

Projet de loi relatif à l’organisation et à la transformation du système de sante

Propositions d’amendements de la Fédération Hospitalière de France

**La Fédération hospitalière de France**

Lobby d’intérêt général créé en 1924, la Fédération hospitalière de France (FHF) représente la totalité des établissements du Service Public de santé (pas moins de 1 000 établissements publics de santé) et plus de 3 800 structures médico-sociales. Présidée par Frédéric Valletoux, elle réunit en son sein des femmes et des hommes d’origine et de sensibilités différentes (élus locaux et nationaux, médecins, directeurs, patients), toutes unies par la même vision confiante et responsable pour l’avenir du Service Public.

La diversité, force de la FHF

Dans l’ADN de la FHF, la diversité des établissements représentés est sans nul doute un atout de premier plan qui légitime son action et lui donne sens. La FHF, ce sont ainsi des hôpitaux de proximité, des établissements prenant en charge le handicap, le grand âge mais également des établissements de santé mentale ou encore des hôpitaux universitaires. Une diversité qui a un point commun : celui du service apporté aux patients dans un esprit ouvert, de qualité et de progrès.

Une prise en charge de tous les Français

Le Service public de santé est en engagement quotidien que nous personnels et nos équipes assurent chaque jour, sans discontinuité et sans discrimination d’aucune sorte. Ainsi, l’hôpital public peut aujourd’hui être considéré comme le cœur battant de notre système de santé qui assure :

* 80 % des prises en charge complexes ;
* 98% des patients polytraumatisés ;
* 80% de l’activité psychiatrique ;
* 82% de l’accueil des enfants de moins de 4 ans ;
* 68% de l’accueil des plus de 75 ans ;
* 92% des plus démunis ;
* 90% des gardes médicales ;
* 100% de la réponse aux crises sanitaires.

Des valeurs fortes au cœur de l’engagement de chaque hospitalier public

Pour assurer sa mission de promotion du service public hospitalier, social et médico-social et de contribution à la définition de politiques publiques sanitaires, sociales et médico-sociales conformes aux intérêts de la population et à la santé publique, la FHF s’implique chaque jour en matière :

* D’accompagnement des Fédérations hospitalières régionales et de leurs adhérents dans l’évolution du système de santé et médico-social pour une réponse toujours plus adaptée aux besoins de nos concitoyens,
* De représentation / promotion des établissements au niveau national, européen et international,
* D’information du grand public, afin de mieux faire connaître la spécificité des missions de nos établissements et valoriser l’engagement de leurs personnels.

Dans ce cadre, les valeurs du service public sont plus que jamais les principes qui conduisent les actions de la FHF pour construire le système de santé et d’accompagnement médico-social de demain.

*« Les hôpitaux et les établissements médico-sociaux prennent soin de nous, prenons soin d’eux »*

[I. POUR UNE POLITIQUE DAVANTAGE CONCERTEE ET AMBITIEUSE EN MATIERE DE RESSOURCES HUMAINES 5](#_Toc2842765)

[Pour garantir la concertation sur l’évolution de notre système de santé : organiser au niveau national une réflexion quant au juste équilibre entre impératif d’efficience économique, qualité de soins et qualité de vie au travail 5](#_Toc2842766)

[Adapter la formation aux besoins 6](#_Toc2842767)

[Intégrer un recensement des besoins prévisionnels en effectifs et en compétences auprès de l’ensemble des acteurs du territoire de santé 6](#_Toc2842768)

[Définir dans la loi le portail santé 6](#_Toc2842769)

[Associer davantage les établissements de santé à la gouvernance et au suivi des réformes pédagogiques 7](#_Toc2842770)

[Pour des mesures complémentaires en matière d’attractivité médicale et paramédicale 8](#_Toc2842771)

[Valoriser les carrières hospitalières 8](#_Toc2842772)

[Supprimer le plafond d’exonération du temps de travail additionnel 8](#_Toc2842773)

[Lancer un plan national de santé et qualité de vie au travail des professionnels hospitaliers 9](#_Toc2842774)

[Simplifier les protocoles de coopération et valoriser financièrement les professionnels impliqués 10](#_Toc2842775)

[Donner, dans le cadre de mouvements de praticiens, à la clause de non concurrence sa pleine effectivité 12](#_Toc2842776)

[Apporter une modification à la disposition relative aux PADHUE afin de permettre une meilleure congruence entre les projets de ces praticiens en intégration et ceux des établissements 13](#_Toc2842777)

[II. POUR UNE ORGANISATION NATIONALE ET TERRITORIALE DE LA POLITIQUE DE SANTE AU SERVICE DES PARCOURS PATIENTS ET DE L’EFFICACITE SANITAIRE 14](#_Toc2842778)

[Inscrire dans la loi la responsabilité populationnelle 14](#_Toc2842779)

[Adapter la gouvernance nationale aux évolutions du système de santé 15](#_Toc2842780)

[Renforcer la place des élus locaux dans le cadre du projet territorial de santé 17](#_Toc2842781)

[Mesurer l’efficacité sanitaire et définir des objectifs régionaux d’assurance maladie 18](#_Toc2842782)

[Préciser l’habilitation relative aux établissements de santé de proximité 19](#_Toc2842783)

[Pour une offre hospitalière de proximité, ouverte sur la ville et le secteur médico-social 20](#_Toc2842784)

[Concerter les fédérations hospitalières dans le cadre de l’élaboration des conventions annexes et avenants conclus entre l’UNCAM et les professionnels de santé libéraux 21](#_Toc2842785)

[Financer équitablement les actes et consultations externes entre la ville et l’hôpital 22](#_Toc2842786)

[Renforcer la cohérence de la gouvernance des GHT 23](#_Toc2842787)

[Assurer la représentation dans la commission médicale de groupement par des membres des commissions médicales d’établissement 23](#_Toc2842788)

[Inscrire dans la loi la présidence du comité stratégique par le directeur de l’établissement support et la vice-présidence par le président de la commission médicale de groupement 23](#_Toc2842789)

[Inscrire dans la loi la contribution des CME à l’élaboration et à la mise en œuvre de la stratégie médicale et du projet médical 23](#_Toc2842790)

[Conserver des commissions des usagers de proximité dans les établissements de santé fusionnés 25](#_Toc2842791)

[III. POUR UNE POLITIQUE NUMERIQUE RENFORCEE AU SERVICE DES USAGERS ET DES ETABLISSEMENTS DE SANTE 26](#_Toc2842792)

[Définir les normes d’intéropérabilité pour l’échange et l’exploitation des données de santé 26](#_Toc2842793)

[Assurer l’accès des fédérations aux données de la plateforme des données de santé 27](#_Toc2842794)

[Assurer la représentation des établissements dans la gouvernance de la plateforme des données de santé 28](#_Toc2842795)

[S’appuyer sur les plateformes de données développées et maintenues par des établissements publics de santé volontaires 29](#_Toc2842796)

[Faciliter l’accès des établissements et des professionnels de santé aux plateformes de données de santé, agrégées notamment dans les espaces numériques de santé et les entrepôts de données de santé 30](#_Toc2842797)

[Ouvrir la possibilité aux mineurs de pouvoir accéder directement, avec l’accord des titulaires de l’autorité parentale, à l’espace numérique de santé le concernant 31](#_Toc2842798)

[Permettre aux auxiliaires médicaux et psychologues de pratiquer le télésoin 32](#_Toc2842799)

