



MINISTÈRE
DES SOLIDARITÉS
ET DE LA SANTÉ

MA SANTÉ 2022 UN ENGAGEMENT COLLECTIF

PROJET DE LOI OTSS : POINT D'AVANCEMENT

Juin 2019

Version stabilisée

LE PROJET DE LOI

- Le projet de loi a été examiné fin mai en première lecture au Sénat. Environ 800 amendements ont été examinés en séance publique.
- La Commission mixte paritaire s'est tenue le 20 juin et a pu aboutir à un accord entre les deux chambres. Le texte final entrera donc en vigueur dès la tenue du vote solennel et la publication au Journal Officiel.
- Un calendrier de rédaction des textes d'application est en cours d'élaboration. Sur les principaux textes réglementaires intéressant les élus locaux, le Groupe Contact pourra être utilisé comme enceinte de concertation.



ARTICLE 2 | RÉFORME DES ÉTUDES EN SANTÉ

- Le Sénat avait introduit le principe d'une dernière année du 3^e cycle réalisée obligatoirement en exercice ambulatoire (en autonomie et sous le statut de médecin adjoint), prioritairement en zone sous-dense, en médecine générale et dans une liste de spécialités fixée par décret.
- Le texte final prévoit que les étudiants de médecine générale réalisent au cours de leur dernière année « au minimum un stage d'un semestre en pratique ambulatoire » et « en priorité » dans une zone sous-dense, « sous un régime d'autonomie supervisée ». Cette pratique « peut être étendue par décret à d'autres spécialités à exercice majoritairement ambulatoire ».

ARTICLE 4 | CONTRAT D'ENGAGEMENT DE SERVICE PUBLIC

- Passage à 3 ans (au lieu de 2 initialement) de la durée du maintien des postes sur la liste CESP en cas de changement de zonage

ARTICLE 5 | STATUT DE MÉDECIN ADJOINT

- Les maires peuvent proposer au conseil département de l'ordre des médecins d'autoriser le recours aux médecins adjoints sur leur territoire pour une carence ponctuelle.
- Plusieurs dispositions relatives au statut de remplaçant (limitation de la durée totale de remplacement, exonérations fiscales et sociales en cas d'installation dans les trois ans), adoptées au Sénat, ne figurent pas dans le texte final.

ARTICLE 5 BIS ET 5 QUATER | ZONAGE

- L'obligation d'élaborer un zonage par profession et par spécialités ou groupes de spécialités est restreinte à ceux pour lesquels un dispositif d'aide est prévu dans une convention négociée par l'Assurance maladie. Il est précisé qu'à défaut de zonage propre, c'est le zonage « médecin généraliste » qui s'applique.
- Par ailleurs, la disposition, introduite à l'AN, qui imposait une révision du zonage tous les deux ans (au lieu de trois) a été supprimée au Sénat.

ARTICLE 6 BIS A | STATUT DES PERSONNELS HOSPITALIERS

- Ce nouvel article instaure une clause de non-concurrence pour les praticiens hospitaliers à temps non complet ; il permet à un établissement d'éviter que ne se créent des situations de concurrence directe avec des praticiens en exercice mixte. Cela permet de protéger les établissements sans constituer un frein au développement de l'exercice mixte, Il consolide par ailleurs pour le rendre opérationnel le dispositif de non concurrence issu de la loi HPST en cas de départ d'un praticien d'un établissement.

ARTICLE 7 A ET B | COLLECTIVITÉS TERRITORIALES

- Suppression de ces articles, qui précisait que les collectivités territoriales étaient compétentes en matière de promotion de la santé, étaient « associées à la politique de santé », et pouvaient définir des objectifs particuliers en matière de promotion de la santé.

ARTICLE 7 | PROJET TERRITORIAL DE SANTÉ / CPTS

- Le Sénat a souhaité limiter les « contenus obligatoires » du projet territorial de santé, en supprimant notamment la référence à l'accès aux soins des personnes handicapées et précaires.
- Possibilité de conclure des contrats territoriaux de santé avec les équipes de soins spécialisés, ou sur la base du projet territorial de santé.

