitalier et du chef de service

- Est inséré, au sein des « pôles » hospitaliers, l'échelon du « service » constituant l'échelon de référence en matière de qualité et de sécurité des soins, d'encadrement des équipes médicales, des internes et étudiants en santé et de la qualité de vie au travail, en étroite collaboration avec le cadre de santé.

- Est précisé que ces services sont dirigés par des « chefs de service », associés au projet d'établissement, au projet de management et aux projets d'évolution de l'organisation interne de l'établissement.
- Dans les CH et CHU, les chefs de service sont nommés par décision conjointe du directeur d'établissement et du président de la CME, pour une durée de mandat fixée par décret.

Après l'article 5

- Est consacré de manière plus précise le projet médical d'établissement public de santé au niveau du code de la santé publique.
- Est ainsi précisé que le projet médical définit les objectifs stratégiques d'évolution de l'organisation des filières de soins, du fonctionnement médical et des moyens techniques permettant de répondre aux besoins de santé de la population.
- Le projet médical doit prendre en compte l'évolution des stratégies de prise en charge, et définit les objectifs d'amélioration de la qualité et de la sécurité de la prise en charge et des parcours.
- Dans le CHU, ce projet médical comprend l'articulation avec les objectifs de recherche et de formation, en lien avec les directeurs d'unités de formation et de recherche (UFR) des professions médicales.
- Le projet médical définit l'articulation des parcours et des filières de soins avec les autres établissements de santé et les professionnels libéraux.

Article 6 : Expérimentation de modalités alternatives d'organisation de la gouvernance

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

Après l'article 6

- Le directeur d'établissement doit, lorsqu'il arrête le programme d'investissement en matière d'équipements médicaux, recueillir l'avis de la commission des soins infirmiers.

Article 7 : Développement des groupements hospitaliers de territoire (GHT)

- Tout poste de chef d'établissement membre d'un GHT laissé vacant est confié systématiquement par intérim pour un an maximum à l'établissement support du groupement.
- Le directeur général de l'ARS peut s'opposer par un avis motivé à ceci en cas de taille du GHT trop importante.
- A l'issue de la période d'intérim, le DG-ARS peut confier la direction de l'établissement partie à l'établissement support après avis du comité stratégique, du comité territorial des élus locaux et du conseil de surveillance de l'établissement partie.

Article 7 bis

- Institution du service d'accès aux soins (SAS), via un numéro d'appel commun au SAMU et à la médecine de ville, régulé par des médecins.
- Le SAS a pour objet d'évaluer le besoin en santé de toute personne qui le sollicite, de lui délivrer des conseils adaptés et faire assurer les soins appropriés à son état. Il assure une régulation médicale commune entre le SAMU et une régulation de médecine ambulatoire.
- Les centres de régulation du SAMU doivent être portés par des professionnels de santé du territoire exerçant en établissement de santé et en secteur ambulatoire s'organisant en communauté professionnelle territoriale de santé (CPTS) pour mettre en œuvre le service d'accès aux soins.

Article 8 : Droit d'option des établissements de santé sur l'organisation interne et la gouvernance

- Par dérogation, le directeur et le président de la CME d'un établissement peuvent décider d'organiser librement le fonctionnement médical et l'organisation des soins, conformément au projet médical d'établissement.
- Cet article permet de déroger à l'organisation en services et en pôles.
- Un décret en Conseil d'État détermine les modalités d'application des dispositions du présent chapitre.

Après l'article 8

- Les parlementaires deviennent membre de droit du conseil de surveillance d'un établissement public de santé de leur département.

Article 9 : Ouverture du directoire des établissements de santé

- Est précisé dans le code de la santé publique que le directoire des établissements de santé peut comprendre trois personnalités qualifiées qui peuvent être un représentant des soignants, un représentant des étudiants en santé et un représentant des usagers.
- Les représentants des soignants non médicaux au directoire sont nommés sur présentation d'une liste de propositions établie par le président de la commission des soins infirmiers.

Après l'article 9

- Le directeur d'un établissement public de santé pensant se trouver en situation de conflit d'intérêts peut déléguer ses pouvoirs afin de faire cesser ou de prévenir ce conflit.

Article 10 : Encadrement des contrats d'intérim médical

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

Article 11 : Renforcement des compétences managériales

- Un « projet managérial de gouvernance et de management » est intégré au projet d'établissement.
- Ce projet managérial de gouvernance et de management d'établissement définit les orientations stratégiques en matière de gestion de l'encadrement et des équipes médicales, paramédicales, administratives, techniques et logistiques, à des fins de pilotage, d'animation et de motivation à

atteindre collectivement les objectifs du projet d'établissement. Il comprend des actions de prévention aux enjeux d'égalité entre les femmes et les hommes et des risques psycho-sociaux. Il comporte un volet spécifique dédié à l'accompagnement et au suivi des étudiants en santé.

- Ce projet managérial de gouvernance et de management doit tenir compte des besoins et attentes des personnes et permet de former au management les personnels médicaux et non médicaux nommés à des postes à responsabilités. Il comporte un volet spécifique dédié à l'accompagnement et au suivi des étudiants en santé.
- Le projet d'établissement comprend un volet éco-responsable.

Après l'article 11

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

Chapitre 5 – Simplification et gouvernance des organismes régis par le code de la mutualité

Article 12 : Encadrement des fusions de mutuelles

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

Article 13 : Adaptation des modalités de tenues des instances mutualistes

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

Article 13 bis

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

Article 13 ter

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

Article 13 quater

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

Article 14 : Création d'une plateforme officielle d'information, orientation et accompagnement pour les personnes handicapées et leurs aidants

- Dans le cadre des missions de la Caisse nationale de solidarité pour l'autonomie (CNSA), est créée une plateforme numérique nationale d'information et de services personnalisés dont la gestion est confiée à la Caisse des dépôts et consignations. Cette plateforme met en place des services numériques permettant de faciliter les démarches administratives des personnes handicapées et le suivi de leur parcours, notamment d'emploi et de formation.

- Un décret en Conseil d'État fixe les conditions d'application de cet article.
- La souscription de démarches ou services par le biais de cette plateforme est complémentaire aux structures d'accueil présentes sur le territoire.

Après l'article 14

- Dans un délai de six mois après la publication de cette loi, le Gouvernement remet au Parlement un rapport sur l'attractivité des postes de praticiens au sein des établissements de santé privés d'intérêt collectif.
- Dans un délai de trois mois à compter de la promulgation de la présente loi, le Gouvernement remet au Parlement un rapport dressant un état des lieux de la coopération des professionnels de santé exerçant auprès des enfants et des jeunes et identifiant des mesures pour remédier au manque de coopération entre professionnels.

~~Article 15 : Compensation des charges de la présente loi~~

- ~~La charge pour les organismes de sécurité sociale des mesures de la présente loi est compensée par l'État. [Gage levé par le Gouvernement par amendement]~~