[Permettre de faire bénéficier aux patients hospitalisés du télésoin 33](#_Toc2842800)

# POUR UNE POLITIQUE DAVANTAGE CONCERTEE ET AMBITIEUSE EN MATIERE DE RESSOURCES HUMAINES

## Pour garantir la concertation sur l’évolution de notre système de santé : organiser au niveau national une réflexion quant au juste équilibre entre impératif d’efficience économique, qualité de soins et qualité de vie au travail

*Proposition d’amendement commune avec la FHP, la FEHAP et Unicancer*

**Avant l’article 1er du projet de loi relatif à l’organisation et à la transformation du système de santé**, **il est inséré un article additionnel rédigé comme suit** :

Le dernier alinéa de l’article L. 1411-1 du code de la santé publique est modifié comme suit :

Après les mots « *système de santé*», insérer les mots : « *et les citoyens. Une conférence nationale de consensus traitant, au regard notamment des évolutions démographiques et épidémiologiques, de l’équilibre entre la qualité des soins, l’efficience économique et la qualité de vie au travail des professionnels de santé est organisée tous les ans. Les modalités de mise en œuvre et d’évaluation sont définies par décret* ».

**Exposé des motifs**

Les fédérations hospitalières (FHF, FHP, FEHAP, Unicancer) appellent à l’organisation d’une concertation sur le juste équilibre entre impératif d’efficience économique, qualité de soins et qualité de vie au travail. Quand le Parlement examine un projet de texte relatif à la santé, cet examen doit se faire en ayant à l’esprit la meilleure prise en charge de nos concitoyens, dans le secteur sanitaire comme médico-social, la nécessaire efficience économique, mais également la qualité de vie au travail des professionnels, ainsi que les évolutions démographiques et épidémiologiques.

Il est donc nécessaire de mener une réflexion transparente sur l’équilibre entre ces différentes dimensions dans le cadre d’un débat qui rassemblera parlementaires de toutes les sensibilités politiques, usagers, médecins, directeurs, citoyens et chercheurs.

## Adapter la formation aux besoins

### Intégrer un recensement des besoins prévisionnels en effectifs et en compétences auprès de l’ensemble des acteurs du territoire de santé

**Article 1er**

Compléter la deuxième phrase de l’alinéa 3 par les mots « *au regard du recensement des besoins prévisionnels en effectifs et en compétences auprès de l’ensemble des acteurs du territoire de santé* ».

**Exposé des motifs**

Il est nécessaire, pour mieux définir les objectifs de formation, de mieux appréhender les besoins en formation. D’une régulation de la démographie médicale par la tension, il nous faut passer à une organisation de la formation au plus près des lieux d’exercice sur la base d’un diagnostic partagé par les acteurs. Les objectifs de formation devraient donc être évalués en tenant compte de l’ensemble des lieux de stage universitaires et non-universitaires, et des demandes (en effectifs et en compétences) des territoires. Notre proposition d’amendement vise donc à bien intégrer ces besoins, au moyen d’une méthodologie adaptée.

\*\*\*

### Définir dans la loi le portail santé

**Article 1er**

L’alinéa 4 est ainsi complété

« L’admission en deuxième ou en troisième année du premier cycle des études en médecine, en pharmacie, en odontologie et en maïeutique est subordonnée à la validation d’un parcours de formation antérieur, notamment dans le cadre d’un portail santé ou de licences comportant une mineure santé et à la réussite à des épreuves. Les modalités de construction de portail santé et d’accès par des licences à mineure santé seront déterminées par décret en Conseil d’Etat. »

**Exposé des motifs**

Cet amendement vise à préciser les « parcours de formation antérieur » qui rendront éligibles aux études de médecine. En particulier, il permet d’introduire dans le code de l’éducation le portail santé, comme parcours de formation. Aujourd’hui il ne figure pas au code de l’éducation. La Ministre Frédérique Vidal elle-même a repris dans son discours la terminologie « portail santé », appuyant ainsi l’argument de la nécessité de mettre en place un tel dispositif. Sans cet amendement introduisant dans la loi le portail santé, les seuls parcours qui seront possibles seront les licences et les classes préparatoires. Il n’est pas souhaitable de remplacer l’actuel premier cycle (tout ou en partie) par un cycle de licence dite « santé ». En effet, cela risquerait de se traduire par une dilution de l’apprentissage des compétences, par impossibilité d’enseignement professionnel au contact des patients, et par conséquent un allongement de la durée des études pour garantir que les compétences des futurs diplômés soient au moins équivalentes à celles conférées par la formation actuelle.

\*\*\*

### Associer davantage les établissements de santé à la gouvernance et au suivi des réformes pédagogiques

**Article 2**

Après l’alinéa 10, insérer les alinéas suivants :

*«  6° Les modalités de mise en œuvre de la réforme ;*

*«  7° La gouvernance de la réforme associant la représentation des établissements publics de santé ;*

*«  8° Les modalités d’évaluation de la réforme. »*

**Exposé des motifs**

Les établissements publics de santé ont dû s’adapter à la mise en œuvre de la réforme du troisième cycle qui s’est traduite par l’affectation d’un plus grand nombre d’internes de médecine générale en ville et d’internes de phase socle en CHU. Face à ces évolutions, force est de constater une hétérogénéité entre les régions dans la politique d’agrément, et donc de répartition. Les interventions des ARS ont été très variables, notamment dans le recours aux dérogations au taux d’inadéquation.

Si nous partageons l’objectif prioritaire de qualité pédagogique de la formation délivrée aux étudiants, il nous semble aujourd’hui fondamental de revoir et de préciser les conditions de mise en œuvre des réformes des études médicales et le rôle des différents acteurs, notamment des coordonnateurs et des sociétés savantes.

Les établissements doivent également être mieux associés à la gouvernance et au suivi des réformes pédagogiques, et à ce titre intégrer la CNEMMOP.

Une évaluation devra enfin être réalisée et aborder les aspects aussi bien pédagogique et organisationnel que budgétaire. A ce titre, les établissements devront se voir reconnaître les moyens pédagogiques nécessaires à la mise en œuvre de la réforme du second cycle - temps HU, reconnaissance de la valence U des PH, etc …

## Pour des mesures complémentaires en matière d’attractivité médicale et paramédicale

### Valoriser les carrières hospitalières

**Article 6**

L’article 6 du projet de loi de transformation de notre système de santé est modifié comme suit :

I. - A l’alinéa 2 :

Rédiger ainsi le début de l’alinéa : « Valoriser les carrières hospitalières, encadrer les écarts de rémunération et faciliter la diversification des activités (le reste sans changement) »

II. - A l’alinéa 3 :

1° Supprimer le mot « notamment » ;

2° Après les mots « dans les spécialités », insérer les mots « et les territoires ».

**\*\*\***

### Supprimer le plafond d’exonération du temps de travail additionnel

**Après l’article 6, l’article additionnel suivant est inséré :**

Après le premier alinéa de l’article 81 quater du code général des impôts[[1]](#footnote-1), l’alinéa suivant est inséré :

« Par dérogation au précédent alinéa, cette limite annuelle n’est pas applicable au temps de travail additionnel. »

**Exposé des motifs**

Le soutien à l’attractivité de l’exercice médical hospitalier est aujourd’hui une priorité aigue sur des spécialités et des territoires en crise de démographie médicale.