ARTICLE 7 BIS AA | FUSION DES DISPOSITIFS D'APPUI

- Ce nouvel article prévoit la fusion des différents dispositifs d'appui à la coordination des parcours complexes: MAIA, plateformes territoriales d'appui, CTA / PAERPA. Ils disposent de trois ans pour rejoindre le nouveau cadre commun, dont les missions et la gouvernance sont redéfinies.
- Les missions sont de trois ordres : réponse aux demandes d'appui des professionnels de santé, contribution à la réponse aux besoins des personnes et de leurs aidants, participation à la coordination territoriale autour des parcours de santé.
- Ces dispositifs disposent d'une gouvernance assurant la représentation équilibrée des acteurs sanitaires, sociaux et médico-sociaux intégrant notamment des représentants des usagers, du CD et des CPTS.
- L'article maintient les dispositifs et les missions d'expertise à vocation régionale spécifiques à une pathologie (exemple : réseaux régionaux cancérologie, périnatalité). Il permet aux conseils départementaux qui le souhaitent d'inclure les CLIC dans le périmètre du dispositif unifié.



ARTICLE 8 | HÔPITAUX DE PROXIMITÉ

- Les ajouts:
 - Une nouvelle mission partagée avec les acteurs du territoire (structures ambulatoires) : la contribution à la permanence des soins et la continuité des prises en charge
 - L'obligation de donner accès à des équipements de télésanté
 - La dérogation à la pratique de la « petite chirurgie » se limitera à des actes « programmés »



ARTICLE 10 | GROUPEMENTS HOSPITALIERS DE TERRITOIRE

- Le Sénat avait ré-écrit en profondeur cet article, notamment en rendant optionnelles la mise en place de commissions médicales de groupement et la mutualisation de la GRH médicale.
- Le texte est finalement très proche de celui adopté à l'AN. Les compétences des CME sont toutefois complétées : elles contribuent à l'élaboration et à la mise en œuvre de la stratégie médicale d'établissement.
- Le rôle du comité territorial des élus est renforcé dans la gouvernance du GHT : il se prononce sur la stratégie du groupement hospitalier de territoire. Il donne notamment un avis sur le projet médical partagé, le projet de soins partagé ainsi que les conventions de partenariat et d'association entre le groupement hospitalier de territoire et des établissements non parties au groupement.



ARTICLES 18 ET 19 | AGENCES RÉGIONALES DE SANTÉ

- Création d'une 3^e commission de coordination auprès des ARS dans le domaine de l'organisation territoriale des soins, tout en conservant la possibilité de fusionner les commissions de coordination des politiques publiques mais avec avis conforme des membres à la majorité qualifiée.
- Le Sénat avait prévu la présidence du conseil de surveillance de l'ARS par le président du Conseil régional ou son représentant et modifié ses règles de fonctionnement. Cette disposition a été supprimée en CMP.



ARTICLE 21 | PROFESSIONNELS À DIPLÔMES HORS UNION EUROPÉENNE

- Les critères d'éligibilité permettant de candidater à l'accès dérogatoire au plein exercice sont élargis :
 - la date à laquelle ils doivent impérativement avoir été employé dans un établissement figurant initialement dans le PJI fixée « au 31 décembre 2018 » est remplacée par une plage temporelle « entre le 1^{er} octobre 2018 et le 31 janvier 2019 » pour éviter les pertes de chances de personnes se trouvant en inter contrat à cette date ;
 - Les PADHUE ayant exercé dans un établissement de santé privé à but lucratif pourront également candidater au dispositif,

