



PROJET DE LOI

Relatif à l'organisation et à la transformation du système de santé

Table des matières

Promouvoir les projets territoriaux de santé.....	3
Développer une offre hospitalière de proximité, ouverte sur la ville et le secteur médico-social, et renforcer la gradation des soins.....	4
Déployer pleinement la télémédecine et les télésoins	5
Article 19 II Cadre juridique de l'exercice coordonné.....	6
Annexe : texte modifié	7

Projet déposé le 13 février 2019, actuellement étudié par la Commission des affaires sociales :

Le texte du projet de loi tel que débattu actuellement ne fait mention ni de convergence, ni de fusion, ni de maintien en l'état des dispositifs de coordination, en dépit des travaux initiés conjointement par les acteurs intéressés et les pouvoirs publics.

Seul un amendement, retiré depuis, prévoyait la fusion des CLIC, MAIA et PTA dans une logique « d'amélioration du service rendu et de lisibilité des dispositifs existants ».

Cet amendement a été retiré car non conforme sur sa forme, mais la ministre des solidarités et de la santé a indiqué que la proposition mériterait d'être retravaillée, en incluant notamment les réseaux de santé.

En revanche, d'autres articles du projet de loi peuvent impacter à l'avenir l'environnement des dispositifs de coordination et la fédération :

L'article 7 crée le **projet territorial de santé** qui concrétise l'objectif de décroisement entre ville, hôpital et médico-social. Il prévoit que les projets des communautés professionnelles territoriales de santé (CPTS) sont soumis à l'approbation du directeur général de l'ARS afin d'assurer leur coordination avec les autres acteurs du système de santé, et ce dans l'optique de mettre en cohérence les démarches des acteurs sur un même territoire.

L'article 8 habilite le Gouvernement à prendre par voie d'ordonnances des mesures visant à redéfinir les **missions et les modalités de gouvernance des hôpitaux de proximité**, afin de labelliser les premiers dès 2020. Cette évolution législative est nécessaire pour pouvoir mettre en place une **organisation nouvelle des soins de proximité, en lien avec les acteurs de la ville et du médico-social**.

L'article 13 définit le **télésoin comme pratique de soins à distance** qui met en rapport un patient avec un ou plusieurs pharmaciens ou auxiliaires médicaux, en complément de la télémédecine réservée aux professions médicales.

L'article 19 II vise à **favoriser le développement de l'exercice coordonné sous ses différentes formes**, notamment de CPTS et de maisons de santé pluri-professionnelles, en mettant à disposition des professionnels des supports juridiques adaptés et les plus simplifiés possibles pour porter leurs collaborations et projets communs.

Promouvoir les projets territoriaux de santé

Article 7 : Mobilisation des acteurs autour d'un projet de santé de territoire et validation du projet de santé des communautés professionnelles territoriales de santé par les agences régionales de santé

La création de « Projets territoriaux de santé » et la validation des projets des CPTS visent à développer les démarches de coordination et à en garantir la cohérence.

Le projet territorial de santé sera un intégrateur des différentes démarches de coopération initiées par les acteurs sur un même territoire (projet médical partagé, projet territorial de santé mentale, contrat local de santé, contrat territorial de santé, etc.) : il permettra de les mettre en cohérence afin de favoriser leur lisibilité.

Le projet territorial de santé sera un lieu d'articulation de ces différentes démarches, où pourront se dessiner **des synergies et des complémentarités entre la ville, le médico-social et l'hôpital**. Il sera, en particulier, le lieu où **clarifier les interactions entre la CPTS et l'hôpital de proximité lorsque ce dernier est présent sur le territoire**.

Cette démarche du projet territorial de santé doit permettre à l'ensemble des acteurs de santé du territoire d'y contribuer, ce qui est la garantie qu'il prendra effectivement en compte l'ensemble des initiatives qui s'expriment sur le territoire.

Ces projets territoriaux de santé doivent être définis à une échelle pertinente pour l'organisation des parcours de santé. Le périmètre sera défini par les acteurs eux-mêmes, en fonction des réalités locales et des périmètres déjà retenus pour les démarches qu'il s'agit de mettre en cohérence.