La libéralisation générale et massive du recours aux contractuels n’apparaît cependant pas comme la réponse appropriée. Un déplafonnement des rémunérations des contractuels au-delà des grilles statutaires, alors qu’aucune revalorisation des titulaires ne serait prévue, risquerait de créer un précédent sur lequel il sera difficile de revenir par la suite, ainsi que des iniquités au sein des équipes et des parcours professionnels. Il s’agirait d’un signal négatif pour les praticiens hospitaliers en poste, avec un impact attendu en termes de fidélisation.

Dans les spécialités confrontées à un risque d’attractivité majeur, être à armes égales, c’est :

— valoriser les carrières hospitalières et encadrer par la voie législative les écarts de rémunération entre le secteur privé à but lucratif et le service public hospitalier.

La non-imposition du temps de travail additionnel (TTA) constitue ainsi une avancée forte, de nature à rendre le TTA plus attractif que l’intérim. Limiter à 5000 euros minore cependant l’effet de cette disposition. Le présent amendement propose donc de supprimer ce plafond. Il s’agit d’une mesure en faveur de l’attractivité mais également économique (par rapport à l’intérim) pour les établissements.

Ce déplafonnement s’effectue notamment dans le cadre de la continuité des soins. Il s’inscrit dans le cadre de la gestion des charges de personnel médical de l’établissement, c’est-à-dire dans le cadre de son pilotage financier et du respect de l’équilibre financier. Ce déplafonnement étant un renforcement de l’attractivité, il devrait permettre de limiter le recours à l’interim médical, très onéreux.

— prendre en compte dans les possibilités de recours au contrat les situations particulièrement aiguës de crise de démographie médicale dans certains territoires. Ces situations se retrouvent dans certains territoires de l’Hexagone mais aussi outre-mer.

\*\*\*

### Lancer un plan national de santé et qualité de vie au travail des professionnels hospitaliers

**Après l’article additionnel précité, un second article additionnel est inséré :**

Au sein du chapitre 10 de la Loi n° 86-33 du 9 janvier 1986 portant dispositions statutaires relatives à la fonction publique hospitalière, est inséré un **article 116-2** ainsi rédigé :

« Un plan national de santé et qualité de vie au travail des professionnels des établissements mentionnés à l’article 2 de la loi n° 86-33 du 9 janvier 1986 est défini de façon pluriannuelle. Il fait l’objet d’un financement spécifique hors ONDAM. Sa méthode d’élaboration fait l’objet d’un décret d’application ».

**Ou**

**Après l’article 6 l’article additionnel suivant est inséré :**

Il est ajouté un *12° à l’article L. 1411-1 du code de la santé publique* :

« Un plan national de santé et qualité de vie au travail des professionnels des établissements mentionnés à l’article 2 de la loi n° 86-33 du 9 janvier 1986, défini de façon pluriannuelle ».

**Exposé des motifs**

S’il est riche, dense, passionnant, l’exercice professionnel au sein des établissements du service public hospitalier est incontestablement exigeant.

L’attractivité passe donc également par les conditions de travail et l’assurance d’un suivi médical des professionnels hospitaliers.

Sur le modèle du plan national quadriennal de santé au travail élaboré par le Ministère du travail, de l’Emploi, de la Formation professionnelle et du Dialogue social en concertation étroite entre les acteurs de la prévention, le présent amendement vise à inscrire dans la loi le principe d’un plan national santé au travail. Ce plan devra traduire l’ambition partagée entre le Ministère de la Santé et des affaires sociales, la Sécurité sociale, les établissements listés à l’article 2 de la loi de 1986, les partenaires sociaux et les grands organismes de prévention, de constituer un socle commun pour la promotion de la santé et de la qualité de vie au travail.

La fédération sera très attentive à la concrétisation de cette démarche qui devra faire l’objet d’un accompagnement méthodologique et financier fort au profit des établissements, et promouvoir les démarches de QVT fondées sur l’analyse de l’organisation du travail.

\*\*\*

### Simplifier les protocoles de coopération et valoriser financièrement les professionnels impliqués

*Au sein du chapitre II du titre Ier du projet de loi de transformation du système de santé, est inséré un* ***article additionnel*** *ainsi rédigé :*

Rédiger ainsi l’article L.4011-2 du code de la santé publique :

« Les professionnels de santé peuvent soumettre à l'agence régionale de santé des protocoles de coopération. Ces derniers précisent l'objet et la nature de la coopération, notamment les disciplines ou les pathologies, le lieu et le champ d'intervention des professionnels de santé concernés, ainsi que les éléments de rémunération des personnels paramédicaux qui se rattachent à leur participation à la coopération.

« Lorsque leur mise en œuvre implique un financement dérogatoire, ces protocoles sont accompagnés d'un modèle économique précisant notamment les modalités de financement et de rémunération des actes et prestations réalisés. Ce modèle économique est établi avec l'appui de l'agence régionale de santé. Son contenu est précisé par arrêté du ministre chargé de la santé.

« Après avoir vérifié que les protocoles répondent à un besoin de santé constaté au niveau régional, le directeur général de l'agence régionale de santé en autorise la mise en œuvre par arrêté pris sous deux mois après avis conforme de la Haute Autorité de santé et, pour les protocoles impliquant un financement dérogatoire, après avis du collège des financeurs prévu à l'article L. 4011-2-1. L’arrêté précise la durée du protocole.

Les avis de la Haute Autorité de santé et, le cas échéant, du collège des financeurs sont rendus dans un délai de deux mois à compter de leur transmission par l'agence régionale de santé.

En l’absence d’avis négatif sous quatre mois après soumission du protocole de coopération par les professionnels de santé au directeur de l’ARS, le protocole est réputé autorisé.

« Les ministres chargés de la santé et de la sécurité sociale arrêtent les priorités nationales en matière de protocoles de coopération.

**Exposé des motifs**

Il apparaît désormais impératif de déverrouiller le régime des protocoles de coopération permettant des délégations et des transferts de compétence entre professionnels de santé.

Ces dispositifs concourent, en effet, à l’atteinte de plusieurs objectifs majeurs :

— optimiser le système de soins en répondant à des besoins locaux et en facilitant l’accès aux soins dans les territoires peu dotés en médecins ;

— régulariser des pratiques pertinentes déjà existantes sur le terrain mais non reconnues à ce stade ;

— apporter une reconnaissance de compétences à certains professionnels paramédicaux ;

— contribuer à la maîtrise des dépenses de santé et à l’efficience du système de soins, tout en garantissant une qualité de prise en charge sur le territoire national, dans un souci de maintien de la sécurité des soins.

La procédure très lourde des protocoles de coopération ne permet pas leur plein déploiement. En l’état, les délais nécessaires à la validation de tels protocoles découragent l’esprit d’expérimentation organisationnelle que le dispositif devait promouvoir. Par ailleurs, ces dispositifs reposent sur des autorisations individuelles et les organisations sont ainsi fragilisées à chaque mouvement de personnel. La FHF propose donc de changer de logique en posant le principe d’un avis favorable réputé acquis de l’ARS puis de la HAS si celles-ci ne se sont pas successivement prononcées sur le projet de coopération à l’issue, chacune, d’un délai de deux mois. Cette évolution permettrait d’engager le projet de délégation de compétence dans un délai maximum de quatre mois après sa transmission aux autorités, ce qui représente déjà un délai significatif d’examen.

Il apparait également fondamental de valoriser financièrement les professionnels participant à ces protocoles de coopération.