LA RÉFORME DES ÉTUDES EN SANTÉ



LA RÉFORME DES ÉTUDES EN SANTÉ - ÉLÉMENTS DE CONTEXTE

- **Un processus général d'évolution des formations en santé tendant à :**
 - Accompagner, par la formation, le décloisonnement du système de santé : renforcer le caractère pluridisciplinaire des enseignements (cf. service sanitaire en santé, enseignements mutualisés, expérimentations), accompagnement du processus d'universitarisation des formations paramédicales,
 - Diversifier les profils des étudiants en prenant plus en compte les compétences attendues pour mieux répondre aux besoins des patients (cf. suppression du concours d'entrée en IFSI au profit d'un examen sur dossier, progressivité des orientations, mise en place d'épreuves d'évaluation des compétences acquises en complément des contrôles de connaissance, valorisation des évaluations en situation),
 - Mieux préparer les étudiants à leur futur exercice professionnel (cf. développement de la simulation, reconnaissance de la place du patient, diversification des lieux de stage, aperçu sur des différents modes d'exercice, développement de la maîtrise de stage, y compris en ambulatoire et en zones sous denses, mise en autonomie progressive en fin de parcours de formation),
- **Le projet de loi porteur, dans ce cadre, de mesures destinées à réformer profondément :**
 - le 1^{er} cycle et l'accès aux études médicales
 - ainsi que, de manière plus spécifique, le 2^{ème} cycle et les conditions d'accès au 3^{ème} cycle des études de médecine



LA RÉFORME DES ÉTUDES EN SANTÉ – LA RÉFORME DE L'ACCÈS AUX ÉTUDES MÉDICALES (1/5)

- L'article 1 du projet de loi a pour ambition de transformer profondément les conditions d'accès aux études de médecine, de pharmacie, d'odontologie et de maïeutique
 - L'accès à ces 4 filières est actuellement structuré par un concours à l'issue de la première année commune (PACES) dont le nombre de places est défini chaque année pour chaque filière et chaque UFR par le numérus clausus
 - Une très forte sélectivité (13.500 reçus sur 58.000 candidats environ chaque année) accompagnée d'un énorme gâchis humain pour des étudiants validant leur année universitaire sans pouvoir accéder à la filière recherchée
 - Des critères de sélection ainsi que des enseignements associés qui ne permettent pas assez d'évaluer les compétences attendues des futurs professionnels
 - Une formation presque exclusivement polarisée sur les universités disposant d'une UFR Santé
- => Un système rigide, peu efficace en terme de régulation et de répartition des ressources, générateur de mal être pour les étudiants et qui a suscité l'organisation de stratégies de contournement



- Une réforme qui s'inspire des expérimentations autorisées à partir de 2013 dites des « alternatives à la PACES » dont les principaux objectifs sont les suivants :
 - Supprimer le redoublement d'étudiants ayant validé une année universitaire en leur permettant de progresser dans leur cursus universitaire,
 - Garantir deux chances pour accéder aux filières médicales,
 - Elargir le nombre des universités susceptibles de proposer des cursus permettant d'accéder aux filières médicales,
 - Diversifier le profil des étudiants à l'entrée et par l'intermédiaire de passerelles entre formations,
 - Permettre une orientation plus progressive de l'étudiant, après la première, la deuxième ou la troisième année
 - Favoriser les enseignements communs entre filières,
 - Offrir plus de marges de manœuvre aux acteurs locaux pour la détermination des flux de formation,

=> Un processus d'orientation qui restera néanmoins exigeant et sélectif dans le respect d'une régulation démographique nationale pluriannuelle



- **Principales dispositions de l'article 1**
 - L'admission en 2^{ème} ou en 3^{ème} année du 1^{er} cycle des formations concernées subordonné à :
 - la validation d'un parcours de formation antérieur (1^{ère} année de licence comprenant nécessairement certains types de modules)
 - ainsi que la réussite à des épreuves définies pour accéder spécifiquement à chaque filière
 - La possibilité d'accéder à ces formations pour des étudiants justifiant de certains grades titres et diplômes (ex ingénieur ou infirmier) ou souhaitant se réorienter entre les 4 filières concernées
 - La garantie pour tout étudiant ayant validé le 1^{er} cycle d'une de ces formations d'être admis en 2^{ème} cycle (pas de nouvelle sélection à l'entrée en 2^{ème} cycle)
 - La possibilité d'autoriser, à titre expérimental pendant six ans, des modalités de formation communes à plusieurs formations de premier cycle, entre formations médicales et/ou paramédicales
 - La présentation de deux rapports d'évaluation au Parlement en 2021 et 2023 destinés à évaluer l'atteinte des objectifs poursuivis par la réforme



