



N° 1229

ASSEMBLÉE NATIONALE

CONSTITUTION DU 4 OCTOBRE 1958

QUINZIÈME LÉGISLATURE

Enregistré à la Présidence de l'Assemblée nationale le 29 août 2018.

PROPOSITION DE LOI

visant l'orientation pour l'avenir de la santé,

(Renvoyée à la commission des affaires sociales, à défaut de constitution d'une commission spéciale dans les délais prévus par les articles 30 et 31 du Règlement.)

présentée par Mesdames et Messieurs

Jean-Carles GRELIER, Jean-Pierre DOOR, Emmanuel MAQUET, Patrick HETZEL, Didier QUENTIN, Frédérique MEUNIER, Véronique LOUWAGIE, Fabrice BRUN, Stéphane VIRY, Alain RAMADIER, Frédéric REISS, Michel HERBILLON, Claude de GANAY, Damien ABAD, Julien DIVE, Marianne DUBOIS, Michel VIALAY, Raphaël SCHELLENBERGER, Bérengère POLETTI, Emmanuelle ANTHOINE, Philippe GOSSELIN, Thibault BAZIN, Marc LE FUR, Virginie DUBY-MULLER, Annie GENEVAR, Dino CINIERI, Pierre CORDIER, Laurence TRASTOUR-ISNART, Daniel FASQUELLE, Jean-François PARIGI, Laurent FURST,

députés.

EXPOSÉ DES MOTIFS

MESDAMES, MESSIEURS,

Depuis l'origine, la santé est l'équation que l'homme met face à sa finitude. Être en bonne santé, demeurer en bonne santé, recouvrer la santé, autant de notions qui se vivent individuellement mais aussi collectivement. La santé représente donc un enjeu moral, philosophique et politique de premier ordre, en ce qu'elle contribue grandement à la recherche de la « vie bonne ».

La santé présente donc cette caractéristique d'être à la fois universelle et unique, comme tout ce qui concerne fondamentalement l'être humain. La santé est intrinsèquement liée à la condition humaine. Elle est nécessaire aux hommes et aux sociétés qu'ils forment, pour leur assurer un tant soit peu de bonheur.

L'évolution de la prise en considération de la santé, dans le champ individuel, comme dans le champ social a eu de fortes répercussions sociétales. Ainsi, il n'est pas incongru d'affirmer que l'aspirine a tué le stoïcisme, que la découverte des premiers antalgiques a profondément modifié le regard porté sur la douleur, sur son caractère inéluctable, nécessaire, voire expiatoire. Comment contester que lorsque Fleming découvre la pénicilline, il repousse un peu plus avant les limites de la vie, qu'il éloigne un peu plus l'alpha de l'oméga, avant même qu'il ne soit question de transhumanisme ou d'homme augmenté ?

La médecine tend aujourd'hui à maîtriser la vie au sens premier de l'expression, à s'en rendre maîtresse de la néo-natalité à la mort. Et, il n'y a là rien de surprenant lorsque l'on sait que la société actuelle associe presque exclusivement santé et médecine, faisant dériver la première, jusqu'à se confondre avec la physiologie ou la pathologie.

Pourtant, la santé ne saurait se résumer à la médecine. Et ne la considérer que sous cet angle, comme il est d'usage depuis des décennies, c'est avoir de la santé une lecture finalement partielle et sans doute aussi partielle.

La santé, dans ses principes, ses enjeux et ses répercussions, dépasse très largement les frontières de la science médicale dont il faut néanmoins souligner l'extrême richesse et les immenses progrès. La santé est tout à la fois une affaire de décision, de technique, de gestion mais aussi d'économie ou de sociologie.

La santé a donc une incontestable dimension politique. Et une approche globale, pertinente de la santé ne peut être qu'une approche politique. La santé implique, en effet, et de manière permanente des choix et des décisions politiques, qu'ils soient locaux ou nationaux.

Elle est ainsi devenue une véritable question politique, dans son acception la plus large. Et c'est cet aspect hautement politique de la santé qui n'est pas aujourd'hui suffisamment exprimé.

Il ne peut y avoir de projet politique qui porte haut les ambitions françaises sans que n'y soit intégré, au premier rang, cette donnée particulière qu'est la santé. De la lecture que nous ferons de la vie, de son allongement, de sa prise en charge ; de la souplesse que nous saurons offrir au progrès et à la recherche ; de l'éthique que nous saurons instiller à chaque étape, chaque degré de décision ; de la capacité que nous aurons d'offrir à nos compatriotes d'accéder à la « vie bonne », nous réussirons ou pas à inscrire notre pays dans son siècle et à conduire une transformation nationale digne de nos plus grands défis.

Car la santé est un défi de société qui doit être porté et relevé collectivement. La santé doit nourrir le plus beau des projets politiques. L'enjeu est à notre portée. C'est désormais un sujet trop sérieux pour n'être confié qu'aux seuls techniciens. La politique doit reprendre le pouvoir, tant reste vraie la définition qu'en donnait le regretté Wolinski : « *La politique est le dernier refuge des aventuriers* ».

La présente proposition de loi est mue par quelques principes simples qui sont autant de regards nouveaux et différents portés sur la santé.

En premier lieu, toute réflexion en matière de santé doit être construite à partir de chaque individu, là où il réside. Chaque Français est un individu de santé lorsqu'il est chez lui, tant pour la médecine préventive que pour la médecine curative. Il est un acteur de santé avant même d'être un patient.

En second lieu, toute réflexion en termes d'organisation et d'accès à la santé doit être bâtie pour répondre à une exigence forte : offrir une prise en charge au plus vite et au plus près du domicile du patient. Parce que cette proximité est une demande forte des patients et qu'elle recouvre aussi une véritable dimension d'aménagement du territoire et d'égalité d'accès à la santé, à la ville comme à la campagne.

