



N° 3310

ASSEMBLÉE NATIONALE

CONSTITUTION DU 4 OCTOBRE 1958

QUINZIÈME LÉGISLATURE

Enregistré à la Présidence de l'Assemblée nationale le 15 septembre 2020.

PROPOSITION DE LOI

de programmation pour 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, Brigitte KUSTER, Damien ABAD, Pierre VATIN, Julien DIVE, Pierre CORDIER, Jean-Pierre DOOR, Arnaud VIALA, Didier QUENTIN, Frédéric REISS, Josiane CORNELOUP, Constance LE GRIP, Robin REDA, Valérie BAZIN-MALGRAS, Patrick HETZEL, Jean-Pierre VIGIER, Nathalie SERRE, Raphaël SCHELLENBERGER, Geneviève LEVY, Valérie BEAUVAIS, Stéphane VIRY, Nicolas FORISSIER, Laurence TRASTOUR-ISNART, Michel VIALAY, Jean-Claude BOUCHET, Véronique LOUWAGIE, Isabelle VALENTIN, Émilie BONNIVARD, Bernard PERRUT, Emmanuelle ANTHOINE,

députés.

EXPOSÉ DES MOTIFS

MESDAMES, MESSIEURS,

La politique de santé de la République est fondée sur la volonté d'assurer à chaque femme et à chaque homme, sur tous les territoires, la possibilité d'être et de demeurer en bonne santé et de se voir offrir les meilleures conditions de prise en charge sanitaire et médico-sociale.

Force est de constater que le système de santé français est à bout de souffle, qu'il ne tient que par le dévouement des professionnels de santé et médico-sociaux, qui partout continuent de s'engager pour offrir à tous les Français un accès aux soins de qualité. Longtemps, les difficultés de notre système de santé n'ont été appréciées que sous l'angle financier et budgétaire.

À certains égards, le constat est glaçant. La prévention n'est pas gouvernée, faute d'une stratégie globale, d'une véritable coordination et d'une évaluation régulière. La France se classe désormais à la 23^e place sur 27 pour l'espérance de vie en bonne santé des plus de 65 ans. Les médecines scolaire et du travail sont laissées en déshérence : la statistique la plus défavorable laisse apparaître dans certaines régions un médecin scolaire pour 47 000 élèves. Les dépenses relatives aux maladies chroniques représentent 65 % des dépenses annuelles de l'assurance maladie.

L'état de la psychiatrie et de la santé mentale est particulièrement inquiétant puisque 12,5 millions de personnes sont aujourd'hui porteuses d'une affection psychiatrique et mentale et ce chiffre est en train de croître de manière exponentielle en suite de la crise de la covid-19. Le coût total est estimé à 109 milliards d'euros par an, dont 23 milliards pour la seule assurance maladie.

Les établissements de santé, qu'ils soient publics ou privés, connaissent des situations financières insoutenables, et cette équation atteint l'ensemble des acteurs de santé. La filière du médicament et du dispositif médical est dans une position fragile : une pharmacie d'officine ferme tous les deux jours, les répartiteurs livrent parfois à perte, et de nombreux laboratoires ont interrompu leurs investissements de recherche en France.

La liste pourrait ainsi se prolonger. La crise sanitaire que nous venons de traverser a été un formidable révélateur des forces et des faiblesses de notre bel édifice de sécurité sociale, de sa résilience comme de son inertie.

Il serait injuste de dire que rien n'a été fait. Il serait inexact d'affirmer que ce constat n'a pas été multiplié et qu'il n'est pas partagé, collectivement.

Mais il manque aujourd'hui pour notre système de santé une réelle ambition, un souffle nouveau. Un cap clair et défini.

Car la santé est la seule politique publique qui concerne chaque Français de la néonatalité à la fin de vie. C'est aussi un sujet qui définit un projet de société selon qu'il s'exerce dans la solidarité ou qu'il renvoie aux facultés contributives de chacun. La santé est d'abord un sujet politique, au sens le plus noble du terme.

C'est précisément l'ambition et l'objectif que porte cette loi de programmation en santé, qui vise à instituer pour une période de cinq années les grands principes susceptibles de définir notre modèle de santé pour le futur. Elle fixe ainsi une trajectoire quinquennale, qui sera renouvelée et amendée à son terme (**article 1^{er}**).

Cette proposition de loi porte six ambitions fortes et fondatrices.

1. Décloisonner les relations entre l'administration de la santé et les territoires

Chacun aura pu le constater à l'occasion de la crise de la covid-19, l'administration de la santé est parfois apparue très enfermée dans ses procédures et son administration, et pas suffisamment accessible aux territoires. Il appartient donc au présent texte de favoriser les liens entre les élus des territoires et les services déconcentrés du ministère de la santé afin de prendre en considération, au plus près de la réalité des patients, l'accès aux soins et les prises en charge. Pour cela, le texte prévoit d'inclure dans la gouvernance des agences régionales de santé, des groupements hospitaliers de territoire mais aussi des établissements de santé eux-mêmes les élus régionaux, départementaux et ceux du bloc communal. Cette voix des élus, corps intermédiaire s'il en est, doit favoriser l'adaptation de notre système de santé aux contraintes, aux exigences et aux réalités des territoires. Chaque Français doit pouvoir lire dans l'organisation comme dans la gouvernance de notre système de santé la certitude de la prise en

charge au plus près de son domicile et dans les meilleures conditions sanitaires, et ce sur l'ensemble du territoire.

L'article 2 vise à filialiser un certain nombre d'autorités publiques et administratives indépendantes, de conseils, d'instituts et d'agence sous l'autorité de la Haute Autorité de santé. L'objectif est de permettre une meilleure lisibilité des actions et des programmes de ces agences et de garantir leur mise en cohérence. Les moyens budgétaires et humains seront ainsi mieux fléchés et mieux utilisés, selon les priorités que le Parlement et le Gouvernement se donnent en matière de santé.

L'article 3 vise à ouvrir grand le dialogue entre les agences régionales de santé et les territoires. Répondant à un objectif de transparence et de transversalité, l'article modifie la gouvernance des agences régionales de santé, via la création d'un conseil d'administration composé d'un collège des élus, d'un collège des établissements, d'un collège des personnels, d'un collège des patients et d'un collège des professionnels de santé.

Ce conseil d'administration dispose d'une compétence générale de droit commun pour régler par ses délibérations les affaires de l'agence. En intégrant en son sein les différentes parties prenantes à la définition des projets régionaux de santé et au fonctionnement de l'agence, cette nouvelle organisation porte l'ambition d'une plus grande démocratie sanitaire et rapproche les agences régionales de santé des territoires et de leurs habitants.