LA RÉFORME DES ÉTUDES EN SANTÉ - LA RÉFORME DE L'ACCÈS AUX ÉTUDES MÉDICALES (4/5) -

- La réforme s'appliquera à compter de l'année universitaire 2020/2021 (inscription dans Parcoursup à compter de janvier 2020)
- Un décret en cours de concertation sera publié à l'automne, il permettra aux universités de finaliser leur nouvelle offre de formation inscrite dans Parcoursup. Il précisera notamment :
 - Les catégories de parcours de formations antérieures permettant d'accéder aux études médicales,
 - L'offre de formation que les universités disposant d'une UFR santé devront nécessairement proposer (au moins 2 voies d'accès),
 - La nature des épreuves permettant aux universités de définir les parcours de formation antérieurs et l'évaluation des compétences transversales permettant d'accéder aux études médicales
 - Les modalités permettant aux étudiants de présenter deux fois leur candidature, en évitant par ailleurs les risques de contournement (à l'issue de la 1^{ère} année puis de la 2^{ème} ou de la 3^{ème} année de leur parcours de formation),
 - La répartition minimale à réserver selon les différentes voies d'accès proposées permettant de garantir la diversification des profils
 - Les dispositions relatives au conventionnement à passer entre universités disposant d'une UFR santé et celles n'en disposant pas afin de permettre à des étudiants de ces dernières d'accéder aux études médicales, ainsi que le pourcentage d'admission à réserver à ces derniers,
 - Les conditions de la régulation des flux de formation



- **Un dispositif de régulation largement rénové**
- **Le numérus clausus correspond à un nombre fixe d'étudiants admis chaque année pour chaque filière et chaque UFR concernée, déterminé au niveau national**
- **Le dispositif prévu par la loi articulera :**
 - **La définition d'objectifs nationaux pluriannuels de professionnels à former pour répondre aux besoins du système de santé. Ces objectifs devraient être établis**
 - pour une période quinquennale,
 - dans le cadre d'une fourchette et non d'un nombre fixe,
 - Sur la base de propositions concertées à l'échelle locale et régionale (cf. besoin du système de santé, capacités de formation théorique et pratique) et de données nationales (données démographiques, mobilité des professionnels au sein de l'UE, développement du travail à temps partiel, évolution des progrès techniques impactant l'exercice professionnel,...)
 - **La définition d'objectifs pluriannuel d'admission en 1^{ère} année du 2^{ème} cycle de chaque formation, arrêté par les universités sur avis conforme des ARS et consultation des CRSA, Ces objectifs pourront s'adapter chaque année afin de mieux tenir compte des spécificités locales, dès lors qu'ils respectent les fourchettes des objectifs quinquennaux. Cela offrira de nouvelles marges de manœuvre locales,**



- Un processus d'orientation des étudiants vers leur spécialité et subdivision de réalisation du 3^{ème} cycle exclusivement dépendant du classement obtenu aux Epreuves classantes nationales (ECN) organisées chaque année,
- Les ECN, bien que modernisées en 2016 et organisées désormais de manière dématérialisées, ce qui offre une panel pédagogique plus large, ont pris une place excessive dans le déroulement du 2^{ème} cycle :
 - la priorité donnée par les étudiants à leur préparation, plusieurs années à l'avance, s'opère au détriment notamment de l'investissement dans les stages cliniques,
 - La nature des épreuves ne permet pas de prendre véritablement en compte certaines compétences cliniques et relationnelles des étudiants ; elles sont actuellement centrées sur la vérification des connaissances
- D'autres pays de l'UE confrontés à des problématiques équivalentes ont développé des systèmes d'orientation plus fins et adaptés aux parcours de formation, aux compétences des étudiants et aux projets professionnels