En troisième lieu, la santé doit devenir davantage qu'elle ne l'est aujourd'hui horizontale et collaborative. Les milliers de professionnels de

santé qui maillent la France, toutes disciplines confondues, ont été formés et diplômés. Tous, médicaux et paramédicaux, doivent être regardés comme des acteurs à part entière de notre système de santé et de son organisation territoriale. La pluridisciplinarité est une richesse à laquelle il convient de donner une place de choix à l'hôpital comme en ambulatoire.

Enfin, et parce que la sémantique est essentielle et que le choix des mots est déjà une orientation, il convient de reparler de santé, là où depuis des années on ne parle que de soin, de parcours de soin, de qualité des soins ou de la prise en charge des soins. Il faut reparler de santé pour mieux mettre en valeur les carences de notre système de prévention, pour mieux dire que l'homme en bonne santé n'est pas un patient qui s'ignore mais un individu qui n'a pas une vocation naturelle à devenir un sujet de soin, dès lors qu'il a été correctement formé et éduqué tout au long de sa vie.

Cette proposition de loi d'orientation pour la santé a fait l'objet d'une très large concertation et son auteur a consacré plus de 100 heures d'audition à confronter ses propositions et analyses aux acteurs du monde de la santé.

Elle porte une ambition forte tout en étant très différente des lois relatives à la santé qui l'ont précédée. En effet, elle n'appelle pas au grand soir ni à une énième réforme de l'organisation et du fonctionnement de notre système de santé.

Elle a, au contraire, recherché chaque fois que cela était possible des mesures de simplification, des mesures souples pour laisser le champ le plus libre possible aux initiatives individuelles, collectives ou territoriales.

Elle pointe quelques dysfonctionnements forts et évidents de notre système de santé et tente d'y apporter des solutions empreintes de bon sens.

Enfin, elle est l'occasion, de rappeler que la santé est notre bien commun. Un bien précieux dont nos compatriotes déclarent, sondage après sondage, qu'il est loin devant tous les autres leur premier sujet de préoccupation pour eux-mêmes comme pour ceux qui leur sont chers.

Cela nous confère exigence et responsabilité.

C'est pourquoi, une volonté forte de cette proposition de loi est de donner à la prévention la place d'honneur, tant il est vrai qu'il vaut souvent mieux prévenir que guérir. C'est, en effet, peu de dire que la prévention est aujourd'hui le parent pauvre de notre système de santé.

Si la France peut, à juste titre, s'enorgueillir d'avoir l'un des meilleurs systèmes de soin au monde il est plus qu'urgent de se pencher sur les incidences et les coûts que génère l'absence d'une vraie politique de prévention.

En dépit de bonnes statistiques, la mortalité prématurée, c'est-à-dire survenant avant l'âge de 65 ans reste l'une des plus élevées de l'Union européenne. Cette mortalité prématurée s'explique en grande partie par des facteurs de risque bien identifiés et sur lesquels les résultats des actions de prévention conduites ne sont pas réellement efficaces : tabac, nutrition, sédentarité, alcool, expositions professionnelles, environnement, produits illicites, etc...

Dans un classement publié par la revue *Le Lancet* en 2016 et prenant en compte 33 indicateurs liés à la santé, la France n'arrive qu'en 24^{ème} position. Les facteurs péjoratifs dans ce classement étant principalement évitables par une politique de prévention efficace et continue : consommation de tabac et d'alcool, surcharge pondérale et obésité, suicides notamment chez les adolescents et jeunes adultes, entre autres.

Il serait inexact et fort injuste d'affirmer que rien n'est fait en matière de prévention. Mais, le constat est là, fort et prégnant, les actions de prévention conduites directement ou indirectement par l'État sont de peu d'efficacité.

Quelles en sont les raisons et les causes ?

Sans doute sont-elles multiples, mais l'une apparaît comme une évidence : les politiques de prévention mises en œuvre en France aujourd'hui manquent cruellement de la définition d'une stratégie globale, d'une véritable coordination et d'une évaluation régulière.

La présente proposition de loi s'assigne pour objectif d'y remédier en faisant de la politique de prévention mais aussi d'éducation à la santé et d'éducation thérapeutique une grande cause nationale qui prendra la forme d'un plan pluriannuel d'action dénommé « Objectif santé 2022 » (**article 1^{er}**).

Ce plan prendra notamment en considération la santé mentale, sous toutes ses formes y compris au travail, qui est actuellement totalement oubliée et qui se traduit, entre autres catastrophes, par un nombre de suicides inacceptables parmi les plus jeunes.

La gouvernance d'une stratégie nationale de prévention et la formation de tous ceux qui ont vocation à devenir des acteurs de la prévention seront également envisagées.

L'**article 2** élargit ainsi les missions de l'Agence nationale de santé publique pour y intégrer plus fortement des missions relatives à la prévention, à l'éducation à la santé et à l'éducation thérapeutique. Surtout, l'article place l'Agence sous l'autorité du Premier ministre pour lui conférer un caractère interministériel et la dote d'une compétence exclusive dans ces disciplines, en lui consacrant les budgets et les moyens aujourd'hui dispersés dans divers organismes et différents départements ministériels pour qu'elle dispose d'une vision globale des actions à conduire, du fléchage des ressources et pour qu'elle puisse évaluer les résultats de ces actions.

L'**article 3** prévoit également que l'agence participera à l'intégration d'un volet relatif à la prévention dans le parcours individuel de prévention, permettant de suivre un double objectif : suivre dans la durée, depuis la néo-natalité jusqu'à la fin de vie, toutes les actions et actes réalisés en matière de prévention et fournir au système national des données de santé (SNDS) des données de vie réelle en matière de prévention.

Il s'agira, aussi, de rendre obligatoire l'éducation à la santé dans les écoles maternelles et élémentaires, dans les collèges et les lycées et d'y former préalablement les enseignants et éducateurs (**articles 4 et 5**).

D'ailleurs, pour lutter contre les inégalités d'accès aux soins et dépister de manière précoce les besoins d'appariement en lunettes et les carences en termes d'hygiène dentaire, l'**article 6** rend obligatoire les actions de prévention et de dépistage par des professionnels de santé.