L'article 4 crée, sur le modèle des contrats de plan État-région, des contrats pluriannuels de programmation et d'investissements en santé (CPPIS), négociés et conclus entre la région et l'agence régionale de santé.

Ces CPPIS constitueront des outils de développement particulièrement importants pour les territoires, à travers la définition et le financement de projets structurants. Au même titre que les CPER, ils renforceront la politique d'aménagement du territoire en matière sanitaire et médico-sociale au service de l'égalité des territoires.

Dans une logique ascendante et descendante, les régions pourront également consulter et associer les départements au financement de projets relatifs au champ médico-social puisque ceux-ci participent à son financement, en complément de l'agence régionale de santé, au titre de l'hôtellerie et de la restauration, et régions et départements pourront associer par voie de fonds de concours les collectivités du bloc communal, sur la base du volontariat.

Les CPPIS sont donc construits pour associer l'ensemble des collectivités locales aux orientations quinquennales fixées entre les régions et l'État par la voix des agences régionales de santé en matière sanitaire et médico-sociale.

L'article 5 crée un principe général de substitution obligatoire dès lors que l'agence régionale de santé envisage la fermeture d'un établissement ou d'un service hospitalier, ou la suppression au sein d'un établissement d'une spécialité médicale. Ce principe général de substitution vise à proposer des solutions concrètes afin de maintenir pour chaque usager les meilleures conditions d'accès aux soins sur les territoires.

Si ces suppressions se justifient à certains endroits, l'article vise à lutter contre les disparités territoriales en matière d'accès aux soins et de prise en charge, et ainsi à limiter le sentiment d'abandon et d'isolement des populations concernées.

Les mesures de substitution seront discutées dans le cadre d'un dialogue ouvert entre l'agence régionale de santé et les élus du territoire concerné par ladite fermeture ou suppression.

Cet article s'inscrit dans l'esprit des dispositions de l'article 52 de la loi de financement de sécurité sociale pour 2020 visant à proposer aux femmes enceintes une prestation d'hébergement temporaire non médicalisé lorsque la situation de leur domicile implique une durée d'accès à une unité adaptée de gynécologie obstétrique supérieure à un seuil.

L'article 6 transforme la gouvernance des établissements publics de santé puisqu'il prévoit la création d'un conseil d'administration, composé d'un collège des élus locaux, d'un collège des personnels médicaux, d'un collège des personnels et d'un collège des patients. L'objectif de transversalité est d'associer aux décisions et aux projets de l'établissement l'ensemble des acteurs du territoire concerné.

Sortir du mode de gestion bicéphale portée d'un côté par un directeur et de l'autre par une commission médicale permet de lever les freins et les oppositions qui se font jour dans certains établissements. De plus, cette gouvernance élargie à d'autres acteurs fait place à davantage de concertation, de discussion et de dialogue.

L'article 7 confère au directeur d'établissement un pouvoir disciplinaire sur les personnels, en contrepartie de quoi il est également sujet à la révocation par le conseil d'administration. Cette approche

ascendante et descendante permet un dialogue plus ouvert et plus transparent entre la direction de l'hôpital et l'ensemble des personnels médicaux et non médicaux.

L'article 8 prévoit que les groupements hospitaliers de territoire doivent obligatoirement mutualiser la définition d'un projet médical partagé. Il s'agit d'assurer la cohérence entre chacun des projets médicaux des établissements parties et celui l'établissement support en respectant les orientations souveraines prises par chacun des établissements.

L'article 9 vise à décloisonner les relations entre les collectivités locales et les professions de santé, en associant de droit les collectivités locales à la gouvernance des communautés territoriales professionnelles de santé, ce qui les autorisent à verser au CPTS des subventions de fonctionnement et d'investissement, en complément de celles de l'État, ce qui est impossible actuellement.

Les CPTS portent sur tous les territoires des projets de santé qui contribuent à une meilleure qualité de l'offre de soins et portent souvent des projets innovants. L'association des élus permettra de faciliter les relations avec les pouvoirs publics et les autorisera à participer au financement de ces projets, en sus des ressources allouées par la caisse nationale d'assurance maladie.

L'article 10 est une mesure d'attractivité des territoires ruraux dont peuvent se saisir les collectivités locales. Il s'agit en effet de permettre à ces dernières de contractualiser avec les unités de formation et de recherche de médecine, les instituts de formation aux métiers de la santé et les professionnels de santé de leur territoire pour créer des internats territoriaux afin de faciliter l'accès des étudiants en santé à des stages effectués auprès de praticiens libéraux.

Ladite convention ouvre droit au versement d'indemnités de déplacement, de restauration et d'hébergement par les collectivités locales aux étudiants signataires. De nombreux étudiants se retrouvent en effet dans l'impossibilité de réaliser un stage en dehors de leurs lieux d'études et de résidence pour des raisons financières évidentes (loyers, déplacements, etc...).

Ce dispositif porte donc une double ambition : lutter contre les inégalités territoriales en matière de démographie médicale, et soutenir les étudiants dans leurs projets professionnels.

2. Décloisonner les professions de santé entre elles

Trop souvent, les professionnels de santé sont enfermés dans un métier ou une spécialité desquels il est extrêmement difficile de sortir ou d'évoluer. Ce cloisonnement des métiers ne permet pas aujourd'hui d'offrir à tous les professionnels de santé une carrière à la hauteur de leurs motivations. Selon leur expérience et suivant les formations qu'ils ont pu suivre, ils doivent pouvoir dessiner des perspectives correspondant à leurs légitimes ambitions. La profession d'infirmier ne peut pas apparaître durablement fermée aux aides-soignants. Les professions médicales ne peuvent pas ne pas s'enrichir de l'expérience et des pratiques professionnelles acquises par les infirmiers. Au cours de sa carrière un professionnel de santé doit pouvoir évoluer, changer de spécialité ou de métier sans pour cela reprendre des cycles de formation extrêmement longs et donc dissuasifs et coûteux. La validation des acquis de l'expérience doit être appréciée au cas par cas et donner les moyens à chaque professionnel de santé de rester maître de sa carrière, par-delà son statut et sa formation initiale (**article 11**).

Cet enrichissement entre disciplines médicales et paramédicales doit intervenir au plus tôt, dès le commencement de la formation des étudiants en santé. **L'article 12** vise à universitariser la formation des paramédicaux pour permettre à tous les étudiants d'intégrer les parcours licence-master-doctorat. La création de conférences pédagogiques dans le ressort de chaque faculté de médecine, qui associent tant les facultés de médecine que les instituts et écoles de formation aux professions paramédicales, permettra de mettre en cohérence les maquettes pédagogiques entre les médicaux et paramédicaux et de favoriser entre les formateurs, mais aussi entre les étudiants, un dialogue, véritable amorce d'une organisation pluridisciplinaire et horizontale.