• Principales dispositions de l'article 2

- L'admission en 3^{ème} cycle des étudiants ayant validé leur 2^{ème} cycle et satisfait à des épreuves combinant l'évaluation de connaissances et de compétences,
- Les épreuves seront nationales et une note minimale sera exigée pour tout étudiant souhaitant accéder au 3^{ème} cycle, où qu'il ait réalisé son 2^{ème} cycle,
- L'affectation en 3^{ème} cycle, toujours réalisée par spécialité et par subdivision, s'effectuera en prenant en compte les résultats aux épreuves ainsi que le parcours de formation et le projet professionnel de chaque étudiant,
- Le dispositif tiendra compte des besoins du système de santé pour l'ouverture des postes qui seront proposés chaque année aux étudiants accédant au 3^{ème} cycle (cf. répartition entre spécialités médicales et subdivisions territoriales),
- Des dispositions seront prises afin de permettre une adéquation optimale entre les postes ouverts et les postes pourvus chaque année. Cette mesure vise à réduire l'inadéquation actuellement constatée dans les spécialités et les subdivisions considérées par les étudiants comme les moins attractives,
- La réforme s'appliquera aux étudiants entrant en 2^{ème} cycle à compter de l'année universitaire 2020/2021 et accédant au 3^{ème} cycle en 2023
- Une concertation est en cours, elle associe notamment des représentants des enseignants et des étudiants,



LA RÉFORME DES ÉTUDES EN SANTÉ – SUR LA DIVERSIFICATION DES LIEUX DE STAGES

- Introduction à l'article 2 d'une disposition spécifique destinée à amener les étudiants en dernière année du 3^{ème} cycle de médecine générale à réaliser au minimum un semestre en pratique ambulatoire, en priorité en zone sous dense,
- Ce stage sera réalisé sous un régime d' « autonomie supervisée » permettant à l'étudiant, tout en achevant sa formation, de prendre part à l'activité de soins dans les conditions de pré professionnalisation les plus avancées,
- Ces dispositions s'appliqueront aux étudiants entrant en dernière année du 3^{ème} cycle à compter du 1^{er} novembre 2021,
- Cette pratique ambulatoire pourra par ailleurs être étendue par décret à d'autres spécialités à exercice majoritairement ambulatoire,
- Les modalités de mise en œuvre de l'autonomie supervisée en pratique ambulatoire, ainsi que les conditions de la supervision, seront définies par décret. Elles permettront de tenir compte des spécificités de cet exercice par rapport à l'environnement hospitalier.
- Introduction à l'article 2 bis du principe de la réalisation, tous les 3 ans, d'une évaluation du déploiement de l'offre de stage en zone sous dense destinée aux étudiants en médecine. Ce rapport sera transmis au Parlement.

DÉLÉGATIONS DE TÂCHES ET COOPÉRATIONS PLURI-PROFESSIONNELLES

Un levier essentiel pour la transformation du système de santé

- Afin de répondre au besoin de soins croissants de la population (pathologies chroniques, personnes âgées, prévention) dans un contexte de tensions sur la démographie médicale
- Afin de rendre plus attractives les conditions d'exercice → favoriser l'installation de jeunes professionnels et diversifier les évolutions de parcours professionnels

Plusieurs modalités sont possibles pour mettre en œuvre cette redistribution

- Le droit commun : l'évolution des **DECRETS D'ACTES** des professions de santé

Exemple : la vaccination antigrippale par les pharmaciens

Cette évolution peut être subordonnée à l'inscription dans un dispositif d'**EXERCICE COORDONNE**.

Exemple : le renouvellement d'ordonnances / ajustement de posologie par le pharmacien d'officine (« pharmacien correspondant »).

- La voie dérogatoire : les **PROTOCOLES DE COOPERATION** permettent aux « professionnels de santé travaillant en équipe » de s'engager à leur initiative dans des transferts d'activité ou d'actes de soins, dans le cadre d'un protocole soumis à l'avis de la Haute Autorité de Santé.

Exemple : le protocole « Rottier » permet le bilan visuel par un orthoptiste pour le renouvellement et/ou l'adaptation des corrections optiques (il concerne aujourd'hui environ 50 000 actes par an).

- La création de nouvelles fonctions : les auxiliaires médicaux peuvent exercer en **PRATIQUES AVANCEES** au sein d'une équipe de soins, un ensemble d'activités ordinairement dévolu au médecin, à l'issue d'une formation universitaire supplémentaire.
- Les expérimentations : elles passent aujourd'hui largement par la procédure dite de l'**ARTICLE 51** (innovation en santé).