En second lieu, chacun s'accorde à reconnaître que la formation des médecins nécessite un temps long fait de théorie et de pratique, un temps à la mesure des enjeux et des responsabilités qui pèsent sur les épaules des futurs praticiens.

Cependant, et malgré plusieurs réformes ces dernières années, l'accès aux études médicales et le mode de sélection des futurs médecins ne manquent pas d'interroger. Avec un taux d'échec de l'ordre de 80 % à la fin de la Première année commune aux études de santé (PACES), le système a clairement montré ses limites.

Outre la frustration ressentie par de très nombreux candidats à ne pouvoir accéder au métier de leur choix qui était pour certains une véritable vocation, ils sont de plus en plus nombreux à choisir d'aller se former dans d'autres pays de l'Union européenne et à revenir en France effectuer leur internat.

Il faut donc repenser le mode de sélection des étudiants en fin de PACES pour apprécier certes leurs qualités intellectuelles et scientifiques mais en appréciant aussi leur motivation et leurs qualités personnelles d'empathie et de compassion (**article 7**).

Il faut également favoriser les stages au cours des études médicales et impliquer les patients dans la formation des futurs médecins (**articles 8, 9 et 14**). Il faut aussi adapter les études médicales aux réalités du terrain, en prévoyant la création d'une nouvelle spécialité de médecine polyvalente hospitalière (**article 10**).

La formation des paramédicaux doit évoluer et s'universitariser en permettant à tous les étudiants d'intégrer les parcours Licence-Master-Doctorat. La création de Conférences pédagogiques dans le ressort de chaque Faculté de médecine permettra de mettre davantage en cohérence les maquettes de formation entre les médicaux et les paramédicaux et de favoriser entre les formateurs mais aussi entre les étudiants un dialogue, véritable amorce d'une organisation pluridisciplinaire et horizontale (**article 11**).

Il faut notamment permettre, et la présente proposition de loi s'y emploie, aux infirmiers de pouvoir se spécialiser à un niveau Master 2 et de voir cette spécialité reconnue en termes de carrière et de rémunération, bien au-delà des dispositifs récents sur la condition faite aux Infirmiers de Pratique Avancée (IPA) (**article 12**).

En troisième lieu, l'accès à la santé doit être repensé pour être pour tous : plus proche et plus rapide.

L'**article 13** a créé les villages de la santé pour répondre à cette exigence. Véritable réseau de tous les professionnels de santé maillant un territoire, les villages de la santé ont vocation à se substituer aux nombreuses structures existantes, créées au fur et à mesure des textes régissant la santé, sans cohérence ni évaluation.

Le village de la santé permet à chaque citoyen d'avoir au plus près de chez lui et dans le temps le plus court une prise en charge par un

professionnel de santé, qui n'est pas nécessairement un médecin, mais qui est en capacité à faire une première évaluation, éventuellement à traiter si cela relève de son niveau de qualification ou à orienter vers un autre membre du réseau mieux à même d'effectuer la prise en charge.

Ce qui fait la différence entre les villages de la santé et les Communautés professionnelles territoriales de santé (CPTS) déjà existantes, c'est que les villages de la santé associent dans le réseau toutes les structures de soins mais également les structures médico-sociales du territoire.

L'autre différence majeure tient dans le fait que les villages de la santé peuvent contractualiser avec les Collectivités locales de leur territoire pour financer tant leur fonctionnement que leurs investissements.

L'un des objectifs poursuivis est de réorienter l'investissement des Collectivités locales vers ces nouvelles structures et plus exclusivement vers la construction de Maisons de santé pluridisciplinaires qui assèchent les territoires en concentrant les professionnels de santé en un même lieu. Dans le village de la santé les professionnels de santé peuvent demeurer là où ils exercent et s'inscrire dans une démarche en réseau, horizontale et pluridisciplinaire, où chacun a sa place et son rôle à jouer pour assurer à chacune et chacun des habitants du territoire proximité et rapidité dans la prise en charge.

Les Collectivités territoriales doivent également pouvoir contractualiser avec les Facultés de médecine et les professionnels de santé de leur territoire afin de créer des Internats territoriaux et faciliter ainsi l'exercice de stage dans les provinces.

L'**article 15**, toujours dans l'esprit d'un meilleur partage et d'une plus grande horizontalité, crée des Conférences territoriales de santé au sein de chaque Groupement hospitalier de territoire (GHT) afin d'associer les établissements privés de soin et les professionnels de ville à la définition tant de la carte sanitaire que du projet de santé porté par le Groupement.

L'**article 16** confère un droit de prescription aux médecins coordonnateurs des EHPAD équivalent à celui des autres médecins.

En quatrième lieu, l'exercice libéral de la médecine doit être simplifié pour offrir plus de stabilité, de visibilité dans la durée et de sécurité aux professionnels. C'est l'objet des **articles 17 à 22**.

En cinquième lieu, l'innovation, et notamment l'utilisation des données de santé, doit être repensée pour lever auprès des acteurs du système de santé les contraintes administratives dissuasives (**article 24**). Il s'agit aussi d'intégrer les données de prévention aux jeux de données recueillies et exploitées (**article 23**).

En dernier lieu, la présente proposition de loi oblige le Gouvernement à présenter au Parlement un projet de loi de programmation en santé pour enfin donner une dimension prospective à la santé et éviter les politiques de corrections et d'ajustements à la marge (**article 25**) et aborde la question du financement des établissements de santé et propose, de manière innovante, que l'activité des établissements soit rémunérée sur la base d'un parcours de soin, pour les pathologies qui s'y prêtent, mais un parcours de soin géré par le patient depuis sa Carte vitale (**article 26**).

L'objectif poursuivi est bien de sortir du tout T2A, dont chacun a pu mesurer les faiblesses, pour passer à une logique de parcours de soin qui ne nécessite pas de remettre en cause les modes d'organisation et les structures hospitalières existantes mais qui est de nature à limiter considérablement les actes non-absolument utiles et nécessaires à une bonne prise en charge du patient.