C'est l'ambition que porte notamment ce texte. Une ambition qui devra là aussi se déployer au plus près des professionnels de santé.

L'article 13 reconnaît l'importance des patients-formateurs dans l'enseignement des études médicales et paramédicales et leur confère le statut de collaborateur occasionnel du service public.

3. Décloisonner les politiques de prévention et reconnaître leur importance

L'article 14 élargit les missions de l'agence nationale de santé publique « Santé publique France » 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.

La prévention et l'éducation à la santé doivent devenir plus qu'aujourd'hui les objectifs prioritaires de notre système de santé. Il faudra pour cela coordonner et mettre en cohérence l'ensemble des initiatives prises nationalement et localement en faveur de l'éducation à la santé et de la prévention afin d'optimiser les résultats. Un véritable parcours de prévention doit être créé dès les premiers mois de la vie qui accompagnera chaque Français tout au long de son existence afin que soit repérés, analysés les besoins en prévention, en éducation à la santé ou en éducation thérapeutique.

L'article 15 intègre au dossier médical partagé un volet prévention, qui permet de centraliser l'ensemble des actions de prévention qui ont été réalisées par l'ensemble des professionnels de santé. Les professions de santé qui interviennent en matière de prévention au premier chef doivent au travers de ce parcours pouvoir eux aussi coordonner leur action. Il est impératif que demain les médecins des services de protection maternelle et infantile, les médecins scolaires, les médecins du travail et la médecine de ville dans son ensemble soient présents au sein du parcours de prévention du patient, dans un dialogue permanent et formalisé.

Pour autant, une stratégie ambitieuse de prévention doit veiller à associer, au-delà des professionnels de santé, l'ensemble des professionnels de l'éducation (enseignants et éducateurs sportifs) pour qu'ils puissent travailler de concert et avoir des objectifs communs et partagés.

C'est pourquoi **l'article 16** rend obligatoire l'enseignement de la prévention en santé, l'éducation à la santé et l'éducation thérapeutique 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.

Ainsi, l'organisation générale de la prévention, autour d'une agence dotée d'une compétence exclusive permettra d'alimenter la recherche en

prévention et de produire des études scientifiques, qui irrigueront nécessairement les enseignements pratiques et théoriques dispensés au cours des études en santé.

Enfin, **l'article 17** rend obligatoire l'enseignement de la prévention en matière de santé et l'éducation à la santé dans les écoles primaires, les collèges et lycées ainsi que dans les centres de formation des apprentis. Il s'agit, au travers de cette disposition, de sensibiliser les futures générations à l'importance de la prévention. Aussi, l'article 18 rend-il obligatoires les actions de prévention et de dépistage par des professionnels de santé au sein des établissements scolaires afin de dépister de manière précoce les troubles auditifs, visuels, bucco-dentaires et neuro-comportementaux. Cet article vise non seulement à lutter contre les inégalités d'accès aux soins mais aussi contre le décrochage scolaire, dont une partie provient des carences ci-dessus évoquées, et qui ne sont plus détectées, faute de médecins scolaires en nombre suffisant.

4. Décloisonner le monde de la psychiatrie et de la maladie mentale

Parce qu'un quart des Français sont de près ou de loin personnellement ou pour leurs proches concernés par la maladie mentale, il convient que notre société apporte à ces questions souvent intimes et souvent douloureuses des réponses fortes, à la hauteur de ce que doit être une société humaine et solidaire du XXI^{ème} siècle. Depuis trop longtemps, la psychiatrie est le parent pauvre et éloigné de notre système de santé. Depuis trop longtemps la psychiatrie est traitée comme un substitut à la santé en général. Ses financements ne sont plus à la hauteur des demandes, ils sont une aussi exigence pour l'ensemble de la nation.

La présente loi vise à affirmer l'ambition nationale portée aux questions de psychiatrie et de maladie mentale en repensant et en refondant son organisation territoriale, sa coordination avec les autres intervenants du système de santé et son financement.

Ainsi, **l'article 19** déclare-t-il la psychiatrie Grande cause nationale pour la période 2021-2025. Au-delà de l'ambition formelle, l'article prévoit la création d'un plan quinquennal en matière de psychiatrie et de santé mentale, lequel fixe des objectifs clairs visant à remettre à niveau l'offre de soins, à réformer le financement, la formation et la recherche en matière de santé mentale. À titre dérogatoire et pour la durée du plan mentionné, les établissements publics de santé mentale sont placés sous l'autorité directe du ministre en charge de la santé. Le plan quinquennal est proposé et mis en œuvre par l'Institut national de psychiatrie et santé mentale (INPSM),

créé par l'article 20 sur le modèle de l'Institut national du Cancer (INCA), pour coordonner les actions de psychiatrie et de santé mentale.

La psychiatrie doit faire l'objet d'une réflexion globale et profonde. C'est pourquoi ces deux articles s'inscrivent dans cette loi de programmation en santé et, plutôt que de proposer des dispositions techniques, ambitionnent d'engager sans tarder une concertation afin de fixer les grandes orientations de la psychiatrie pour les 20 ou 30 prochaines années.

5. Décloisonner le monde de la recherche et de l'innovation en santé

L'INSERM est chargé de la coordination de la recherche médicale et pharmaceutique en France. Cette mission vise à en renforcer l'efficacité en s'assurant de la complémentarité et de la compatibilité des différents travaux de recherche (**article 21**).

L'ensemble des acteurs de l'innovation et de la recherche doivent aussi pouvoir compter sur les services de l'État pour gérer dans des délais adaptés aux circonstances d'un marché désormais mondial les autorisations administratives, la fixation des tarifs, des conditions de remboursement des médicaments et des dispositifs médicaux ainsi que les financements (**article 22**).

Ainsi, tout laboratoire ou organisme public ou privé de recherche qui souhaite obtenir une autorisation de mise sur le marché permanente ou temporaire, une admission au remboursement et la fixation des prix pour un médicament ou un dispositif médical déposera son dossier auprès de la Haute Autorité de santé en sa qualité de chef de file des organismes visés à l'article 2 *supra*, à charge pour la Haute Autorité de santé de solliciter les organismes qui lui sont désormais rattachés. Elle dispose d'un délai de 180 jours pour faire connaître sa décision. L'organisation de la HAS sous la forme d'un guichet unique permet de simplifier considérablement les procédures, en limitant le nombre de démarches et d'interlocuteurs.