Enfin, l'élaboration des projets territoriaux de santé sera encouragée et accompagnée, sans pour autant être rendue obligatoire. Le projet territorial de santé se veut un espace de coordination issu d'une démarche ascendante, portée par l'initiative des acteurs eux-mêmes. Il s'agit de s'appuyer sur les démarches engagées par les acteurs du territoire. Cette mesure doit permettre l'élaboration de documents de référence, élaborés par les acteurs de santé, qui clarifient la place de chacune des démarches de coordination en matière de santé (projets médicaux individuels, projet médical partagé, contrat territorial de santé, projet territorial de santé mentale, contrat local de santé notamment), ce qui renforcera la lisibilité du paysage d'ensemble.

Développer une offre hospitalière de proximité, ouverte sur la ville et le secteur médico-social, et renforcer la gradation des soins

Article 8 : Cadre de définition des "Hôpitaux de proximité" en associant les professionnels de ville à leur gouvernance

L'article 52 de la loi du 22 décembre 2014 de financement de la sécurité sociale pour 2015 a créé la notion d'hôpital de proximité dans un article L. 6111-3-1 du code de la santé publique.

L'hôpital de proximité constitue une **structure exerçant une activité de médecine ou de soins de suite et réadaptation plafonnée, c'est-à-dire qu'elle ne doit pas excéder un nombre de séjours, dont la valeur est fixée par arrêté.**

Le pouvoir réglementaire a introduit des critères de spécificité territoriale pour caractériser les hôpitaux de proximité : caractère rural du territoire, densité médicale faible et une surreprésentation des personnes âgées ou en situation de précarité.

Ce cadre juridique visait à prévoir des modalités de financement dérogatoires par rapport au financement hospitalier classique et notamment l'application de la tarification à l'activité pour la médecine.

Mais ce cadre ne permet pas de porter l'ambition d'un cadre réinventé de l'hôpital de proximité, puisqu'il porte une définition limitée de l'hôpital de proximité, insuffisamment définies par rapport au service attendu à rendre à la population et donc par rapport à ses missions.

Il existe 243 établissements de ce type aujourd'hui pour une masse financière d'environ 500 millions d'euros.

La modification souhaitée par le Gouvernement réside dans la **nécessité de proposer un modèle organisationnel des établissements de proximité autour des missions qu'ils exerceront**, et non plus à partir des situations historiques ou des enjeux du modèle de financement. L'objectif majeur de ce modèle d'organisation est de **faciliter l'articulation de ces établissements avec les acteurs de la ville et du médico-social, de conforter leur ancrage sur leur territoire et d'assurer la gradation des soins**, en s'inscrivant comme le premier niveau de la gradation des soins hospitaliers.

Les hôpitaux de proximité partagent alors avec les professionnels de santé ambulatoires une responsabilité territoriale. L'ensemble de leurs missions, d'appui, de prise en charge et de prévention, sont assurées en coopération avec les acteurs de santé et médico sociaux du territoire.

La spécificité de ces structures est de se concentrer sur les activités de proximité. Certaines seront obligatoires, d'autres dépendront des besoins spécifiques de la population et des territoires. Enfin les activités de chirurgie et d'obstétrique ne pourront être exercées par ces établissements.

L'amélioration de l'articulation entre les hôpitaux de proximité et les professionnels exerçant en ville **nécessite une gouvernance spécifique des hôpitaux de proximité.**

C'est à partir de la définition de ces missions et de cette organisation, que le modèle de financement devra ensuite être construit.

Déployer pleinement la télémédecine et les télésoins

Article 13 : Autoriser les professionnels de santé non médicaux à réaliser une activité à distance

Les pratiques de télésoin sont apparues dans les années 1960 et certains Etats remboursent les actes de télésoin, ou ne font pas de distinction entre la télémédecine et le télésoin.

Plusieurs publications internationales ont montré l'apport du télésoin dans la prise en charge de certaines maladies chroniques tel que le diabète, la psychiatrie ou encore dans les prises en charge post-chirurgicales notamment dans les territoires ruraux.

La télémédecine, telle que définie par l'article L. 6316-1 du code de la santé publique, constitue une pratique exclusivement médicale (exercée par les médecins, chirurgiens-dentistes et sages-femmes). De ce fait, les pharmaciens et les auxiliaires médicaux ne peuvent prendre en charge, dans le cadre de leurs activités, les patients via les technologies de l'information et de communication.

Cet article répond à l'**objectif d'amélioration de l'accès aux soins et de transformation numérique défini dans la stratégie « Ma Santé 2022 »**.

La mesure vise à permettre la prise en charge des patients à distance par des pharmaciens et auxiliaires médicaux¹ dans le cadre des règles liées à l'exercice de leurs professions prévu dans le code de la santé publique.