Les réflexions autour du parcours de soin conduites jusqu'alors poursuivent un même objectif d'efficacité et de rationalité. Mais confier aux hôpitaux le soin d'administrer ce parcours va nécessiter une remise à plat complète de leurs organisations et structures internes. Les hôpitaux, dont tous les personnels sont en grande souffrance, ne peuvent ainsi être contraints à une nouvelle révolution culturelle.

De surcroît, faire administrer le parcours de soin par l'hôpital, même lorsqu'il se poursuit en ambulatoire, c'est *de facto* mettre l'ensemble du système de santé sous la tutelle hospitalière. Il faut au contraire sortir de l'hospitalo-centrisme qui a largement prévalu ces dernières années pour faire de la santé non plus l'affaire de quelques-uns mais bien celle de tous.

L'**article 27** conclut ce chapitre en fixant annuellement le panier des garanties collectives prises en charge par les contrats collectifs d'assurance complémentaire, qui, aujourd'hui varient considérablement d'une entreprise à l'autre et d'un salarié à l'autre, le plus souvent en fonction de la taille de l'entreprise.

PROPOSITION DE LOI

TITRE I^{ER}

POUR UNE POLITIQUE DE PRÉVENTION GLOBALE ET AMBITIEUSE

Article 1^{er}

La prévention est déclarée « Grande cause nationale pour la période 2018 – 2022 ». Sur cette période le Gouvernement doit par tous les moyens mettre en œuvre des actions de prévention en matière de santé, d'éducation à la santé et d'éducation thérapeutique, telles que définies dans un plan pluriannuel dénommé « Objectif santé 2022 » préalablement soumis à l'avis du Parlement. Ces actions prennent nécessairement en compte la prévention en matière de santé mentale.

CHAPITRE 1^{ER}

La gouvernance de la prévention

Article 2

- ① L'article L. 1413-1 du code de la santé publique est ainsi modifié :
- ② 1° Les huit premiers alinéas sont remplacés par douze alinéas ainsi rédigés :
- ③ « L'Agence nationale de santé publique, dénommée « Santé Publique France » est placée sous l'autorité du Premier ministre et est dotée d'une compétence exclusive pour l'État, les organismes en dépendant et les caisses d'assurance maladie obligatoires en matière de prévention en santé, d'éducation à la santé et d'éducation thérapeutique.
- ④ « Cette agence définit les objectifs, les priorités et les moyens du plan « Objectif santé 2022 » et coordonne pour l'ensemble des services de l'État et des organismes en dépendant sa mise en œuvre. L'agence a notamment en charge les missions suivantes :

- ⑤ « 1° La définition d'une stratégie nationale de prévention en santé, d'éducation à la santé et d'éducation thérapeutique ;
- ⑥ « 2° La définition d'un programme d'actions, d'information, de sensibilisation et de formation initiale et continue des professionnels de santé pour l'éducation aux pathologies mentales, à leur dépistage, leurs facteurs de risque et leur prise en charge ;
- ⑦ « 3° La coordination de l'ensemble des organismes nationaux, régionaux, départementaux et locaux de prévention, d'éducation à la santé et d'éducation thérapeutique et des actions conduites ;
- ⑧ « 4° Le suivi et l'évaluation des actions de formation en prévention en santé, en éducation à la santé et en éducation thérapeutique dans tous les établissements scolaires publics ou privés, généraux ou professionnels, dans les centres de formation des apprentis, dans les Facultés de médecine et dans les établissements de formation aux études paramédicales et médico-sociales ;
- ⑨ « 5° L'élaboration de guides d'éducation thérapeutique et d'actions de sensibilisation à destination des professionnels de santé, des employeurs, des collectivités territoriales et de la population ;
- ⑩ « 6° L'observation épidémiologique et la surveillance de l'état de santé des populations ;
- ⑪ « 7° La veille sur les risques sanitaires menaçant les populations ;
- ⑫ « 8° La promotion de la santé et la réduction des risques pour la santé ;
- ⑬ « 9° La préparation et la réponse aux menaces, alertes et crises sanitaires ;
- ⑭ « 10° Le lancement de l'alerte sanitaire. »
- ⑮ 2° Sont ajoutés deux alinéas ainsi rédigés :
- ⑯ « Cette agence dispose, pour mener à bien sa mission, des budgets consacrés à la prévention en matière de santé, à l'éducation à la santé et à l'éducation thérapeutique inscrits tant dans le budget de l'État et des organismes en dépendant que dans le budget des caisses d'assurance maladie obligatoires et des moyens humains nécessaires.
- ⑰ « Chaque année, dans le cadre de l'examen du projet de loi de financement de la sécurité sociale, l'Agence soumet au Parlement des

objectifs quantifiés d'actions à conduire en matière de prévention en santé, d'éducation à la santé et d'éducation thérapeutique et remet au Parlement un rapport d'évaluation des objectifs et actions conduites sur l'exercice précédent. »

Article 3

- ① Après l'article L. 1111-14 du code de la santé publique, il est inséré un article L. 1111-14-1 ainsi rédigé :
- ② « *Art. L. 1111-14-1. – I. –* Le dossier médical partagé intègre un volet relatif au parcours individuel de prévention, destiné à favoriser le suivi des actes et actions de prévention en matière de santé, d'éducation à la santé et d'éducation thérapeutique de la néo-natalité à la fin de vie.
- ③ « *II. –* L'Agence nationale de santé publique est chargée de définir les informations et indicateurs de suivi du parcours de prévention en matière de santé, d'éducation à la santé et d'éducation thérapeutique figurant au dossier médical partagé. »

CHAPITRE II

La formation à la prévention en santé et à l'éducation à la santé

Article 4

- ① I. – La prévention en matière de santé, l'éducation à la santé et l'éducation thérapeutique font l'objet d'un enseignement obligatoire au cours des études médicales, odontologiques, pharmaceutiques et maïeutiques, au cours de la formation universitaire de licence en sciences et techniques des activités physiques et sportives et dans les écoles et instituts de formation aux professions paramédicales.
- ② II. – Un arrêté conjoint des ministres chargés de l'enseignement supérieur, de l'éducation nationale et de la santé pris après avis de l'Agence nationale de santé publique, fixe le contenu et le volume de cet enseignement ainsi que les conditions de son contrôle.