De plus, l'article prévoit que dans le cas où le prix proposé au laboratoire ou à l'organisme de recherche par la Haute Autorité de santé ou l'une de ses filiales est inférieur de 15 % au prix demandé par le pétitionnaire, le laboratoire ou l'organisme de recherche conviennent de recourir à la procédure de l'arbitrage dans les conditions du droit commun.

En outre, le délai de 180 jours, tel que fixé par la directive européenne dite « Transparence » est opposable à l'État.

C'est à ces conditions seulement que la France pourra espérer retrouver son rang dans la recherche et l'innovation tout en retrouvant une souveraineté dans ses approvisionnements, plus nécessaire que jamais.

6. Décloisonner le financement de notre système de santé

Si d'évidence, il n'est nullement question de remettre en cause les principes de solidarité édictés par les fondateurs de la sécurité sociale en 1945, force est de constater que face à une population qui vieillit, et qui ne vieillit pas en bonne santé, faute de politiques de prévention suffisamment développées, les besoins en financement ne vont cesser de croître dans les années à venir alors même que les ressources de notre système de santé sont désormais plafonnées.

Chacun comprendra que les leviers des cotisations sociales, des impôts ou de la dette ne sont plus en mesure de financer le développement et la pérennisation de notre système de santé. La présente loi de programmation est donc une invitation forte lancée à l'ensemble du monde de la santé à réfléchir à ce que pourraient être de nouvelles voies de financement qui permettent d'offrir aux Françaises et aux Français la certitude que notre système de santé, qui figure parmi les meilleurs du monde, sera pérenne et transmissible aux générations futures.

Pour cela la présente loi organise sur une période provisoire de cinq ans un financement qui devra faire appel à la solidarité de toutes les politiques publiques ce qui nécessitera que le budget de la santé ne bénéficie plus de la part du Parlement d'un régime d'autorisation indépendant mais réintègre le budget de l'État pour assurer la mise en œuvre de cette nécessaire solidarité. Toujours de manière transitoire, notre système de santé pourra exceptionnellement solliciter le concours, tant en fonctionnement qu'en investissement des collectivités locales, qui sont les premières à recevoir les besoins et attentes de la population (**article 23**).

Ces six ambitions peuvent trouver un écho si collectivement nous choisissons de faire de la santé une priorité pour la France. Il nous revient la responsabilité politique de dessiner le monde de la santé de demain. Une responsabilité qui nous engage pour aujourd'hui et pour demain.

PROPOSITION DE LOI

TITRE I^{ER}

DÉCLOISONNER LES RELATIONS ENTRE L'ADMINISTRATION ET LES TERRITOIRES

Article 1^{er}

- ① Au début du chapitre I^{er} du titre I^{er} livre IV de la première partie du code de la santé publique, il est inséré un article L. 1411 ainsi rédigé :
- ② « *Art. L. 1411.* – La politique de santé de la République est fondée sur la volonté d'assurer la pérennité du système de santé français, en garantissant à chacun selon ses besoins et sur tout le territoire un service de santé de qualité, efficace et équitable.
- ③ « La loi de programmation en santé a pour objet de reconstruire le système de santé, placé au rang de priorité nationale, dans une logique pluriannuelle de programmation des objectifs et des moyens.
- ④ « Elle est adoptée par le Parlement pour une durée de cinq années. »

CHAPITRE I^{ER}

Simplification, lisibilité et mise en cohérence des objectifs, des actions et des moyens des acteurs institutionnels en santé

Article 2

- ① Le code de la sécurité sociale est ainsi modifié :
- ② 1° L'article L. 161-37 devient l'article L. 161-37-1 ;
- ③ 2° Il est rétabli un article L. 161-37 rédigé comme suit :
- ④ « *Art. L. 161-37.* – I. – Dans un délai de cinq ans à compter de la promulgation de la loi, les autorités publiques indépendantes en santé, les autorités administratives indépendantes en santé, les établissements publics administratifs en santé, les instituts, les conseils et les agences en santé, à l'exception de Santé publique France et l'Institut national de psychiatrie et de santé mentale visé à l'article 20 de la présente loi, sont filialisés

sous l'autorité de la Haute Autorité de santé qui en assure le pilotage et la gouvernance stratégique .

- ⑤ « II. – La Haute Autorité de santé veille à la mise en cohérence des actions, des missions et des programmes des autorités, des établissements, des instituts, des conseils et agences dont elle est chef de file. Elle définit la répartition des moyens qui leur sont alloués, qu'il s'agisse de moyens financiers, humains ou matériels et évalue les résultats obtenus.
- ⑥ « Un décret en Conseil d'État fixe cette organisation dans un délai de six mois à compter de la promulgation de la loi. »

CHAPITRE II

Territorialiser les politiques de santé pour les rapprocher des territoires et de leurs populations

Article 3

- ① L'article L. 1432-3 du code de la santé publique est ainsi rédigé :
- ② « *Art. L. 1432-3. – I. –* Les Agences régionales de santé sont administrées par un conseil d'administration. Le président du conseil régional préside de droit le conseil d'administration de l'agence.
- ③ « Ce conseil d'administration est constitué de cinq collèges dont la composition est la suivante :
- ④ « 1° Un collège des élus. Siègent au collège des élus, quatre représentants du conseil régional territorialement compétent et un représentant pour chacun des départements du ressort territorial de l'agence ;
- ⑤ « 2° Un collège des établissements, composé de trois représentants des fédérations d'hospitalisation et trois représentants des fédérations du secteur médico-social ;
- ⑥ « 3° Un collège des personnels, composé de six représentants des organisations représentatives des personnels des établissements de santé et des établissements médico-sociaux publics et privés ;
- ⑦ « 4° Un collège des patients composé de six représentants des patients et usagers des associations représentatives des patients ou des usagers

présentes dans les établissements de santé et établissements médico-sociaux du ressort géographique de l'agence ;