Pour des raisons de qualité de prise en charge, la réalisation du premier soin en présence du patient, avant une prise en charge soignante à distance, constitue une condition au financement du télésoin par l'assurance maladie. Ce premier soin peut être réalisé par un auxiliaire médical différent de celui qui assurera le télésoin sous réserve qu'ils exercent tous les deux la même profession. En effet, d'une part, plusieurs professionnels peuvent prendre en charge un même patient à l'occasion d'un même épisode de soin (prise en charge lourde, obligation de continuité des soins, etc.), d'autre part, certaines prises en charge débutent en milieu hospitalier lors de l'hospitalisation d'un patient et peuvent se poursuivre en ville à distance.

En outre, à l'instar de ce qui a été mis en place pour les téléconsultations pour des motifs de qualité de la relation entre le patient et le professionnel de santé, il est exigé que l'échange soit réalisé par vidéotransmission.

La mesure envisagée se traduira par la création, dans le code de la santé publique, d'un cadre juridique permettant la réalisation d'activités à distance, via les technologies de l'information et de la communication, par des pharmaciens ou auxiliaires médicaux (télésoin) inexistant à ce jour.

Au total, le coût estimé de la mesure, à horizon 2022, s'élève pour les principales professions à environ 8 millions d'euros par an.

¹ Infirmiers, masseurs-kinésithérapeutes, pédicures-podologues, ergothérapeutes, psychomotriciens, orthophonistes, orthoptistes, manipulateurs d'électroradiologie médicale, techniciens de laboratoire médical, audioprothésistes, opticiens-lunetiers, les prothésistes et orthésistes pour l'appareillage des personnes handicapées, les diététiciens.

Article 19 II Cadre juridique de l'exercice coordonné

L'**exercice coordonné** constitue aujourd'hui l'une des formes d'exercice privilégiée par les professionnels de santé et soutenue par les pouvoirs publics : maisons et centres de santé, équipes de soins primaires et communautés professionnelles territoriales de santé.

On compte aujourd'hui :

- 2062 centres de santé;
- 1100 maisons de santé pluri-professionnelle
- Une trentaine d'équipe de soins primaires ;
- 224 projets de communautés professionnelles territoriales de santé

Ce mode de prise en charge favorise la **qualité des soins** et constitue donc l'un des leviers majeurs du plan d'égal accès aux soins et de la stratégie « Ma santé 2022 ». Les maisons de santé et les CPTS particulièrement nécessitent de voir leur cadre juridique adapté. Le Gouvernement demande alors au Parlement une habilitation à légiférer par ordonnance.

S'agissant de l'**exercice coordonné en maison de santé pluri-professionnelles** : l'habilitation sollicitée par le Gouvernement devra leur permettre de proposer une offre de soins la plus adaptée possible en leur ouvrant notamment des possibilités plus larges de salarier certains types de professionnels de santé.

S'agissant des **communautés professionnelles territoriales de santé** : le cadre juridique offert aux professionnels souhaitant constituer des CPTS devra permettre :

- La réalisation des missions de la CPTS : coordination des professionnels de santé afin de proposer aux patients du territoire une garantie d'accès au médecin traitant, d'assurer des plages de soins non programmés, d'organiser le lien ville / hôpital, le lien entre premier et second recours, le maintien à domicile des patients âgés, ainsi que des activités de prévention ;
- La participation à la CPTS de personnes physiques (professionnels de santé du territoire) mais aussi de personnes morales : les centres de santé, les établissements de santé, publics ou privés, les établissements sociaux et médico-sociaux, devront avoir la possibilité de devenir membres à part entière de la communauté professionnelle territoriale de santé ;
- Une constitution simple et une gouvernance souple, gestion des entrées et sorties notamment, comme le demandent les professionnels de santé engagés dans ces dynamiques et comme l'impose le grand nombre d'adhérents potentiels de ce type de structures (plusieurs centaines de membres).

S'agissant des **expérimentations de nouveaux modes de financement des soins** : l'habilitation pourra permettre de doter les groupements d'acteurs participant aux expérimentations « incitation à une prise en charge partagée » (IPEP) et « paiement en équipe de professionnels de santé » (PEPS) précités d'un cadre juridique « sur-mesure ».