## Donner, dans le cadre de mouvements de praticiens, à la clause de non concurrence sa pleine effectivité

Après l’article 6, il est inséré un article additionnel ainsi rédigé

L’article L.6152-5-1 est modifié comme suit :

« Il peut être interdit aux praticiens hospitaliers d’exercer dans un cabinet privé ou d'exercer une activité rémunérée dans un établissement de santé privé à but lucratif, un laboratoire privé d'examens de biologie médicale ou une officine de pharmacie où ils puissent rentrer en concurrence directe avec l'établissement public dans lequel ils exercent. Cela s’applique dans un délai de deux ans lorsqu’ils quittent l’établissement où ils ont exercé plus de cinq ans à titre permanent ou pendant l’exercice de leurs fonctions en cas d’exercice mixte.

Les modalités d'application du présent article sont fixées par décret. »

**Exposé des motifs**

Les départs de praticiens peuvent donner lieu à une installation dans le secteur privé ou libéral à proximité de l’établissement public qui subit une chute d’activité. Les mesures visant à limiter la concurrence ne s’appliquent qu’aux médecins exerçant une activité libérale de façon antérieure à leur départ et dont la situation est évaluée par une commission ad hoc – ce qui représente moins de 10% des effectifs médicaux des établissements.

Le projet de loi relatif à l’organisation et la transformation du système de santé vise à renforcer les exercices partagés ville-hôpital, ce qui doit être salué, mais appelle à la prudence en matière de concurrence territoriale intersectorielle qui pourrait émerger.

La modification de l’article proposée doit permettre d’étendre le dispositif et d’introduire une notion de « non concurrence » inter établissements pour les PH.

## Apporter une modification à la disposition relative aux PADHUE afin de permettre une meilleure congruence entre les projets de ces praticiens en intégration et ceux des établissements

L’article 21 du projet de loi de transformation du système de santé est modifié comme suit :

* La première phrase de l’alinéa 20 est ainsi modifiée : « c) soit prescrire un parcours de consolidation des compétences, d’une durée maximale équivalente à celle du troisième cycle des études de médecine de la spécialité concernée et réalisé dans un service formateur (le reste inchangé) .»;
* A l’alinéa 23, le mot « affectation » est remplacé par le mot « recrutement » ;
* A l’alinéa 41, le mot « affectation » est remplacé par le mot « recrutement » ;
* A l’alinéa 48, le mot « affectation » est remplacé par le mot « recrutement » ;
* A l’alinéa 63, les phrases « Ils sont pour cela affectés sur un poste, par décision du ministre chargé de la santé. Le choix de ce poste est effectué par chaque lauréat, au sein d’une liste arrêtée par le ministre chargé de la santé, et subordonné au rang de classement aux épreuves de vérification des connaissances. »  sont remplacées par : « Ils sont pour cela recrutés sur un poste, et affectés par décision du ministre chargé de la santé. Le choix de ce poste est effectué par chaque lauréat après accord de l’établissement, au sein d’une liste arrêtée par le ministre chargé de la santé et comprenant un nombre de postes égal à celui fixé au deuxième alinéa. » ; (médecins)
* Idem à l’alinéa 66 (chirurgiens-dentistes)
* Idem l’alinéa 81 (pharmaciens)

**Exposé des motifs**

Le projet de loi permet d’éviter un retrait brutal des praticiens éligibles à la liste C exerçant en établissement sous divers statuts, à travers l’autorisation temporaire d’exercice délivrée au dépôt du dossier auprès de la CAE régionale.

Il est cependant proposé de retirer le principe d’affectation pour la réalisation du parcours de consolidation de compétences pour l’extinction de la liste C, celle-ci devant pouvoir être réalisée dans les établissements d’origine.

Concernant la liste A, nous proposons de même une modification de la loi afin de permettre une meilleure articulation entre les projets de ces praticiens en intégration et ceux des établissements, conformément aux principes présidant à la réforme du second cycle et à la suppression des épreuves nationales classantes.

****

# POUR UNE ORGANISATION NATIONALE ET TERRITORIALE DE LA POLITIQUE DE SANTE AU SERVICE DES PARCOURS PATIENTS ET DE L’EFFICACITE SANITAIRE

## Inscrire dans la loi la responsabilité populationnelle

***Au sein du chapitre II du titre Ier du projet de loi de transformation du système de santé, avant l’article 7, est inséré un article additionnel ainsi rédigé :***

La phrase suivante est insérée au début du I de l’article 1434-10 du code de la santé publique :

« L’ensemble des acteurs de santé d’un territoire est responsable de l’amélioration de la santé de la population de ce territoire, ainsi que de la prise en charge optimale des patients de ce territoire. »

**Exposé des motifs**

Il apparait fondamental d’affirmer et de définir le principe de responsabilité populationnelle.

Ce principe, aujourd’hui largement répandu dans les systèmes de santé les plus performants, « lie les intervenants du réseau de la santé et des services sociaux, sur chaque territoire, pour qu’ils travaillent ensemble à l’amélioration de la santé et du bien-être de la population, avec leurs partenaires des autres secteurs d’activité ».

Concrètement, cela signifie créer des territoires de santé dont les acteurs soient à la fois responsables de la qualité de la prise en charge individuelle de patients, mais aussi responsables de la santé de populations d’un même territoire.

· En rendant accessible un ensemble de services sociaux et de santé pertinents et coordonnés, qui répond de manière optimale aux besoins exprimés et non exprimés de la population;

· En assurant l’accompagnement des personnes et le soutien requis ;

· En agissant en amont sur les déterminants de la santé.

Cet exercice requiert une collaboration entre les organisations des divers secteurs, les établissements publics et privés de santé et les partenaires socioéconomiques agissant sur le territoire local et régional. Ensemble, ces acteurs mettent à profit leurs leviers et leurs compétences au bénéfice de la population et assument collectivement leur responsabilité.

En gravant cette double mission (amélioration de la santé et de la prise en charge), le législateur pousse les acteurs de santé à réellement modifier leurs façons de faire et leur assigne un objectif clair. L’affirmation d’une responsabilité partagée de plusieurs acteurs de santé à l’égard de patients et de populations permet d’incarner un décloisonnement que tous appellent de leurs vœux.

Ce principe donne par ailleurs corps à l’enjeu de coordination, qui n’est en fait qu’une modalité d’organisation qui est au service d’un objectif plus large, celui de l’amélioration de la santé et de la prise en charge.

## Adapter la gouvernance nationale aux évolutions du système de santé

*Proposition d’amendement commune avec la FHP, la FEHAP et Unicancer*

**1.Après l’article 7 du projet de loi relatif à l’organisation et à la transformation du système de santé, il est inséré un article additionnel ainsi rédigé :**

I. - Le code de la santé publique est complété d’un article L.1411-2-1 rédigé comme suit :

« Un organisme unifié est chargé de la mise en œuvre de la politique de santé définie à l’article L1411-1 du présent code. Il veille à l’application de la stratégie nationale de santé mentionnée à l’article L1411-1-1 du présent code.

« Il assure les missions suivantes :

* « Définition et règles nationales applicables en matière d’organisation et de pilotage de l’offre de soins et d’allocation de ressources à partir du cadrage stratégique et financier, lié à la loi de financement de la sécurité sociale et à l’objectif national de dépenses d’assurance maladie définis par l’Etat ;
* « Relations avec les professionnels de santé et établissements de santé;
* « Construction des outils et systèmes d’information nécessaires au déploiement des politiques ;
* « Animation, coordination et évaluation du réseau des agences régionales de santé ;
* « Contribution à l’évaluation des politiques de santé et de l’efficacité du système de santé.