Article 5

- ① Après l'article L. 312-16 du code de l'éducation, Il est inséré un article L. 312-16-1 ainsi rédigé :

- ② « *Art. L. 312-16-1.* – La prévention en matière de santé et l'éducation à la santé font l'objet d'un enseignement obligatoire dans les écoles primaires, les collèges et lycées ainsi que dans les centres de formation des apprentis.
- ③ « Un arrêté conjoint des ministres chargés de l'éducation, de la santé et de l'agriculture, pris après avis de l'Agence nationale de santé publique, fixe la durée, le contenu de ces enseignements ainsi que les conditions de formation des enseignants à ces disciplines. »

Article 6

- ① Le chapitre IV du titre IV du livre I^{er} de la deuxième partie du code de la santé publique est complété par un article L. 2134-2 ainsi rédigé :
- ② « *Art. L. 2134-2.* – I. – Les professionnels de santé des villages de la santé mentionnés à l'article 13 de la loi n° du d'orientation pour l'avenir de la santé organisent avec les établissements primaires de leur territoire des actions de prévention et de dépistage oculaire et bucco-dentaire pour les enfants entrant en école maternelle et élémentaire.
- ③ « Lorsque les enfants sont déjà appareillés, les opticiens-lunetiers peuvent adapter la prescription médicale en application de l'article L. 4362-10 du code de la santé publique.
- ④ « II. – Ces actions de prévention et de dépistage donnent lieu à une fiche de liaison formulant les recommandations adressées aux parents, lorsque cela est nécessaire.
- ⑤ « Lorsque la fiche de liaison est établie par un opticien-lunetier, elle doit obligatoirement indiquer, de manière claire, lisible et intelligible, que le dépistage ne saurait remplacer une consultation d'un ophtalmologiste.
- ⑥ « III. – L'action de dépistage ne peut être suivie d'un acte de vente par le professionnel de santé qui l'a effectuée ou par la personne morale auprès de laquelle il exerce son activité.
- ⑦ « IV. – Seul le village de la santé est autorisé à rémunérer les professionnels de santé ou les établissements pour lesquels ils exercent leur activité, au titre des actions de prévention et de dépistage effectuées, en conformité avec les objectifs de prévention en matière de santé, d'éducation à la santé et d'éducation thérapeutique mentionnés à

l'article 13 de la loi n° du d'orientation pour l'avenir de la santé et fixés au contrat pluriannuel d'objectifs et de moyens.

- ⑧ « Un arrêté conjoint des ministres chargés de l'éducation et de la santé fixe les modalités et les conditions de mise en œuvre de ces actions de prévention et de dépistage. »

TITRE II

DE LA MODERNISATION DES FORMATIONS MÉDICALES ET PARAMÉDICALES

CHAPITRE I^{er}

La réforme des études médicales

Article 7

Le 3^o du I de l'article L. 631-1 du code de l'éducation est complété par les mots : «, celles-ci devant obligatoirement intégrer un entretien avec un jury chargé d'évaluer la motivation et les qualités personnelles des candidats, notamment leur capacité d'écoute et d'empathie ; ».

Article 8

- ① Après l'article L. 632-2 du code de l'éducation, il est inséré un article L. 632-3 ainsi rédigé :
- ② « *Art. L. 632-3. – I. –* Les stages effectués par les étudiants en médecine peuvent être réalisés au long des deuxième et troisième cycles indistinctement en pratique de ville, toutes spécialités confondues, dans les établissements publics, privés et privés non lucratifs de santé et dans les établissements sociaux et médico-sociaux.
- ③ « *II. –* Chaque année le doyen de la faculté de médecine porte à la connaissance des membres du conseil d'administration de l'unité de formation et de recherche la liste des stages proposés aux étudiants et la répartition de ceux-ci selon les catégories d'établissements mentionnées au I.
- ④ « *III. –* Les collectivités territoriales sont autorisées à verser aux étudiants, pour la durée de leurs stages des indemnités de déplacement,

d'hébergement et de restauration dont les montants et conditions de versement seront fixés par délibération de leurs assemblées délibérantes. »

Article 9

- ① Après l'article L. 632-7 du code de l'éducation, il est inséré un article L. 632-8 ainsi rédigé :
- ② « *Art. L. 632-8. – I. –* Le patient-formateur est un collaborateur occasionnel du service public recruté par une faculté de médecine pour une durée d'une année renouvelable. Le contrat conclu entre une faculté de médecine et un patient-formateur définit les missions pédagogiques qui lui sont confiées et les conditions dans lesquelles elles s'exercent.
- ③ « *II. –* Les fonctions de patient-formateur sont exercées à titre gratuit. Le contrat conclu avec une faculté de médecine peut néanmoins prévoir le remboursement, s'il y a lieu, des frais de déplacement, d'hébergement et de restauration dans les conditions ouvertes aux fonctionnaires et agents publics. »

Article 10

- ① Après l'article L. 632-7 du code de l'éducation, il est inséré un article L. 632-9 ainsi rédigé :
- ② « *Art. L. 632-9. – I. –* Il est créé une spécialité de médecine polyvalente hospitalière sanctionnée par un diplôme d'études spécialisées qui peut être acquis dans le cadre du troisième cycle des études de médecine.
- ③ « Cette spécialité vise à former les étudiants, notamment à la prise en charge dans les services d'aval post-urgences, dans les structures d'aval de type soins de suite et de réadaptation mais également au sein des services de médecine hospitalière, de chirurgie et des services de spécialités médicales d'organe ou encore au sein des services de psychiatrie.
- ④ « Les étudiants sont ainsi formés à la prise en charge des maladies chroniques lorsque l'intervention continue des spécialistes n'est pas nécessaire, à la prise en charge des patients en sortie de soins aigus lorsque le retour à domicile n'est pas conseillé, à l'accompagnement des patients en fin de vie, à la prise en charge globale médicale, psychologique et sociale des patients, à l'organisation du retour à domicile et à la participation au maintien à domicile.