- ⑧ « 5° Un collège des professionnels de santé composé de six représentants des professions médicales et paramédicales désignés par les unions régionales des professionnels de santé. »
- ⑨ « La composition du conseil d'administration est fixée par arrêté du directeur général de l'agence.
- ⑩ « II. – Dès sa première réunion, le conseil d'administration élit en son sein deux vice-présidents, l'un appartenant au collège des représentants des personnels, l'autre appartenant au collège des patients.
- ⑪ « III. – Le conseil d'administration se réunit au moins une fois par trimestre sur convocation de son président ou sur demande d'au moins la moitié de ses membres. Le directeur général de l'agence propose au Président l'ordre du jour. Le conseil d'administration délibère à la majorité simple de ses membres présents ou représentés. En cas de partage des voix, la voix du président est prépondérante.
- ⑫ « Il est tenu un registre des délibérations du conseil d'administration. Les délibérations du conseil d'administration sont portées à la connaissance du public par tous moyens. »
- ⑬ « IV. – Le conseil d'administration a une compétence générale de droit commun pour régler par ses délibérations les affaires de l'agence, dans le respect des compétences confiées par la loi aux agences régionales de santé. Il est chargé :
- ⑭ « 1° D'adopter le projet régional de santé défini aux articles L.1434-1 et suivants ;
- ⑮ « 2° D'adopter les budgets de l'agence ;
- ⑯ « 3° D'adopter le compte administratif ;
- ⑰ « 4° D'arrêter le tableau des effectifs ;
- ⑱ « 5° D'autoriser la signature des contrats pluriannuels d'objectifs et de moyens entre l'agence régionale de santé et les établissements ;
- ⑲ « 6° D'adopter le contrat pluriannuel de programmation et d'investissements en santé dans les conditions prévues à l'article 4 de la présente loi. »

Article 4

- ① Après l'article L. 4251-1 du code général des collectivités territoriales, il est inséré un article L. 4251-1-1 ainsi rédigé :
- ② « *Art. L. 4251-1-1. – I. –* La région signe un contrat pluriannuel de programmation et d'investissements en santé avec l'agence régionale de santé territorialement compétente.
- ③ « Ce contrat pluriannuel de programmation et d'investissements en santé est conclu et adopté suivant les règles de forme et de procédure applicables au contrat de plan État-Région défini aux articles L. 4251-1 et suivants du code général des collectivités territoriales.
- ④ « II. – Les départements sont associés au contrat pluriannuel de programmation et de financement des investissements en santé dans le cadre des orientations et de la stratégie territoriale relative au champ médico-social.
- ⑤ « III. – Ce contrat d'une durée maximale de cinq années encadre l'intervention financière des collectivités locales au financement des investissements des établissements de santé et médico-sociaux, publics et privés, selon les objectifs définis par les parties au contrat et sans méconnaître les compétences de l'État.
- ⑥ « IV. – Les régions et les départements peuvent associer par voie de fonds de concours les collectivités du bloc communal à cette programmation et ce financement des investissements sanitaires et médico-sociaux. »

Article 5

- ① Après l'article L. 1434-15 du code de la santé publique, il est inséré un article L. 1434-16 ainsi rédigé :
- ② « *Art. L. 1434-16. – I. –* Chaque fois que l'agence régionale de santé envisage la fermeture d'un établissement ou d'un service hospitalier, ou la suppression au sein d'un établissement de santé d'une spécialité médicale, elle doit préalablement, en lien avec les élus du territoire concerné, avoir proposé des mesures de substitution permettant aux habitants dudit territoire de conserver des conditions d'accès aux soins et de prise en charge équivalentes, en termes de qualité et de délai notamment.

- ③ « Un décret en Conseil d'État détermine autant que de besoin les conditions de consultation des élus du territoire ».

CHAPITRE III

Améliorer la gouvernance des établissements publics de santé pour favoriser le dialogue et la concertation et mettre en cohérence ainsi que les compétences au sein des groupements hospitaliers de territoire

Article 6

- ① I. – L'article L. 6143-1 du code de la santé publique est ainsi rédigé :
- ② « *Art. L. 6143-1. - I.* – Les établissements publics de santé sont administrés par un conseil d'administration de douze membres. Ce conseil d'administration est composé de quatre collèges de trois membres chacun :
- ③ « 1° Un collège des élus locaux qui comprend un représentant de la commune ou de l'établissement public de coopération intercommunale territorialement compétent, un représentant du département et un représentant de la région ;
- ④ « 2° Un collège des personnels médicaux comprenant deux représentants de la Commission médicale de l'établissement élus en son sein et un représentant des médecins libéraux du territoire désigné par le président du conseil départemental de l'ordre des médecins.
- ⑤ « 3° Un collège des personnels de l'établissement comprenant trois représentants des organisations représentatives du personnel.
- ⑥ « 4° Un collège des patients comprenant trois membres désignés par les associations représentatives d'usagers ou de patients présentes au sein de l'établissement. »
- ⑦ « II. – Siègent au conseil d'administration sans voix délibérative, le directeur de l'établissement, un représentant de l'agence régionale de santé et un représentant de la direction générale des finances publiques.
- ⑧ Les membres du conseil d'administration sont nommés par arrêté du directeur de l'agence régionale de santé compétente.
- ⑨ Les membres élus du conseil d'administration siègent pour la durée du mandat au titre duquel ils ont été désignés.

- ⑩ « III. – Les fonctions de membres du conseil d’administration sont exercées à titre gracieux. Elles peuvent donner droit à des indemnités de déplacement sur autorisation expresse du conseil d’administration et sur présentation de justificatifs.
- ⑪ « IV. – Dès sa première réunion, le conseil d’administration élit en son sein un président et un vice-président.
- ⑫ « V. – Le conseil d’administration se réunit au moins une fois par trimestre sur convocation de son président ou sur demande d’au moins la moitié de ses membres. Le directeur de l’établissement propose au président l’ordre du jour. Le conseil d’administration délibère à la majorité simple sauf pour la nomination et la révocation du directeur de l’établissement où une majorité des trois quarts est requise. En cas de partage des voix, la voix du président est prépondérante.
- ⑬ « Le quorum s’apprécie uniquement avec les présents.
- ⑭ « VI. – Il est tenu un registre des délibérations du conseil d’administration. Les délibérations du conseil d’administration sont portées à la connaissance du public par tous moyens. Elles ne deviennent exécutoires qu’après transmission à l’agence régionale de santé au titre du contrôle de légalité. L’agence régionale de santé peut formuler des observations et, le cas échéant, saisir la juridiction administrative dans les formes et conditions du droit commun.
- ⑮ « VII. – Le conseil d’administration a une compétence générale de droit commun pour régler par ses délibérations les affaires de l’établissement, dans le respect des compétences confiées par la loi aux agences régionales de santé, aux groupements hospitaliers de territoire et aux directeurs des établissements publics de santé.
- ⑯ « Le conseil d’administration :
- ⑰ « 1° Adopte le projet d’établissement ;
- ⑱ « 2° Adopte l’état prévisionnel des recettes et des dépenses ;
- ⑲ « 3° Adopte le compte administratif ;
- ⑳ « 4° Arrête le tableau des effectifs ;
- ㉑ « 5° Autorise la signature des contrats pluriannuels d’objectifs et de moyens ;