2. Après l’article 7 du projet de loi relatif à l’organisation et à la transformation du système de santé, il est inséré un article additionnel ainsi rédigé

« Une mission de préfiguration est constituée afin de préciser les compétences et moyens attribués au futur organisme unifié de pilotage du système de santé. Cette mission rendra ses conclusions au 1er janvier 2021. »

**Exposé des motifs :**

La gouvernance du système de santé est aujourd’hui morcelée entre plusieurs acteurs.

Le morcellement du système de santé rend difficile la définition et la mise en œuvre d’une véritable politique de santé, dont les objectifs, moyens et acteurs seraient clairement identifiés, dont la régulation serait unifiée, et dont les priorités seraient clairement partagées.

De ce fait, la ville, les établissements de santé et les établissements médico-sociaux restent insuffisamment coordonnés, du fait qu’ils n’ont pas les mêmes interlocuteurs, et que ceux-ci ne poursuivent pas constamment les mêmes buts.

De même, la régulation à l’échelle régionale des politiques de santé se trouvent entravées par les instructions et dispositifs parfois contradictoires que doivent implémenter les Agences Régionales de Santé, dont une partie des missions et leur organisation (rôle des délégations territoriales ou départementales notamment) sont à revoir.

Les moyens de coordination entre les différentes institutions nationales paraissent insuffisants pour assurer la cohérence du système et l’efficacité de sa régulation.

Ainsi, les ambitions portées par le Président de la République lors du lancement du plan Ma Santé 2022 restent difficiles à mettre en œuvre, du fait de l’importante complexité du système de santé et ce quel que soit l’âge et la situation de handicap des personnes.

C’est pourquoi il paraît nécessaire de créer un organisme unifié, chargé du pilotage et de la mise en œuvre de la politique nationale de santé ainsi que de l’exécution de la partie concernant l’assurance maladie de la loi de financement de la sécurité sociale.

Enfin dans le cadre du dispositif de gouvernance actuel, la coordination des différentes enveloppes de l’ONDAM est insuffisante pour accompagner la transformation du système de soins qu’appelle les objectifs de la stratégie « Ma santé 2022 »

Cet organisme aurait en charge la régulation et le financement de l’ensemble du système de santé.

Concrètement, cet organisme, ayant autorité hiérarchique sur les agences régionales de santé et devant en animer le réseau, assumerait les compétences des institutions suivantes :

* Organismes nationaux d'assurance maladie membres de l'Union nationale des caisses d'assurance maladie ;
* Au sein du Ministère en charge de la santé : Sous-direction du financement du système de soins de la Direction de la sécurité sociale (DSS) ; direction générale de la santé (DGS) ; direction générale de l'offre de soins (DGOS) ; direction générale de la cohésion sociale (DGCS) ;

Il assure également la coordination entre les différentes agences sanitaires.

## Renforcer la place des élus locaux dans le cadre du projet territorial de santé

**Modifier ainsi l’article 7 :**

* Entre l’alinéa 2 et 3, il est inséré un alinéa ainsi rédigé : « a) Le I de l’article L.1434-10 est complété par la phrase suivante : « Au sein du conseil territorial de santé, est constitué un comité territorial des élus, composé des représentants des élus des collectivités territoriales siégeant au conseil territorial de santé. » ;
* A l’alinéa 3, le a) devient le b)  ;
* A l’alinéa 4, le b) devient le c) ;
* Compléter l’alinéa 8 par une phrase ainsi rédigée : « Le comité territorial des élus et la formation spécifique dédiée à l’expression des usagers sont consultés avant l’élaboration des projets territoriaux de santé, dans des conditions définies par décret ».

**Exposé des motifs**

La participation des élus et des usagers au mouvement de territorialisation des politiques de santé est aujourd’hui insuffisante.

En effet, les conseils territoriaux de santé n’ont pas de capacité suffisante de décision, d’impulsion, ni de validation. En outre, les représentants des usagers et des élus locaux y sont assez peu représentés.

Afin de rapprocher l’élaboration et la mise en œuvre des politiques de santé dans les territoires des citoyens, des usagers et de leurs représentants, la FHF propose de renforcer la représentation et les compétences des représentants des usagers et des collectivités territoriales au sein du conseil territorial de santé, instance de démocratie sanitaire légalement reconnue.

Ces composantes, dont la représentation au sein du CTS devra être renforcée par décret, se verraient ainsi plus étroitement associées à l’élaboration, la mise en œuvre et l’évaluation des projets territoriaux de santé, renforçant par-là la démocratie sanitaire.

## Mesurer l’efficacité sanitaire et définir des objectifs régionaux d’assurance maladie

**Après l’article 7 du projet de loi relatif à l’organisation et à la transformation du système de santé**,il est inséré un article additionnel ainsi rédigé :

A l’article 1 I-D de la loi organique n° 2005-881 du 2 août 2005 relative aux lois de financement de la sécurité sociale, il est ajouté un 4ème alinéa ainsi rédigé :

« 4° Fixe les objectifs régionaux de dépenses d'assurance maladie de l'ensemble des régimes obligatoires de base, ainsi que leurs sous-objectifs, et mesurer l’efficacité sanitaire. »

**Exposé des motifs :**

Afin d’accompagner la régulation de l’offre de soins au niveau des territoires, il est proposé d’introduire des mécanismes de modulation des financements et plus particulièrement des tarifs à l’activité, afin de réduire les inégalités d’accès aux soins et de favoriser la pertinence des parcours et la prévention.

Le niveau de l’ONDAM est en effet actuellement déterminé à partir d’un volume d’activité, qui correspond à la consommation de soins des personnes qui recourent aux prestations des offreurs, France entière, sur la base d’une moyenne nationale. Or, la consommation de soins est la résultante des caractéristiques épidémiologiques des « territoires », de leurs habitants, de l’offre et des comportements des populations. Ces éléments sont nécessairement variables d’un territoire à l’autre. Ils ont un impact sur le volume global de la consommation et sur sa répartition géographique.

Les dépenses de soins de ville aussi bien que médico-sociales font également apparaitre aujourd’hui d’importantes différences selon les régions.

**Il est donc proposé de mettre en évidence le niveau de consommation de soins par « territoire » et par « discipline ») et de s’interroger à cette occasion sur le fait de savoir si les zones en situation de « sous consommation » le sont du fait de difficultés d’accès aux soins, et de mesurer l’efficacité sanitaire.**

## Préciser l’habilitation relative aux établissements de santé de proximité

**Il est ajouté, à l’article 8, l’alinéa I suivant :**

« I. Les hôpitaux de proximité sont des établissements de santé qui contribuent, par des coopérations avec les autres acteurs du système de santé et du secteur médico-social, à l'offre de soins de premier recours dans les territoires qu'ils desservent. Ils exercent une activité de médecine ou de soins de suite et de réadaptation et peuvent exercer d’autres activités soumises à l’autorisation mentionnée à l’article L6122-1 dans le cadre de coopérations avec d’autres établissements de santé, dès lors que leur volume d’activité n'excède pas un seuil défini, qui peut être différencié pour chacune de ces activités, dans des conditions fixées par décret en Conseil d'Etat. »

**Exposé des motifs**

Les hôpitaux de proximité ont vocation à assurer le maillage territorial en service de santé, et à améliorer l’accès aux soins grâce à leur inclusion dans des filières territoriales.