- ⑤ « II. – Les étudiants de première année de troisième cycle des études de médecine peuvent s’inscrire à ce diplôme d’études spécialisées à compter de l’année universitaire 2019-2020.
- ⑥ « III. – Un arrêté conjoint des ministres chargés de l’enseignement supérieur, de l’éducation nationale et de la santé fixe le contenu et le volume d’enseignement de cette spécialité ainsi que les conditions d’accès et de contrôle.
- ⑦ « IV. – Il est créé une formation spécialisée transversale de médecine hospitalière polyvalente accessible aux étudiants dans le cadre du troisième cycle des études de médecine.
- ⑧ « Un arrêté conjoint des ministres chargés de l’enseignement supérieur, de l’éducation nationale et de la santé fixe le contenu et le volume de cet enseignement, ainsi que les conditions d’accès et de contrôle.
- ⑨ « V. – Les praticiens de médecine hospitalière polyvalente peuvent bénéficier du développement professionnel continu conformément à l’article L. 4021-1 du code de la santé publique.
- ⑩ « Un arrêté du ministre chargé de la santé fixe les modalités d’accès et de suivi du développement professionnel continu en matière de médecine polyvalente hospitalière. »

CHAPITRE II

La réforme des études paramédicales

Article 11

- ① Le chapitre VI du titre III du livre VI de la troisième partie du code de l’éducation est complété par un article L. 636-2 ainsi rédigé :
- ② « *Art. L. 636-2. – I. –* Il est créé auprès de chaque unité de formation et de recherche de médecine une conférence pédagogique réunissant les instituts et écoles publiques et privés de formation aux professions paramédicales du ressort territorial de l’unité de formation et de recherche de médecine.
- ③ « Elle a pour vocation de mettre en cohérence les parcours de formation et de favoriser les rencontres et échanges entre les étudiants.

- ④ « II. – La conférence pédagogique a également pour mission de préparer et d'organiser l'intégration des formations paramédicales dans le parcours licence, master, doctorat. Un arrêté conjoint des ministres chargés de l'enseignement supérieur et de la santé fixe les conditions de cette intégration, effective à la rentrée universitaire 2020-2021.
- ⑤ « III. – La conférence pédagogique est composée du doyen de l'unité de formation et de recherche de médecine ou de son représentant et des responsables de formation des établissements membres. Elle se réunit au minimum une fois par année universitaire.
- ⑥ « Un décret fixe les conditions d'organisation et de fonctionnement de la conférence pédagogique. »

Article 12

- ① Après l'article L. 4311-1 du code de de la santé publique, il est inséré un article L. 4311-1-1 ainsi rédigé :
- ② « *Art. L. 4311-1-1.* – I. – Il est créé un statut d'infirmier de pratiques avancées. L'infirmier de pratiques avancées est un infirmier ayant obtenu une mention de spécialisation sanctionnée par un diplôme universitaire de niveau master 2.
- ③ « II. – Ces infirmiers de pratiques avancées exercent leurs fonctions dans le cadre libéral, dans le cadre de la fonction publique hospitalière ou territoriale.
- ④ « III. – La loi de financement de la sécurité sociale autorise l'Union nationale des caisses d'assurance maladie à fixer conventionnellement avec les représentants de la profession d'infirmier de pratiques avancées la tarification de leurs actes.
- ⑤ « IV. – À compter de la publication de la loi n° du d'orientation pour l'avenir de la santé au *Journal Officiel*, les infirmiers de bloc opératoire diplômés d'État et les infirmiers anesthésistes diplômés d'État deviennent infirmiers de pratiques avancées dans leur discipline.
- ⑥ « V. – Un décret pris en application du présent article organise ce statut en fixant notamment les conditions d'accès et d'exercice de la profession d'infirmier de pratiques avancées, les mentions de spécialisations et l'organisation de l'enseignement en master 1 et master 2 par l'université, ainsi que les conditions dans lesquelles ces professionnels

peuvent effectuer des prescriptions et actes en rapport avec leur spécialisation.

- ⑦ « VI. – Un décret pris en application du présent article fixe les conditions de rémunération et d'avancement des infirmiers de pratiques avancées relevant de la fonction publique hospitalière et de la fonction publique territoriale par la création d'une grille spécifique à chacune d'entre elles.
- ⑧ « VII. – Les décrets mettant en œuvre les dispositions du présent article sont publiés au plus tard dans l'année suivant la promulgation de la loi n° du d'orientation pour l'avenir de la santé. »

TITRE III

POUR UN ACCÈS À LA SANTÉ POUR TOUS, PLUS PROCHE ET PLUS RAPIDE

CHAPITRE I^{ER}

Les villages de la santé

Article 13

- ① I. – Après l'article L. 1434-14 du code de de la santé publique, est insérée une section 6 ainsi rédigée :
- ② « *Section 6*
- ③ « *Art. L. 1434-15. – I. – Les acteurs de santé, sociaux et médico-sociaux d'un territoire peuvent librement se constituer en réseau pour apporter une réponse aux demandes de santé des habitants de ce territoire dans une communauté territoriale de santé dénommée village de la santé. Le village de la santé est une association de la loi du 1^{er} Juillet 1901.*
- ④ « II. – Ces professionnels organisent dans un projet de santé partagé, en concertation et en coopération, l'offre et les conditions de l'accès aux soins, de la permanence des soins et de la prise en charge des patients afin de répondre à leurs demandes.