- ⑫ « 6° Donne un avis conforme sur la nomination du directeur de l'établissement ;
- ⑬ « 7° Délibère sur la convention constitutive des centres hospitaliers universitaires et les conventions passées en application de l'article L. 6142-5 ;
- ⑭ « 8° Délibère sur tout projet tendant à la fusion avec un ou plusieurs établissements publics de santé ;
- ⑮ « 9° Délibère sur les prises de participation et les créations de filiales mentionnées à l'article L. 6145-7 ;
- ⑯ « 10° Délibère sur toute convention intervenant entre l'établissement public de santé et l'un des membres de son conseil d'administration ;
- ⑰ « 11° Délibère sur les statuts des fondations hospitalières créées par l'établissement ;
- ⑱ « 12° Adopte le rapport annuel sur l'activité de l'établissement présenté par le directeur ;
- ⑲ « 13° Autorise la passation des marchés publics. »

Article 7

- ① L'article L. 6143-7 du code de la santé publique est ainsi rédigé :
- ② « *Art. L. 6143-7. I.* – Le directeur conduit la politique générale de l'établissement. Il représente l'établissement dans tous les actes de la vie civile et agit en justice au nom de l'établissement. Il préside de droit toutes les instances de l'établissement.
- ③ « Le directeur dispose d'un pouvoir général d'exécution des décisions du conseil d'administration auquel il rend compte.
- ④ « Il est l'ordonnateur des dépenses et des recettes de l'établissement. Il peut déléguer sa signature, dans des conditions déterminées par décret et sur avis conforme du conseil d'administration.
- ⑤ « Par dérogation, le directeur de l'établissement support du groupement exerce ces compétences pour le compte des établissements de santé parties au groupement hospitalier de territoire, pour l'ensemble des activités mentionnées à l'article L. 6132-3.

- ⑥ « II. – Le directeur de l'établissement public de santé est nommé par arrêté du directeur général de l'agence régionale de santé compétente sur avis conforme du conseil d'administration du ou des établissements où il doit exercer ses fonctions. Le cas échéant, le conseil d'administration propose au directeur général de l'agence régionale de santé la révocation du directeur d'établissement.
- ⑦ « III. – Le directeur de l'agence régionale de santé soumet au conseil d'administration au moins trois candidatures. Le conseil d'administration donne son avis à la majorité qualifiée des trois quarts de ses membres. Le conseil d'administration doit statuer dans le mois suivant sa saisine par le directeur général de l'agence régionale de santé.
- ⑧ « IV. – Une motion de défiance à l'égard du directeur de l'établissement peut être déposée par au moins un tiers des membres du conseil d'administration. Cette motion est prioritairement inscrite à l'ordre du jour du conseil d'administration le plus proche. Elle donne lieu à un vote sur la révocation du directeur de l'établissement, à la majorité simple de ses membres.
- ⑨ « V. – Le directeur exerce son autorité sur l'ensemble du personnel dans le respect des règles déontologiques ou professionnelles qui s'imposent aux professions de santé, des responsabilités qui sont les leurs dans l'administration des soins et de l'indépendance professionnelle du praticien dans l'exercice de son art. Il dispose du pouvoir disciplinaire sur l'ensemble des personnels placés sous son autorité dans les conditions et formes du droit commun de la fonction publique.
- ⑩ « VI. – Le directeur soumet au conseil d'administration :
- ⑪ « 1° Le contrat pluriannuel mentionné à l'article L. 6114-1 ;
- ⑫ « 2° Conjointement avec le président de la commission médicale d'établissement, la politique d'amélioration continue de la qualité et de la sécurité des soins, ainsi que les conditions d'accueil et de prise en charge des usagers ;
- ⑬ « 3° Le rapport social unique et définit les modalités d'une politique d'intéressement ;
- ⑭ « 4° Le programme d'investissement après avis de la commission médicale d'établissement en ce qui concerne les équipements médicaux ;

- ⑮ « 5° L'état des prévisions de recettes et de dépenses prévu à l'article L. 6145-1, le plan global de financement pluriannuel et les propositions de tarifs de prestations mentionnés à l'article L. 174-3 du code de la sécurité sociale et, le cas échéant, de ceux des activités sociales et médico-sociales ;
- ⑯ « 6° Le compte financier et le soumet à l'approbation du conseil de surveillance ;
- ⑰ « 7° L'organisation interne de l'établissement et signe les contrats de pôle d'activité en application de l'article L. 6146-1 ;
- ⑱ « 8° La constitution et la participation à une des formes de coopération prévues au titre III du livre I^{er} de la présente partie ou des réseaux mentionnés à l'article L. 6321-1 ;
- ⑲ « 9° Les acquisitions, aliénations, échanges d'immeubles et leur affectation ainsi que les baux de plus de dix-huit ans ;
- ⑳ « 10° Les baux emphytéotiques en application de l'article L. 6148-2, les contrats de partenariat en application de l'article 19 de l'ordonnance n° 2004-559 du 17 juin 2004 sur les contrats de partenariat et les conventions de location en application de l'article L. 6148-3 ;
- ㉑ « 11° Le projet d'établissement ;
- ㉒ « 12° Les délégations de service public mentionnées à l'article 38 de la loi n° 93-122 du 29 janvier 1993 relative à la prévention de la corruption et à la transparence de la vie économique et des procédures publiques ;
- ㉓ « 13° Le règlement intérieur de l'établissement ;
- ㉔ « 14° À défaut d'un accord sur l'organisation du travail avec les organisations syndicales représentant le personnel de l'établissement, l'organisation du travail et des temps de repos ;
- ㉕ « 15° Le plan de redressement mentionné au premier alinéa de l'article L. 6143-3 présenté à l'agence régionale de santé ;
- ㉖ « 16° Le plan détaillant les mesures à mettre en œuvre en cas d'événement entraînant une perturbation de l'organisation des soins, notamment lors de situations sanitaires exceptionnelles, mentionné à l'article L. 3131-7 ;
- ㉗ « 17° Les prises de participation et les créations de filiale mentionnées à l'article L. 6145-7 ;

- ⑳ « 18° Après avis du président de la commission médicale d'établissement, les conditions de réalisation et d'encadrement des activités de présentation, d'information ou de promotion des produits de santé ou de formation notamment à leur utilisation, particulièrement en vue du respect des chartes mentionnées aux articles L. 162-17-8 et L. 162-17-9 du code de la sécurité sociale ;
- ㉑ « 19° L'ordre du jour de chaque conseil d'administration. »