Du fait de cette mission de maillage, il est fondamental que ces établissements assurent la continuité des soins pour les activités de médecine ou de soins de suite et de réadaptation qu’ils doivent mettre en œuvre, afin d’être de véritables plateformes de services offrant notamment des solutions d’hébergement sanitaire en proximité.

De même, cette logique de filière doit permettre à ces établissements d’assurer des activités de chirurgie et d’obstétrique, dès lors que les conditions sont réunies pour assurer la sécurité et la qualité des soins, dans le cadre de filières et d’équipes médicales territoriales.

## Pour une offre hospitalière de proximité, ouverte sur la ville et le secteur médico-social

**Article 8**

Les deux premiers alinéas de l’article L. 1434-12 du code de la santé publique sont modifiés et ainsi rédigés :

« Afin d'assurer une meilleure coordination de leur action et ainsi concourir à la structuration des parcours de santé mentionnés à l'article L. 1411-1 et à la réalisation des objectifs du projet régional de santé mentionné à l'article L. 1434-1, des professionnels de santé peuvent décider de se constituer en communauté professionnelle territoriale de santé, sous réserve pour les professionnels du service de santé des armées de l'autorisation du ministre de la défense.

La communauté professionnelle territoriale de santé est composée de professionnels de santé regroupés, le cas échéant, sous la forme d'une ou de plusieurs équipes de soins primaires, d'acteurs assurant des soins de premier ou de deuxième recours, définis, respectivement, aux articles L. 1411-11 et L. 1411-12 et d'acteurs médico-sociaux et sociaux concourant à la réalisation des objectifs du projet régional de santé. « *Elle peut également comprendre un ou plusieurs établissements de santé qui lui sont associés* »

**Exposé des motifs**

Il serait souhaitable, afin de permettre une meilleure intégration des établissements publics de santé dans les projets territoriaux de santé (intégration actuellement parfois contestée en pratique), de prévoir de façon plus expresse dans le code de la santé publique que les établissements de santé peuvent participer aux communautés professionnelles territoriales de santé (CPTS), en précisant à l’article L. 1434-12 du code de la santé publique qu’un ou plusieurs établissements de santé peuvent être associés (directeur ou son représentant, président de CME ou son représentant) à une communauté professionnelle territoriale de santé. Cette association se fera à l’initiative de la CPTS si elle le souhaite.

## Concerter les fédérations hospitalières dans le cadre de l’élaboration des conventions annexes et avenants conclus entre l’UNCAM et les professionnels de santé libéraux

*Proposition d’amendement commune avec la FHP, la FEHAP et Unicancer*

**Après l’article 9 du projet de loi relatif à l’organisation et à la transformation du système de santé**,il est inséré un article additionnel rédigé comme suit :

L’article L 162-33 du code de la sécurité sociale est ainsi modifié :

Après les mots « les organisations syndicales reconnues représentatives au niveau national par les ministres chargés de la santé et de la sécurité sociale », sont ajoutés les mots « et les fédérations nationales représentatives des établissements et services sanitaires et médico-sociaux, publics et privés ».

**Exposé des motifs :**

**Afin d’accompagner la logique de parcours, la gradation des soins et le décloisonnement ville/hôpital, mais aussi l’attractivité médicale dans les hôpitaux publics, la présente proposition de modification législative vise à soumettre pour avis préalable aux fédérations hospitalières publiques et privées, les mesures conventionnelles, qui ont des répercussions significatives sur le pilotage et la gestion des établissements de santé, dans le cadre des concertations précédant le mécanisme d’approbation tacite ou d’opposition expresse du ministre chargé de la Sécurité sociale.**

La loi du 13 août 2004 confie aux représentants des médecins libéraux et à l’UNCAM le soin de hiérarchiser et de fixer les tarifs des actes médicaux. Les fédérations hospitalières ne sont pas consultées, ni même parfois informées des discussions engagées dans ce cadre alors qu’elles sont directement concernées par les résultats de ces négociations. En effet, elles ont un impact dans la construction du PMSI et sa valorisation dans le cadre de la tarification à l’activité (qui repose sur la classification commune des actes médicaux (CCAM).

En outre, la valorisation des actes médicaux a des conséquences directes sur les choix d’exercice des médecins entre une pratique dans le secteur libéral et une pratique à l’hôpital public. Ceci est d’autant plus vrai que la loi HPST du 21 juillet 2009 permet aux médecins libéraux d’être employés dans les établissements publics de santé.

Dans ce contexte, il importe que les fédérations hospitalières puissent être concertées en amont de l’élaboration des conventions annexes et avenants conclus entre l’UNCAM et les professionnels de santé.

## Financer équitablement les actes et consultations externes entre la ville et l’hôpital

**Après l’article 9 du projet de loi relatif à l’organisation et à la transformation du système de santé**, il est inséré un article additionnel rédigé comme suit :

Création d’un article dans le code de la sécurité sociale ainsi rédigé :

« Les tarifs et majorations déterminés en application des articles L.162-5, L. 162-17 et L. 162-14-1 du code de la sécurité sociale sont applicables à l’activité de consultation et actes externes des établissements de santé, prévue à l’article à L. 162-26. »

**Exposé des motifs :**

**Cette proposition législative vise à établir une égalité de traitement entre la ville et l’hôpital en ce qui concerne le financement des actes et consultations externes.**

Imputés sur les enveloppes de dépenses hospitalières, les actes et consultations externes (ACE) sont réalisés par les praticiens exerçant dans les établissements de santé contribuant ainsi à densifier l’offre de soins. Ils représentent 4 milliards de dépenses remboursées par l’assurance maladie en 2016.

L’activité externe n’est pas le cœur de métier de l’hôpital public. Pourtant, cette activité s’accroit de plus en plus, l’hôpital agissant en subsidiarité d’une carence de l’offre de ville.

Cette activité diversifiée (consultations spécialistes, consultations généralistes, actes de biologie etc.) est de même nature que celle réalisée par les praticiens libéraux en cabinet de ville. Elle ne concerne que les hôpitaux publics et les établissements de santé privés d’intérêt collectif, puisque dans les établissements de santé privés lucratifs, l’activité externe relève du champ libéral.

Les tarifs de ces actes et consultations externes à l’hôpital sont déterminés de façon exogène par les conventions liant l’assurance maladie aux professionnels de santé libéraux. Cependant, actuellement, les majorations tarifaires issues de ces conventions ne sont pas applicables en l’état aux établissements de santé. Un dispositif réglementaire limite nominativement les majorations transposables à l’activité d’ACE des établissements de santé.

Cette asymétrie de traitement entre la ville et l’hôpital entraine une dévalorisation de cette activité à l’hôpital, largement sous rémunérée selon un rapport de l’IGAS[[2]](#footnote-2). Les consultations externes à l’hôpital jouent un rôle important en termes d’accès aux soins et sont complémentaires à l’activité libérale sur certains pans de l’activité. A l’heure où le financement au parcours est un élément constitutif de la stratégie nationale de santé, les établissements de santé sollicitent un financement équitable de leur activité d’actes et de consultations externes, par rapport à la ville. Une application comparable des majorations, en ville et à l’hôpital est ainsi souhaitée.