Une gouvernance et une stratégie globale d'application accélérées depuis 2 ans

- Loi HPST 2009 : généralisation des protocoles de coopération entre professionnels de santé, approbation du protocole de coopération ASALEE (infirmiers)
- LMSS 2016 : introduction de la pratique avancée pour les auxiliaires médicaux, réforme de la filière visuelle
- 2017 : extension de la vaccination anti grippale par les pharmaciens et réflexion pour une extension à d'autres vaccins par les infirmiers et les pharmaciens
- Art 51 LFSS 2018 : expérimentations comité technique de l'innovation en santé
- DCE 18 juillet 2018 : création des infirmiers en pratique avancée
- Projet de loi OTSS 2019 :
 - Art 7 quater : Renouvellement et adaptation de traitements chroniques par le pharmacien correspondant
 - Art 7 bis : Adaptation de traitements par les infirmiers
 - Art 7 quinquies : Délivrance de médicaments à PMO par les pharmaciens
 - Art 19 ter : Dispositif rénové des coopérations entre professionnels de santé

Dans le cadre de protocoles pluri-professionnels

Une incitation transversale

Déploiement dans le cadre d'un exercice coordonné en équipe au niveau des patientèles (ESP, MSP, CDS), des territoires (CPTS) ou des établissements (équipe de soins), à l'initiative des acteurs de santé.

Définition

- Exercice par les infirmiers d'activités de conclusion clinique complexe et d'activités réglementairement dévolues aux médecins dans le cadre d'une équipe de soins coordonnée par un médecin, en ville comme en établissements de santé

Des conditions d'exercice précisées par décret

- Formation universitaire grade master de deux ans supplémentaires au diplôme d'Etat infirmier → acquisition de nouvelles compétences en matière de suivi et de prescription
- Conduite diagnostique et choix thérapeutiques initialement définis par un médecin
- Suivi global du patient avec une autonomie d'exercice en relai du médecin
- Contribution à la recherche et à l'enseignement
- Cadre de rémunération adapté en ville comme en établissements de santé