Article 8

- ① L'article L. 6132-2 du code de la santé publique est ainsi modifié :
- ② a) Après le 1° du II, il est inséré un alinéa ainsi rédigé :
- ③ « Ce projet médical partagé fait l'objet d'un avis des conseils d'administration des établissements parties au groupement hospitalier de territoire. L'avis du président du conseil de l'ordre du ou des départements inclus dans le territoire du groupement et des établissements privés de santé est sollicité, à peine de nullité du projet médical partagé, et annexé audit projet. Le projet médical partagé est soumis par le comité de direction du groupement à la commission médicale du groupement et au comité des élus du groupement. Le projet médical partagé est arrêté par le directeur général de l'agence régionale de santé et notifié à chacun des établissements concernés » ;
- ④ b) Après le 5°, il est inséré un 6° ainsi rédigé :
- ⑤ « 6° La coordination des instituts et des écoles de formation paramédicale du groupement et des plans de formation continue et de développement professionnel continu des personnels des établissements parties au groupement. »
- ⑥ III. – Avant le dernier alinéa, sont insérés deux alinéas ainsi rédigés :
- ⑦ « Les établissements membres d'un groupement hospitalier de territoire peuvent convenir de mutualiser toute autre compétence qu'ils souhaiteraient. Cette mutualisation facultative doit recueillir l'assentiment de tous les conseils d'administration des établissements membres du groupement.
- ⑧ « Les articles L. 6132-2 et suivants du même code sont modifiés en conséquence ».

CHAPITRE IV

Associer plus largement les collectivités territoriales aux décisions locales en matière de santé

Article 9

- ① L'article L. 1434-12 du code de la santé publique est complété par un alinéa ainsi rédigé :
- ② « Les collectivités locales sont associées à la gouvernance des communautés professionnelles territoriales de santé. À ce titre, les collectivités locales membres de la communauté professionnelle de santé sont habilitées à lui verser des subventions de fonctionnement et d'investissement, dans la limite de 80 % du budget annuel de la communauté professionnelle territoriale de santé. »

Article 10

- ① Les collectivités territoriales peuvent créer par voie de convention avec les unités de formation et de recherche de médecine, les instituts de formation aux métiers de la santé et les professionnels de santé de leur territoire des internats territoriaux afin de faciliter l'accès des étudiants en santé à des stages effectués auprès de praticiens libéraux.
- ② Ladite convention prévoit les conditions d'accueil et d'hébergement de ces étudiants effectuant leur période de stage sur le territoire. Elle prévoit également que les étudiants en santé puissent effectuer leur période de stage dans les cabinets de différents professionnels de santé signataires de la convention.
- ③ Les collectivités territoriales sont autorisées à verser aux étudiants en santé, 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.

TITRE II

DÉCLOISONNER LES MÉTIERS ET SPÉCIALITÉS MÉDICALES

CHAPITRE I^{ER}

Fluidifier et flexibiliser l'acquisition d'une spécialité médicale ou paramédicale par l'expérience

Article 11

Les spécialités médicales et paramédicales peuvent s'obtenir par validation des acquis de l'expérience, selon des conditions fixées par décret en Conseil d'État.

CHAPITRE II

Favoriser la pluridisciplinarité au cours des études en santé

Article 12

- 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 2022-2023.
- 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 deux fois par année universitaire.

- ⑥ « IV. – La conférence pédagogique examine annuellement les demandes formées par les professionnels de santé aspirant à changer de métier ou de spécialité, les demandes de validation des acquis de l'expérience et fixe pour chaque candidat la durée et la nature des études nécessaires à l'acquisition de leur nouvelle qualification professionnelle.
- ⑦ « Un décret fixe les conditions d'organisation et de fonctionnement de la conférence pédagogique. »

CHAPITRE III

Reconnaître le rôle et l'importance du patient-formateur

Article 13

- 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. »

TITRE III

DÉCLOISONNER LES POLITIQUES DE PRÉVENTION

CHAPITRE I^{ER}

Mieux gouverner la prévention en santé pour améliorer le suivi des patients et l'efficacité des actions et des programmes de prévention

Article 14

- 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 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° Il est complété par 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 15

- 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 et de dépistage 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

Sensibiliser et former les futures générations à la prévention en santé

Article 16

- ① 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 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 17

- 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. »

CHAPITRE III

Dépister systématiquement les problèmes et risques de santé des élèves des établissements primaires

Article 18

- ① Le chapitre IV du titre III 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 communautés professionnelles territoriales de santé organisent avec les établissements primaires de leur territoire des actions de prévention et de dépistage des troubles auditifs, visuels, bucco-dentaires et neuro-comportementaux 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.
- 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 la consultation d'un ophtalmologiste.
- ⑥ « Lorsque la fiche de liaison est établie par un audioprothésiste, elle doit obligatoirement indiquer, de manière claire, lisible et intelligible, que le dépistage ne saurait remplacer la consultation d'un oto-rhino-laryngologiste.
- ⑦ « Lorsque la fiche de liaison est établie par un orthophoniste, elle doit obligatoirement indiquer, de manière claire, lisible et intelligible, que le dépistage ne saurait remplacer la consultation du médecin compétent.
- ⑧ « 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.
- ⑨ « IV. – Seule la communauté professionnelle de santé est autorisée 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.

- ⑩ « 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 IV

DÉCLOISONNER LA PSYCHIATRIE

CHAPITRE I^{ER}

Développer l'ambition en psychiatrie et en santé mentale pour les prochaines décennies

Article 19

- ① La psychiatrie et la santé mentale sont déclarées « Grande cause nationale pour la période 2021-2025 ».
- ② Dans les six mois à compter de la promulgation de la présente loi, l'Institut national de psychiatrie et de santé mentale visé à l'article 20 remet un plan quinquennal de psychiatrie et de santé mentale au Gouvernement. Ce plan prévoit que le Gouvernement doit par tous les moyens mettre en œuvre des actions de remise à niveau de l'offre de soins, de développement de la prévention, de la formation et de la recherche en matière de psychiatrie et de santé mentale ainsi que du financement nécessaire à l'atteinte des objectifs tels que définis par le plan. Ce plan devra comprendre nécessairement la prévention en matière psychiatrie et de santé mentale ainsi que les modalités de participation des associations de patients et de leurs familles à son élaboration.
- ③ Dans les dix-huit mois à compter de la promulgation de la présente loi, le Gouvernement soumet au Parlement un projet de loi en psychiatrie et santé mentale, selon les objectifs et les orientations préconisés par le plan quinquennal.
- ④ À titre dérogatoire et pour la durée du plan mentionné supra, les établissements publics de santé mentale sont placés sous l'autorité directe du ministre en charge de la santé.