- ⑤ « Dans le projet de santé partagé du village de la santé, les signataires s'engagent notamment à apporter aux habitants du territoire une réponse de qualité au plus vite et au plus près de chez eux.
- ⑥ « Le projet du village de la santé fait l'objet d'une déclaration préalable auprès de l'agence régionale de santé territorialement compétente.
- ⑦ « III. – Les professionnels de santé et les établissements de santé publics, privés d'intérêt collectif et privés tels que définis aux articles L. 6111-1 et suivants du code de la santé publique, des établissements sociaux et médico-sociaux définis à l'article L. 312-1 du code de l'action sociale et des familles peuvent appartenir à un ou plusieurs villages de la santé.
- ⑧ « IV. – Les villages de la santé sont habilités à conclure un contrat pluriannuel d'objectifs et de moyens unique associant l'agence régionale de santé territorialement compétente, les collectivités territoriales volontaires et les caisses d'assurance maladie obligatoires territorialement compétentes.
- ⑨ « Ce contrat est conclu pour une durée maximale de cinq ans renouvelable.
- ⑩ « Le contrat pluriannuel d'objectifs et de moyens organise la prise en charge des patients, de la permanence des soins, des soins non programmés. Il définit les objectifs et actions en termes de prévention en matière de santé et d'éducation à la santé et d'éducation thérapeutique et organise la coordination au sein du village de la santé.
- ⑪ V. – Chaque collectivité locale signataire du contrat pluriannuel d'objectifs et de moyens désigne un élu siégeant au conseil d'administration du village de la santé. Les collectivités locales signataires sont habilitées à verser au village de la santé des subventions de fonctionnement et d'investissement dans le cadre et les limites fixés au contrat pluriannuel d'objectifs et de moyens.
- ⑫ « Les statuts du village de la santé prévoient qu'un représentant de l'agence régionale de santé, de la caisse primaire d'assurance maladie et de la mutualité sociale agricole siègent au conseil d'administration avec voix délibérative.

- ⑬ « Les statuts du village de la santé prévoient de manière obligatoire la représentation des usagers avec voix délibérative.
- ⑭ « Le président du village de la santé est élu pour un mandat de deux années renouvelable une fois. Le président du village de la santé est obligatoirement un professionnel de santé libéral. »
- ⑮ II. – l'article L. 162-5-3 du code de la sécurité sociale est complété par un 4° ainsi rédigé :
- ⑯ « 4° Lorsque la consultation est réalisée par un professionnel membre du village de la santé au titre de la permanence des soins. »
- ⑰ III. – Dans les douze mois à compter de la promulgation de la présente loi, les villages de la santé se substituent aux communautés professionnelles territoriales de santé définies aux articles L. 1434-12 et L. 1434-13 du code de la santé publique et se substituent à toutes les structures de regroupement de professionnels de santé existantes, autres que celles régies par le code de commerce ou le code civil, et deviennent seules organisations territoriales de santé.

CHAPITRE II

Dispositions diverses

Article 14

- ① Les collectivités territoriales peuvent créer par voie de convention avec les unités de formation et de recherche de médecine et les professionnels de santé de leur territoire des internats territoriaux afin de faciliter l'accès des internes et des externes en médecine à des stages effectués auprès de praticiens libéraux.
- ② Ladite convention prévoit les conditions d'accueil et d'hébergement des internes et des externes en médecine effectuant leur période de stage sur le territoire. Elle prévoit notamment la possibilité d'accueillir au sein de ces internats territoriaux d'autres étudiants relevant des professions paramédicales ayant également à effectuer un stage. Elle prévoit également que les internes et externes en médecine puissent effectuer leur période de stage dans les cabinets de différents médecins signataires de la convention.
- ③ Conformément aux dispositions de la présente loi, cette convention peut prévoir l'allocation par les collectivités territoriales signataires d'une

indemnité de déplacement, d'hébergement et de restauration, directement versée aux étudiants effectuant un stage au sein de l'internat territorial.

Article 15

- ① L'article L. 6132-1 du code de la santé publique est complété par un IX ainsi rédigé :
- ② « IX. – Il est créé auprès de chaque groupement hospitalier de territoire une assemblée consultative dénommée « conférence territoriale de santé » composée des représentants du comité des élus du groupement hospitalier de territoire, de représentants du directoire du groupement hospitalier de territoire, de représentants de la commission médicale du groupement hospitalier de territoire, de représentants des établissements privés d'hospitalisation à but lucratif et non lucratif du territoire, de représentants d'établissements sociaux et médico-sociaux publics et privés, de représentants des instances ordinales départementales des professions médicales et paramédicales du territoire et du représentant de l'agence régionale de santé du territoire.
- ③ « Cette conférence territoriale de santé a pour mission d'émettre un avis sur le projet médical du groupement de territoire. Elle est le lieu de la concertation entre l'hospitalisation publique, l'hospitalisation privée et la médecine de ville qui doit permettre d'aboutir à un projet médical et à la définition d'une carte sanitaire au sein du groupement hospitalier de territoire partagés par l'ensemble des professionnels et acteurs de santé. »

Article 16

- ① La section 1 du chapitre II du titre I du livre III du code l'action sociale et des familles est complétée par un article L. 312-2 ainsi rédigé :
- ② « *Art. L. 312-2.* – Il existe dans chaque établissement d'hébergement pour personnes âgées dépendantes un ou plusieurs médecins coordonnateurs qui disposent d'un droit de prescription dans les conditions du droit commun. »

TITRE IV

MODERNISATION DE L'EXERCICE LIBÉRAL DE LA MÉDECINE.

CHAPITRE I^{ER}

Les négociations conventionnelles

Article 17

L'article L. 162-1-9-1 du code de la sécurité sociale est abrogé.

Article 18

- ① La convention conclue entre l'Union nationale des caisses d'assurance maladie et les syndicats représentatifs des médecins libéraux est d'application immédiate dès sa ratification.
- ② Les stabilisateurs économiques fixés par la convention de 2013 qui retardent de six mois l'application de toute mesure tarifaire positive sont supprimés.