## Renforcer la cohérence de la gouvernance des GHT

**L’article 10 du projet de loi de transformation du système de santé est modifié comme suit :**

### Assurer la représentation dans la commission médicale de groupement par des membres des commissions médicales d’établissement

L’alinéa 4 est ainsi rédigé :

«La commission médicale de groupement est composée des représentants des personnels médicaux, odontologiques, maïeutiques et pharmaceutiques, membres des commissions médicales des établissements du groupement hospitalier de territoire. Elle élit son président.

### Inscrire dans la loi la présidence du comité stratégique par le directeur de l’établissement support et la vice-présidence par le président de la commission médicale de groupement

L’alinéa 6 est ainsi rédigé :

« 2° Le b du 5° du II de l’article L.6132-2 est ainsi rédigé : « b) La composition du comité stratégique chargé de se prononcer sur la mise en œuvre de la convention et du projet médical partagé. Il comprend notamment les directeurs d'établissement, le président de la commission médicale de groupement, les présidents des commissions médicales d'établissement et les présidents des commissions des soins infirmiers, de rééducation et médico-techniques de l'ensemble des établissements parties au groupement et, lorsqu'un hôpital des armées est associé au groupement hospitalier de territoire, les personnels occupant des fonctions équivalentes à celles mentionnées pour les représentants des établissements parties au groupement hospitalier de territoire. Le comité stratégique peut mettre en place un bureau restreint auquel il délègue tout ou partie de sa compétence. Le directeur de l’établissement support est le président du comité stratégique du groupement hospitalier de territoire. Le président de la commission médicale de groupement en est le vice-président. »

### Inscrire dans la loi la contribution des CME à l’élaboration et à la mise en œuvre de la stratégie médicale et du projet médical

Après l’alinéa 6 est inséré l’alinéa suivant :

« L’Article L6144-1 est ainsi rédigé : « Dans chaque établissement public de santé, la commission médicale d'établissement contribue à l’élaboration et à la mise en œuvre de la stratégie médicale de l’établissement et de son projet médical en lien avec le projet médical partagé du groupement, et à l'élaboration de la politique d'amélioration continue de la qualité et de la sécurité des soins ainsi que des conditions d'accueil et de prise en charge des usagers ; elle propose au directeur un programme d'actions assorti d'indicateurs de suivi. Ce programme prend en compte les informations contenues dans le rapport annuel de la commission des usagers.

Elle est consultée sur les matières la concernant dans des conditions fixées par décret.

(le reste inchangé) »

**Exposé des motifs**

Afin de renforcer la cohérence de la stratégie élaborée au sein du GHT, nous proposons d’inscrire au niveau législatif :

* D’une part la représentation des commissions médicales d’établissement (CME) des établissements du GHT dans la commission médicale de groupement, les membres de la CMG devant être issus des CME des établissements membres,
* ainsi que la présidence du comité stratégique par le directeur de l’établissement support et sa vice-présidence par le président de la Commission médicale de groupement.

Nous proposons enfin d’inscrire au niveau législatif la révision des compétences de la CME en miroir de la CMG en précisant qu'elle "contribue à l'élaboration et à la mise en œuvre de la stratégie d'établissement et du projet médical, en cohérence avec le projet médical partagé", et ce afin de renforcer la cohérence sur l’ensemble du groupement.

## Conserver des commissions des usagers de proximité dans les établissements de santé fusionnés

« Au chapitre III du Titre II, est inséré, après l’article 10, un article ainsi rédigé :

L’article L6141-7-1 du code de la santé publique est complété par les dispositions suivantes : « Les établissements parties à la fusion conservent chacun une commission des usagers mentionnée à l’article L1112-3 du présent code. »

**Exposé des motifs :**

Le mouvement de recomposition hospitalier ne doit pas altérer la proximité sur un certain nombre de sujets.

C’est pourquoi la FHF propose que les établissements fusionnés conservent chacun une commission des usagers, notamment pour une gestion au plus près du terrain pour certaines problématiques.

En effet, certaines des compétences de la commission (telles que la facilitation des démarches des usagers, ou la gestion des plaintes et des réclamations) sont assurées de manière plus efficace, plus réactive et plus pertinente par une instance locale, du fait de sa connaissance du terrain et des services. Il nous semble fondamental de pouvoir conserver cet échelon de proximité, qui sera d’autant plus utile que les recompositions seront conséquentes. La commission « centrale » des usagers se concentrera principalement sur les processus et modalités de traitement des réclamations et les aspects les plus stratégiques.

# POUR UNE POLITIQUE NUMERIQUE RENFORCEE AU SERVICE DES USAGERS ET DES ETABLISSEMENTS DE SANTE

## Définir les normes d’intéropérabilité pour l’échange et l’exploitation des données de santé

**L’article 11 du projet de loi relatif à l’organisation et à la transformation du système de santé, est ainsi modifié :**

Après l’alinéa 39, il est inséré un alinéa ainsi rédigé :

5° Il est ajouté un 8° ainsi rédigé :

« 8° De définir les normes d’interopérabilité pour l’échange et l’exploitation des données de santé. Ces normes sont opposables à tous les acteurs. »

L’article L1111-24 du code de la santé publique est ainsi modifié :

« Le groupement d’intérêt public chargé du développement des systèmes d’information de santé partagés définit et met en œuvre les normes opposables d’interopérabilité du système d’information de production de soins. »

**Exposé des motifs :**

L’absence actuelle de format est génératrice de coûts et de délais qui ne sont pas compatibles avec les impératifs d’efficacité et d’efficience du système de santé.

Pour améliorer l'interopérabilité des systèmes d'information, de nombreux travaux pluridisciplinaires ont été menés, que l'insuffisante coordination inter administrative en la matière a freinés et rendus inopérants.

C’est pourquoi il est proposé que la plateforme des données de santé définisse la norme d’interopérabilité pour l’échange et l’exploitation des données de santé.

De même, il est fondamental pour la coordination et l’amélioration de la qualité des parcours de soins que les pouvoirs publics imposent et rendent opposable des normes d’interopérabilité pour les systèmes d’information de production de soins.

## Assurer l’accès des fédérations aux données de la plateforme des données de santé

*Proposition d’amendement commune avec la FHP, la FEHAP, la FNEHAD et Unicancer*

**Est inséré après l’alinéa 50 :**

Les données de santé traitées par cette plateforme des données de santé sont accessibles aux fédérations hospitalières de tous statuts.

**Exposé des motifs**

Ce projet de loi est porteur d’ambitions pour la santé numérique. Il veut rompre avec la logique de close data qui a trop longtemps prévalu.

Dans cet esprit, il convient de veiller à ce que les fédérations hospitalières de tous statuts aient accès aux données de santé traitées par la plateforme ainsi créée, pour permettre une politique d’open data dynamique, qui permette l’ouverture des échanges, facteur de développement de l’innovation, tout en sécurisant les données.

## Assurer la représentation des établissements dans la gouvernance de la plateforme des données de santé

*Proposition d’amendement commune avec la FHP, la FEHAP, la FNEHAD et Unicancer*

**L’article 11 du projet de loi relatif à l’organisation et à la transformation du système de santé, est ainsi modifié :**

A l’alinéa 43, après les mots « y compris des organismes de recherche en santé. », il est inséré la phrase suivante : « Les organismes représentants des producteurs de données de santé sont membres de droit de la gouvernance du groupement. »

**Exposé des motifs :**

Les producteurs de données de santé doivent faire partie de la gouvernance de la plateforme des données de santé, en tant que contributeurs majeurs à l’agrégation de ces données.