CHAPITRE II

Mettre en cohérence, fluidifier et décloisonner les actions en psychiatrie et en santé mentale grâce à la création de l'Institut national de psychiatrie et de santé mentale

Article 20

- ① Au début du chapitre I^{er} du titre II du livre II de la troisième partie du code de la santé publique, il est inséré un article L. 3221 ainsi rédigé :
- ② « *Art. L-3231. – I. –* Il est créé et placé auprès du Premier ministre, l'Institut national de psychiatrie et de santé mentale, chargé de coordonner et d'évaluer les actions mises en œuvre par le Gouvernement ainsi que par les différents acteurs intervenant dans le champ de la psychiatrie et de la santé mentale.
- ③ « À ce titre, il exerce notamment les missions suivantes :
- ④ « 1° Proposition, en coordination avec les organismes de recherche, les opérateurs publics et privés en psychiatrie, les professionnels de santé, les usagers du système de santé et autres personnes concernées, d'un plan quinquennal, arrêté par décret. Ce plan définit les axes de la stratégie quinquennale en matière d'offre de soins, de financement et de recherche en psychiatrie et en santé mentale et l'affectation des moyens correspondants. Il précise notamment la part des crédits publics affectés à la recherche et à l'innovation en psychiatrie et en santé mentale. L'institut en assure la mise en œuvre. Le conseil scientifique de l'institut se prononce sur cette stratégie. Il en réévalue la pertinence à mi-parcours ;
- ⑤ « 2° Observation et évaluation des dispositifs de psychiatrie et de santé mentale, en s'appuyant notamment sur les professionnels et les industriels de santé ainsi que sur les représentants des usagers ;
- ⑥ « 3° Définition de référentiels de bonnes pratiques et de prise en charge en psychiatrie ainsi que de critères d'agrément des établissements et des professionnels de santé pratiquant la psychiatrie ;
- ⑦ « 4° Information des professionnels et du public sur l'ensemble des problèmes relatifs à la psychiatrie et à la santé mentale ;
- ⑧ « 5° Participation à la mise en place et à la validation d'actions de formation médicale et paramédicale continue des professions et personnes intervenant dans le domaine de la psychiatrie et à la santé mentale ;

- ⑨ « 6° Mise en œuvre, financement, coordination d'actions particulières de recherche et de développement, et désignation d'entités et d'organisations de recherche en psychiatrie répondant à des critères de qualité, en liaison avec les organismes publics de recherche concernés ;
- ⑩ « 7° Développement et suivi d'actions communes entre opérateurs publics et privés en psychiatrie dans les domaines de la prévention, de l'épidémiologie, du dépistage, de la recherche, de l'enseignement, des soins et de l'évaluation ;
- ⑪ « 8° Participation au développement d'actions européennes et internationales ;
- ⑫ « 9° Réalisation, à la demande des ministres intéressés, de toute expertise sur les questions relatives à la psychiatrie et à la santé mentale.
- ⑬ « L'Institut national de psychiatrie et de santé mentale établit un rapport d'activité annuel qui est transmis au Gouvernement et au Parlement.
- ⑭ « II. – L'Institut national de psychiatrie et de santé mentale est constitué, sans limitation de durée, sous la forme d'un groupement d'intérêt public constitué entre l'État et des personnes morales publiques et privées intervenant dans le domaine de la santé et de la recherche en santé mentale.
- ⑮ « Sous réserve des dispositions du présent chapitre, ce groupement est régi par le chapitre II de la loi n° 2011-525 du 17 mai 2011 de simplification et d'amélioration de la qualité du droit. Un décret précise les modalités de mise en œuvre du présent article.
- ⑯ « Un décret fixe la composition de l'Institut, les règles de nomination des membres ainsi que son organisation. »

TITRE V

DÉCLOISONNER LA RECHERCHE ET L'INNOVATION

CHAPITRE I^{ER}

Mettre en cohérence la recherche médicale et pharmaceutique grâce à une meilleure coordination

Article 21

- ① L'Institut national de la santé et de la recherche médicale est chargé d'une mission de coordination et de mise en cohérence des travaux de recherche médicale et pharmaceutique. Cette mission de coordination et de mise en cohérence concerne tous les établissements publics et privés de recherche habilités à cet effet par les autorités sanitaires et exerçant sur le territoire national, dans le strict respect du code de la propriété intellectuelle. Cette mission vise à renforcer l'efficacité de la recherche médicale et pharmaceutique en s'assurant de la complémentarité et de la compatibilité des différents travaux de recherche.
- ② Chaque année, dans le cadre de cette mission, l'Institut national de la santé et de la recherche remet un rapport d'état de la recherche en santé à l'Office parlementaire des choix scientifiques et techniques.

CHAPITRE II

Simplifier les procédures relatives aux médicaments et dispositifs médicaux pour favoriser l'attractivité du territoire français

Article 22

- ① Tout laboratoire ou organisme public ou privé de recherche qui souhaite obtenir une autorisation de mise sur le marché permanente ou temporaire, une admission au remboursement et la fixation des prix pour un médicament ou un dispositif médical dépose son dossier auprès de la Haute Autorité de santé en sa qualité de chef de file des organismes visés à l'article 2, laquelle doit dans un délai maximum de 180 jours accepter ou refuser l'autorisation de mise sur le marché, fixer le taux de remboursement, autoriser ou refuser l'autorisation temporaire d'utilisation le cas échéant, et fixer le prix du remboursement du médicament ou du dispositif médical par l'assurance maladie.

- ② Les décisions de refus doivent faire l'objet d'une motivation dans les règles du droit commun.
- ③ Si le prix proposé au laboratoire ou à l'organisme de recherche par la Haute Autorité de santé ou l'une de ses filiales est inférieur de 15 % au prix demandé par le pétitionnaire, le laboratoire ou l'organisme de recherche peuvent recourir à la procédure de l'arbitrage dans les conditions du droit commun.
- ④ Le délai de 90 jours pour la fixation des prix, 90 jours pour le remboursement ou 180 jours pour les décisions combinées, tel que prévu par la directive européenne 89/105/CEE, est à compter de la publication de la présente loi opposable à l'État, y compris par la voie judiciaire, et ouvre droit pour les demandeurs n'ayant pas obtenu de réponse dans ledit délai à réparation.

TITRE VI

DÉCLOISONNER LE FINANCEMENT

Article 23

- ① I. - Dans les six mois suivant la promulgation de la présente loi, sont organisées les concertations nécessaires à l'élaboration d'un nouveau financement du système de santé. Ce nouveau mode de financement du système de santé devra être appliqué au plus tard dans un délai de cinq années à compter de la promulgation de la présente loi.
- ② II. - Afin d'améliorer l'offre sanitaire et médico-sociale sur les territoires et dans les conditions prévues par la présente loi, les collectivités territoriales sont habilitées durant cette période de cinq ans tant en fonctionnement qu'en investissement au financement des établissements sanitaires et médico-sociaux.

Article 24

- ① I. - 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 II. - 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 III. - 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.