Article 19

- ① La convention conclue entre l'Union nationale des caisses d'assurance maladie et les syndicats représentatifs des professionnels libéraux de santé prévoit dans ses stipulations tarifaires une clause annuelle d'indexation des tarifs des actes.
- ② Un décret fixe les modalités de mise en œuvre de cette indexation annuelle et notamment les indices de référence.

CHAPITRE II

Mesures diverses

Article 20

Toute société civile ou commerciale créée par des professionnels de santé doit être majoritairement détenue par des professionnels de santé régulièrement inscrits auprès d'un ordre français.

Article 21

- ① Après l'article L. 161-22-1A du code de la sécurité sociale, il est inséré un article L. 161-22-1B ainsi rédigé :
- ② « *Art. L. 161-22-1B.* – Les dispositions de l'article L. 161-22 ne font pas obstacle à l'exercice par un médecin retraité d'une activité de remplacement dans une zone définie sous-dense par l'agence régionale de santé, pour une durée cumulée n'excédant pas 24 mois. Les revenus perçus par le médecin retraité au titre de son activité de remplacement sont exonérés de la totalité des cotisations sociales et de retraite dès lors qu'ils n'excèdent pas 90 000 euros annuels. »

Article 22

Les professionnels de santé visés aux articles L. 4111-1 à L. 4163-10, L. 4211-1 à L. 4262-3 et L. 4311-1 à L. 4394-3, sont reconnus comme personnes chargées d'une mission de service public et à ce titre bénéficient en cas d'agression ou d'outrage des dispositions de l'article 433-5 du code pénal.

TITRE V

INNOVATION ET DONNÉES DE SANTÉ

Article 23

- ① Le III de l'article L. 1461-1 du code de la santé publique est ainsi modifié :
- ② Après le mot : « santé », la fin du 2° est ainsi rédigée : « de protection sociale, de la prévention et de l'éducation à la santé *via* les analyses des données épidémiologiques ; »
- ③ Au 6°, après le mot : « santé », sont insérés les mots : « , de la prévention, de l'éducation à la santé ».

Article 24

- ① Après le treizième alinéa de l'article L. 1461-3, il est inséré un alinéa ainsi rédigé :

- ② « Faute pour la Commission d’avoir rendu un avis dans les six mois du dépôt du dossier, celui-ci est réputé favorable et opposable. »

TITRE VI

FINANCEMENT

Article 25

- ① Un projet de loi de programmation en santé est soumis par le Gouvernement à l’examen du Parlement tous les cinq ans. Ce projet de loi de programmation en santé, document prospectif et stratégique, devra fixer les objectifs et les moyens en matière :
- ② 1° De prévention et d’éducation à la santé et le financement correspondant ;
- ③ 2° De santé mentale ;
- ④ 3° De médecine du travail et de médecine scolaire ;
- ⑤ 4° D’effectifs d’étudiants des études médicales et paramédicales et leur répartition géographique ;
- ⑥ 5° D’évolution des formations médicales et paramédicales ;
- ⑦ 6° D’organisation territoriale de la santé ;
- ⑧ 7° De nombre des établissements de santé ;
- ⑨ 8° D’organisation et le financement des urgences ;
- ⑩ 9° D’évolution des effectifs hospitaliers ;
- ⑪ 10° De nombre de professionnels de santé en activité ;
- ⑫ 11° D’organisation de la recherche et de l’innovation ;
- ⑬ 12° D’organisation et de déploiement du numérique sur les territoires ;
- ⑭ 13° D’accès aux médicaments et de financement des médicaments ;
- ⑮ 14° De performance, d’évaluation et de qualité des soins.

- ⑩ Le projet de loi de financement de la sécurité sociale devra évaluer la conformité des actions aux objectifs fixés par la loi de programmation et les décliner pour l'année suivante.

Article 26

- ① I. – Le paiement au parcours de soin s'applique dans les mêmes conditions à tous les établissements de santé et à tous les professionnels de santé qui exercent en pratique de ville.
- ② La liste des parcours de soins pour lesquels s'applique la facturation visée dans le présent article est définie par décret.
- ③ II. – Les parcours de soins donnent lieu à une rémunération forfaitaire sur la base de la valorisation d'un nombre d'actes établi pour chaque parcours par la Haute Autorité de santé.
- ④ L'évaluation médico-économique est placée sous la responsabilité de l'Agence technique de l'information sur l'hospitalisation et de l'assurance maladie.
- ⑤ III. – Lorsqu'un patient entre dans un parcours de soins, chaque acte réalisé dans le cadre de ce parcours fait l'objet d'un financement appelé par la carte vitale du patient ou, le cas échéant, par une feuille de soins. Dans le cas où des actes supplémentaires autres que ceux prévus dans le cadre du parcours de soins s'avèreraient nécessaires, l'établissement ou le professionnel de santé en font reconnaître la justification médicale par l'assurance maladie qui procède alors au règlement du patient et du professionnel.
- ⑥ IV. – Les agences régionales de santé doivent publier chaque année l'état des indicateurs de qualité des soins définis par décret.

Article 27

- ① Le sixième alinéa de l'article L. 911-7 du code de la sécurité sociale est ainsi rédigé :
- ② « Le panier des garanties collectives prises en charge dans le cadre des contrats collectifs d'assurance complémentaire est fixé chaque année. Chaque salarié se voit offrir un panier de garanties identique quelle que soit la taille de l'entreprise qui l'emploie. »

Article 28

- ① La charge pour l'État est compensée à due concurrence par la création d'une taxe additionnelle aux droits mentionnés aux articles 575 et 575 A du code général des impôts.
- ② La charge pour les collectivités territoriales est compensée à due concurrence par la majoration de la dotation globale de fonctionnement et, corrélativement pour l'État, par la création d'une taxe additionnelle aux droits mentionnés aux articles 575 et 575 A du code général des impôts.
- ③ La charge pour les organismes de sécurité sociale est compensée à due concurrence par la majoration des droits mentionnés aux articles 575 et 575 A du code général des impôts.