## S’appuyer sur les plateformes de données développées et maintenues par des établissements publics de santé volontaires

**A l’article 11 du projet de loi relatif à l’organisation et à la transformation du système de santé, insérer après l’alinéa 11 :**

« Le système de national des données de santé s’appuie sur les plateformes de données développées et maintenues par des établissements publics de santé volontaires. »

**Exposé des motifs :**

Afin de favoriser l’efficience des systèmes de données de santé, il est important de capitaliser sur les expériences déjà portées par les établissements publics de santé qui pourront bénéficier d’un accompagnement méthodologique et financier pour que l’ensemble des acteurs du système de santé puisse bénéficier de leurs avancées.

## Faciliter l’accès des établissements et des professionnels de santé aux plateformes de données de santé, agrégées notamment dans les espaces numériques de santé et les entrepôts de données de santé

Modifier ainsi l’article 12 du projet de loi relatif à l’organisation et à la transformation du système de santé :

Après l’alinéa 25, sont insérés deux alinéas ainsi rédigés :

« III. - Le premier alinéa de l’article L. 1460-1 du code de la santé publique est ainsi modifié :

« Les données de santé à caractère personnel destinées aux services ou aux établissements publics de l'Etat ou des collectivités territoriales ou aux organismes de sécurité sociale peuvent faire l'objet de traitements présentant un caractère d'intérêt public, dans le respect de la loi n° 78-17 du 6 janvier 1978 relative à l'informatique, aux fichiers et aux libertés. Elles sont rendues accessibles aux établissements et professionnels de santé. Ces traitements ne peuvent avoir ni pour objet ni pour effet de porter atteinte à la vie privée des personnes concernées. Sauf disposition législative contraire, ils ne doivent en aucun cas avoir pour fin l'identification directe ou indirecte de ces personnes ».

**Exposé des motifs**

La FHF souhaite que les établissements publics de santé, ainsi que les professionnels de santé impliqués dans des projets de recherche puissent, dans des conditions garantissant l’absence d'identification directe ou indirecte des personnes, avoir expressément accès aux plateformes de données de santé, agrégées notamment dans les espaces numériques de santé et les entrepôts de données de santé et que soit prévue à cet effet une modification de l’article L. 1460-1 du code de la santé publique.

Cet article du code de la santé publique prévoit en effet actuellement dans son premier alinéa que « Les données de santé à caractère personnel destinées aux services ou aux établissements publics de l'Etat ou des collectivités territoriales ou aux organismes de sécurité sociale peuvent faire l'objet de traitements présentant un caractère d'intérêt public, dans le respect de la loi n° 78-17 du 6 janvier 1978 relative à l'informatique, aux fichiers et aux libertés. Ces traitements ne peuvent avoir ni pour objet ni pour effet de porter atteinte à la vie privée des personnes concernées. Sauf disposition législative contraire, ils ne doivent en aucun cas avoir pour fin l'identification directe ou indirecte de ces personnes ».

La mention des établissements de santé préciserait sans ambiguïté la faculté ouverte aux centres hospitaliers, de pouvoir accéder et exploiter ces données de santé. La mention des professionnels de santé permettrait à des chercheurs agissant au sein des établissements de santé mais non expressément en son nom, pour une étude ou recherche conduite avec l’Université ou un EPST, de pouvoir solliciter l’accès aux données concernées.

Le projet de constituer un espace numérique de santé pour chaque usager donne en perspective la création de plateformes de données d’une dimension encore inconnue jusqu’à présent et la constitution d’outils numériques permettant une amélioration substantielle des études épidémiologiques et des connaissances et travaux susceptibles de promouvoir une meilleure sécurité et une meilleure qualité des prises en charge en santé.

## Ouvrir la possibilité aux mineurs de pouvoir accéder directement, avec l’accord des titulaires de l’autorité parentale, à l’espace numérique de santé le concernant

**Article 12**

Il est ajouté l’article IV bis suivant au sein de l’article L. 1111-13-1 :

« La personne mineure peut disposer, à partir de 15 ans, avec l’accord des titulaires de l’autorité parentale, d’un accès personnel à l’espace numérique de santé ouvert à son nom.

Sont exclues de l’espace numérique de santé de la personne mineure les données de santé relatives à une prise en charge effectuée dans le cadre des articles L. 1111-5 et L. 1111-5-1 ».

**Exposé des motifs**

Il paraît souhaitable d’ouvrir la possibilité au mineur de pouvoir accéder directement, avec l’accord des titulaires de l’autorité parentale, à l’espace numérique de santé le concernant. Cette disposition paraît en effet conforme aux droits des mineurs relatifs à leur santé, la loi prévoyant par ailleurs que « *Le consentement du mineur (…) doit être systématiquement recherché s’il est apte à exprimer sa volonté et à participer à la décision* » (art. L. 1111-4, CSP).

Lorsqu’il a demandé à être soigné sans le consentement du ou des titulaires de l’autorité parentale, dans les conditions des articles L. 1111-5 et L. 1111-5-1 du code de la santé publique, il est nécessaire que les données de santé du mineur recueillies dans ce cadre ne soient pas accessibles au ou aux titulaires de l’autorité parentale.

## Permettre aux auxiliaires médicaux et psychologues de pratiquer le télésoin

Modifier ainsi l’article 13 du projet de loi relatif à l’organisation et à la transformation du système de santé :

Rédiger ainsi l’alinéa 8 : « Art. L. 6316-2. – *Le télésoin est une forme de pratique de soins à distance utilisant les technologies de l’information et de la communication. Elle met en rapport un patient avec un ou plusieurs pharmaciens, auxiliaires médicaux ou psychologues, dans l’exercice de leurs compétences prévues au présent code* ».

**Exposé des motifs**

La FHF souhaiterait que la pratique du télésoin soit également prévue à l’article L. 6316-2 du code de la santé publique pour les psychologues, car pouvant contribuer utilement à des projets de télé-psychiatrie.

## Permettre de faire bénéficier aux patients hospitalisés du télésoin

*Amendement commun avec la FHP, la FEHAP et Unicancer*

A l’article 13 du projet de loi relatif à l’organisation et à la transformation du système de santé

**L’alinéa 8 est ainsi modifié :**

Art. L. 6316-2. – Le télésoin est une forme de pratique de soins à distance utilisant les technologies de l’information et de la communication.

Elle met en rapport un patient, **hospitalisé ou non hospitalisé,** avec un ou plusieurs pharmaciens ou auxiliaires médicaux, dans l’exercice de leurs compétences prévues au présent code.

**Exposé des motifs**

Comme pour la télémédecine qui permet désormais de faire bénéficier les patients hospitalisés de ce service, il est proposé que cela soit aussi le cas pour le télésoin. Celui-ci pourra donc bénéficier à tous les patients, que ceux-ci soient ou non hospitalisés, dans une logique d’égal accès aux soins.

1. « Sont exonérés de l’impôt sur le revenu les rémunérations, les majorations et les éléments de rémunérations mentionnés aux I et III de l’article L.241-17 du code de la sécurité sociale, dans les conditions et limites fixées au même article L.241-17 et dans une limite annuelle égale à 5000 euros. » [↑](#footnote-ref-1)
2. Rapport « Evaluation de la tarification des soins hospitaliers et des actes médicaux » (TOME 1) établi par Établi par Pierre-Louis BRAS, Jean-Luc VIEILLERIBIERE Membres de l’Inspection générale des affaires sociales Pierre LESTEVEN, conseiller général des établissements de santé, mars 2012. [↑](#footnote-ref-2)