Annexe : texte modifié

Promouvoir les projets territoriaux de santé

Article 7 : Mobilisation des acteurs autour d'un projet de santé de territoire et validation du projet de santé des communautés professionnelles territoriales de santé par les agences régionales de santé

En rose fushia : texte du projet de loi

En noir : article de loi tel qu'il existe actuellement

En rose souligné : texte de la commission des Affaires Sociales

I. – Le code de la santé publique est ainsi modifié :

Article L1411-11-1 :

« Une équipe de soins primaires est un ensemble de professionnels de santé constitué autour de médecins généralistes de premier recours, choisissant d'assurer leurs activités de soins de premier recours définis à l'article L. 1411-11 sur la base d'un projet de santé qu'ils élaborent. Elle peut prendre la forme d'un centre de santé ou d'une maison de santé.

L'équipe de soins primaires contribue à la structuration des parcours de santé. Son projet de santé a pour objet, par une meilleure coordination des acteurs, la prévention, l'amélioration et la protection de l'état de santé de la population, ainsi que la réduction des inégalités sociales et territoriales de santé.

Une équipe de soins spécialisés est un ensemble de professionnels de santé constitué autour de médecins spécialistes d'une ou plusieurs spécialités hors médecine générale, choisissant d'assurer leurs activités de soins de façon coordonnée avec l'ensemble des acteurs du territoire, dont les acteurs des soins primaires, sur la base d'un projet de santé qu'ils élaborent entre eux et dans le cadre territorial.

L'équipe de soins spécialisés contribue avec les acteurs du premier recours à la structuration des parcours de santé.

1° À l'article L. 1434-10 :

« I.-Le directeur général de l'agence régionale de santé constitue un conseil territorial de santé sur chacun des territoires définis au 1° de l'article L. 1434-9.

Le conseil territorial de santé est notamment composé de représentants des élus des collectivités territoriales, des services départementaux de protection maternelle et infantile mentionnés à l'article L. 2112-1, des différentes catégories d'acteurs du système de santé du territoire concerné ainsi que d'un membre du comité de massif concerné. Il veille à conserver la spécificité des dispositifs et des démarches locales de santé fondées sur la participation des habitants. Il organise au sein d'une formation spécifique l'expression des usagers, en intégrant celle des personnes en situation de pauvreté ou de précarité. Il comprend également une commission spécialisée en santé mentale. Ce conseil veille à conserver la spécificité des dispositifs et des démarches locales de santé fondés sur la participation des habitants.

II.- Sans préjudice de l'article L. 3221-2, le conseil territorial de santé participe à la réalisation du diagnostic territorial partagé mentionné au III du présent article en s'appuyant notamment sur les projets des équipes de soins primaires définies à l'article L. 1411-11-1 et des communautés professionnelles territoriales de santé définies à l'article L. 1434-12

Réso Occitanie

ainsi que sur les projets médicaux partagés mentionnés à l'article L. 6132-1 et les contrats locaux de santé. Il prend également en compte les projets médicaux des établissements de santé privés et les projets d'établissement des établissements et services médico-sociaux mentionnés à l'article L. 312-1 du code de l'action sociale et des familles.

Il contribue à l'élaboration, à la mise en œuvre, au suivi et à l'évaluation du projet régional de santé, en particulier sur les dispositions concernant l'organisation des parcours de santé.

Il est informé des créations de plates-formes territoriales d'appui à la coordination des parcours de santé complexes mentionnées à l'article L. 6327-2 ainsi que de la signature des contrats territoriaux et locaux de santé. Il contribue à leur suivi, en lien avec l'union régionale des professionnels de santé.

L'agence régionale de santé informe les équipes de soins primaires et les communautés professionnelles de territoire de l'ensemble de ces travaux ainsi que sur les projets médicaux partagés mentionnés à l'article L. 6132-1 et les contrats locaux de santé. Il prend en compte également les projets médicaux des établissements de santé privés et les projets d'établissement des établissements et services médico-sociaux.

III.- Le diagnostic territorial partagé a pour objet d'identifier les besoins sanitaires, sociaux et médico-sociaux de la population concernée en s'appuyant sur des données d'observation. Il tient compte des caractéristiques géographiques et saisonnières du territoire concerné et des besoins des personnes exerçant une activité saisonnière. Il identifie les insuffisances en termes d'offre, d'accessibilité, de coordination et de continuité des services sanitaires, sociaux et médico-sociaux, notamment en matière de soins palliatifs, en portant une attention particulière aux modes de prise en charge sans hébergement. Il identifie, lorsqu'ils existent, les hôpitaux des armées et les autres éléments du service de santé des armées contribuant au projet régional de santé. Il s'appuie, lorsqu'ils existent, sur les travaux et propositions des conseils locaux de santé ou de toute autre commission créée par les collectivités territoriales pour traiter des questions de santé. Il porte une attention particulière aux quartiers prioritaires de la politique de la ville, aux zones de montagne et aux zones de revitalisation rurale.