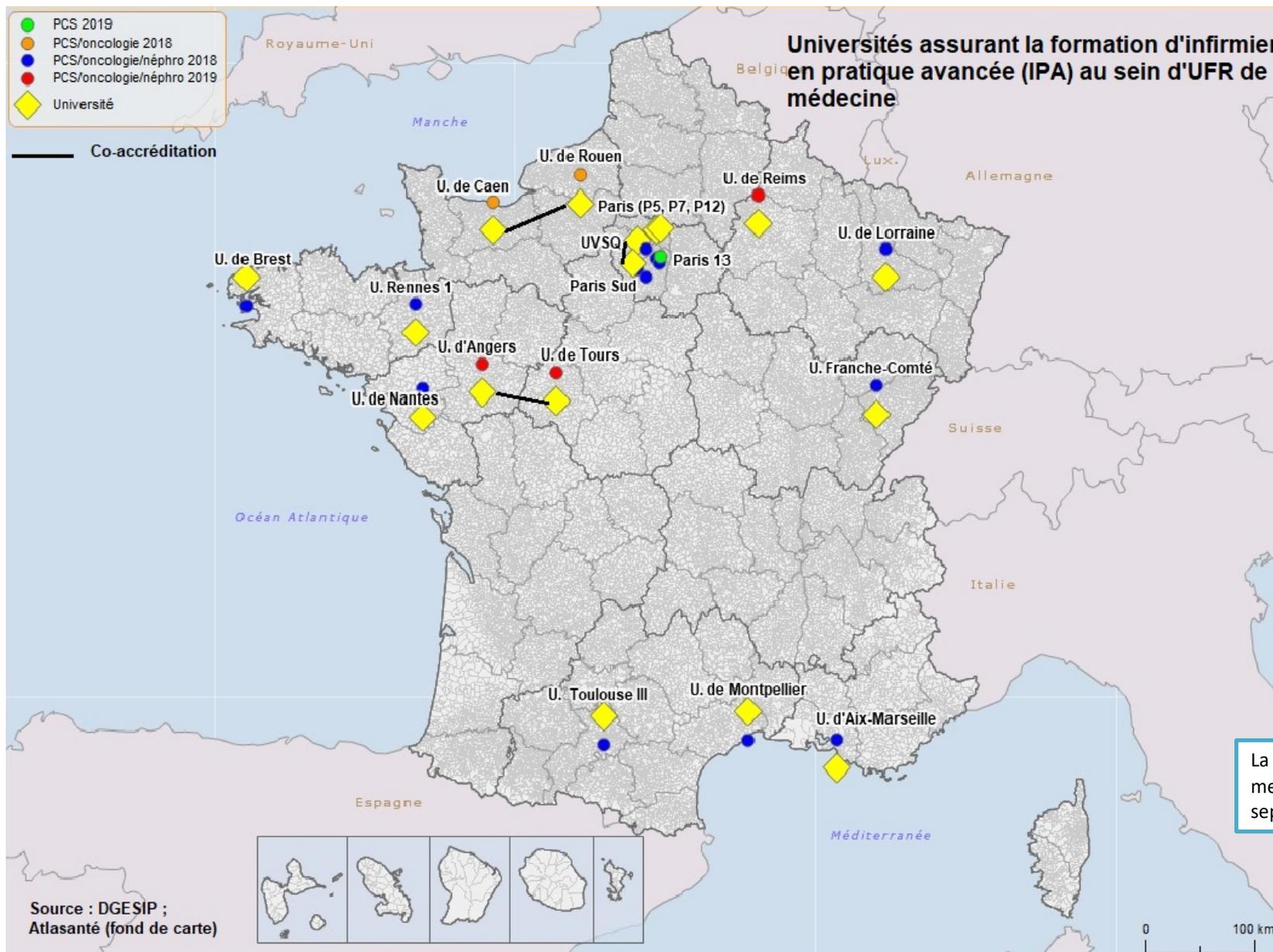
Quatre domaines d'exercice

- Pathologies chroniques stabilisées, prévention et poly pathologies courantes en soins primaires
- Maladie rénale chronique, dialyse et transplantation rénale
- Oncologie et hémato-oncologie
- *A venir*, psychiatrie et santé mentale (2019)

Rentrée universitaire 2018 (11 universités, 19 en 2019)

Premiers diplômés en 2019 par admission directe en 2^{ème} année (n = 70)

Promotions progressivement plus nombreuses à partir de 2020 (n = 250 en 2020)



La mention « psychiatrie-santé mentale » sera disponible dès septembre 2019

UN DISPOSITIF RÉNOVÉ POUR LES COOPÉRATIONS PLURI-PROFESSIONNELLES

Objectifs

- Par des protocoles de coopération, les professionnels de santé opèrent entre eux des transferts d'activités ou d'actes de soins ou de prévention *ou réorganisent leurs modes d'intervention* pour répondre aux besoins des patients
- Résultats mitigés du dispositif mis en place par la loi HPST → nouveau dispositif en 2019

Un déploiement national et simplifié

- **Publication des exigences essentielles de qualité et de sécurité par un DCE pris après avis de la HAS**
- **Pilotage par le comité national des coopérations inter professionnelles (MSS, HAS, CNAM, ARS + professionnels de santé) → protocoles nationaux répondant aux besoins de santé**
- **Rédaction des protocoles et de leur modèle économique par des équipes de soins répondant à un « appel à manifestation d'intérêt »**
- **Validation accélérée par la HAS au regard de la conformité au DCE « qualité et sécurité »**
- **Autorisation nationale par arrêté ministériel**
- **Possibilité de protocoles locaux selon les besoins ponctuels des équipes (Comité technique de l'innovation en santé)**
- **Suivi par les ARS (événements indésirables éventuels)**

Les premiers protocoles nationaux envisagés

- Prescription d'imagerie par les infirmières d'orientation en services d'urgences
- Coopération entre infirmières puéricultrices et médecins de PMI
- Extension de la coopération entre orthoptistes et ophtalmologistes
- Prise en charge de « petites urgences » par les pharmaciens, infirmiers et MK : angine, cystite, entorse, lombalgie aiguë, rhinite allergique saisonnière