



Loi visant à améliorer le système de santé par la confiance et la simplification, dite « Loi Ségur », après publication au Journal officiel

27 avril 2021

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 2020 : adoption de la proposition de loi en première lecture par l'Assemblée nationale
- Jeudi 18 février 2021 : adoption du texte au Sénat
- Mardi 2 mars 2021 : échec de la commission mixte paritaire
- Jeudi 18 mars 2021 : adoption du texte en nouvelle lecture à l'Assemblée nationale
- Jeudi 1^{er} avril 2021 : rejet du texte en nouvelle lecture au Sénat
- Mercredi 14 avril 2021 : adoption du texte en lecture définitive à l'Assemblée nationale
- Mardi 27 avril 2021 : publication de la loi au Journal officiel

Présentation de la loi

Issue d'une proposition de loi portée par Stéphanie Rist (députée du Loiret, LREM), cette loi 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 la 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
- possibilité pour les établissements d'adapter leurs règles de fonctionnement hors du droit commun
- concrétisation du service 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 cette loi et qui nécessiteront l'adoption de textes réglementaires ou d'ordonnances.

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

- Dans un délai de six mois à compter de la publication de cette loi, le Gouvernement remet au Parlement un rapport sur l'état des lieux de la mise en place des auxiliaires médicaux en pratique avancée et des protocoles de coopération. Ce rapport doit formuler des propositions permettant d'accélérer le déploiement, la simplification et l'amélioration de ces dispositifs notamment en termes de formation et rémunération dans un objectif de décroisement 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 de permettre aux masseurs-kinésithérapeutes de pratiquer leur art sans prescription médicale et dans quelles conditions.

Article 2 – Professionnels de santé dans l'éducation nationale

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

Article 3 – Protocoles locaux de coopération

- 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.
- Le Comité national des coopérations interprofessionnelles (CNCI) peut proposer l'élargissement à tout le territoire national d'un protocole local ; l'élargissement est alors autorisé par arrêté conjoint des ministres chargés de la santé et de la sécurité sociale après avis de la HAS.

Article 4 – Composition du Comité national des coopérations interprofessionnelles

- Le ministre chargé du handicap devient membre du Comité national des coopérations interprofessionnelles (CNCI).

Article 5 – Composition du Comité national des coopérations interprofessionnelles

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

Chapitre 2 – Évolution des professions de sage-femme et de certains auxiliaires médicaux

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

- Suppression de la fixation par décret des durées spécifiques d'incapacités constatées par les sages-femmes, et ainsi alignement de leur compétence de constatation d'incapacité sur celle du médecin traitant (toujours dans la limite de leurs compétences professionnelles).

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

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

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

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

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

- Une assurée sociale peut déclarer à son organisme d'assurance maladie le nom de sa sage-femme référente afin de favoriser la coordination des soins.

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

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

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

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

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

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

Article 13 – Élargissement des pouvoirs de prescription des ergothérapeutes

- Est permis aux ergothérapeutes de prescrire les dispositifs médicaux et aides techniques nécessaires à l'exercice de leur profession selon une **liste fixée par arrêté** après avis de l'Académie nationale de médecine.

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

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

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

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

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

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

Chapitre 3 – Recrutement des praticiens hospitaliers et mesures diverses concernant l'emploi en établissement public de santé

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

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

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

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

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

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

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

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

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

Article 21 – Dépassements d'honoraires

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

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

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

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

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

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

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

- Sont consacrés de manière plus précise le projet médical et le projet de soins infirmiers, de rééducation et médico-techniques des établissements publics de santé au niveau du code de la santé publique.
- Est ainsi précisé que ces projets définissent, pour leurs domaines respectifs, les objectifs stratégiques d'évolution de l'organisation des filières de soins, du fonctionnement médical et des moyens techniques permettant de répondre aux besoins de santé de la population.

- Ces projets doivent prendre en compte l'évolution des stratégies de prise en charge, et définit les objectifs d'amélioration de la qualité et de la sécurité de la prise en charge et des parcours.
- Dans les CHU, ces projets comprennent l'articulation avec les objectifs de recherche et de formation, en lien avec les directeurs d'unités de formation et de recherche (UFR) des professions médicales.
- Ces projets définissent l'articulation des parcours et des filières de soins avec les autres établissements de santé et les professionnels libéraux.

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

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

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

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

Article 27 – Interopérabilité des systèmes informatiques des GHS

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

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

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

Article 29 – Possibilité de différenciations locales des fonctionnements hospitaliers

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

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

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

Article 31 – Élargissement des membres du directoire des hôpitaux

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

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

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

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

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

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

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

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

- Ce projet de gouvernance et de management doit tenir compte des besoins et attentes des personnels dans leur environnement professionnel, notamment pour ceux en situation de handicap, et permet de former au management les personnels médicaux et non médicaux nommés à des postes à responsabilités.
- Le projet d'établissement comprend un volet éco-responsable.

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

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

Article 36 – Précisions sur le projet psychologique d'établissement

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

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

Article 37 – Précisions sur les fusions de mutuelles

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

Article 38 – Adaptation des modalités d'assemblées générales mutualistes

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

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

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

Article 40 – Indemnités compensatoires d'élus mutualistes

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

Article 41 – Participation des mutuelles aux missions de service public

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

Article 42 – Création d’une plateforme numérique d’information pour les personnes handicapées

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

Article 43 – Création des référents handicap

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

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

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

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

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