En santé mentale, le diagnostic territorial est établi conformément au II de l'article L. 3221-2.

Le diagnostic territorial partagé donne lieu à l'établissement de projets territoriaux de santé, élaborés par des communautés professionnelles territoriales de santé mentionnées à l'article L. 1434-12, ainsi que par des établissements et services de santé, sociaux et médico-sociaux, afin de coordonner leurs actions. L'élaboration d'un projet territorial de santé est initiée par au moins une communauté professionnelle territoriale de santé dont le projet de santé a été approuvé et un établissement ou un service de santé, social ou médico-social.

Le projet territorial de santé tient compte des projets de santé des communautés professionnelles territoriales de santé mentionnées à l'article L. 1434-12, du projet médical partagé des groupements hospitaliers de territoire prévu à l'article L. 6132-1, du projet territorial de santé mentale mentionné à l'article L. 3221-2, des projets médicaux des établissements de santé privés et des établissements et services médico-sociaux et des contrats locaux de santé. (...)

Les associations agréées mentionnées à l'article L. 1114-1 du code de la santé publique et les collectivités territoriales participent à l'élaboration du projet territorial de santé selon des modalités définies par décret.

Le projet territorial de santé définit le territoire pertinent pour la mise en œuvre par ses acteurs de l'organisation des parcours de santé mentionnée au 5° de l'article L. 1411-1.

Réso Occitanie

Le projet territorial de santé décrit les modalités d'amélioration de l'accès aux soins et de la coordination des parcours de santé, notamment l'organisation de l'accès à la prévention, aux soins de proximité et aux soins spécialisés, sur tout le territoire. ~~Il peut également décrire les modalités de coopération interprofessionnelle relatives aux pratiques médicales ou de soins~~ Il présente les propositions relatives à l'accès aux soins des personnes en situation de précarité et confrontées à des inégalités de santé. Il décrit les modalités d'organisation et d'amélioration de la permanence et de la continuité des soins, en lien avec l'ensemble des parties prenantes et des professionnels de santé concernés sur le territoire. Il peut également décrire les modalités de coopération interprofessionnelle relatives aux pratiques médicales ou de soins.

Le projet territorial de santé est soumis à l'approbation du directeur général de l'agence régionale de santé, qui se prononce au regard des objectifs du projet régional de santé mentionné à l'article L. 1434-1 et de la pertinence de son territoire, après avis du conseil territorial de santé. » ;

IV.-La mise en œuvre du projet régional de santé peut faire l'objet de contrats locaux de santé conclus par l'agence, notamment avec les collectivités territoriales et leurs groupements, portant sur la promotion de la santé, la prévention, les politiques de soins et l'accompagnement médico-social et social. Les projets de santé des communautés professionnelles territoriales de santé s'appuient sur les contrats locaux de santé, lorsqu'ils existent.

Article L. 1434-12 :

« 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.

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.

Les compétences de la communauté professionnelle territoriale de santé s'exercent sur les champs relatifs à la continuité et à la permanence des soins ainsi qu'à l'organisation des soins non programmés. Elles concourent notamment à :

1° Favoriser la coordination de l'ensemble des professionnels de santé, indépendamment de leur statut ;

2° Promouvoir l'exercice coordonné de l'ensemble des structures sanitaires et médico-sociales du territoire ;

3° Favoriser la promotion et l'éducation à la santé ainsi que la prévention en santé ;

4° Organiser une dynamique interprofessionnelle avec l'instauration de délégations de tâches entre les professionnels de la communauté professionnelle territoriale de santé, dans les cas prévus par la loi ;

5° Organiser les activités de télémédecine et de télésoin.

La communauté professionnelle territoriale de santé est garante de l'exercice et de l'expression de la démocratie sanitaire sur le territoire, en lien avec les élus locaux et les représentants d'usagers. » ;

Les membres de la communauté professionnelle territoriale de santé formalisent, à cet effet, un projet de santé, qu'ils transmettent à l'agence régionale de santé **pour approbation**.

Le projet de santé précise en particulier le territoire d'action de la communauté professionnelle territoriale de santé. **Le projet de santé est soumis à l'approbation du directeur général de l'agence régionale de santé au regard des objectifs du projet régional de santé mentionné à l'article L. 1434-1 et de la pertinence de son territoire d'action.**

(A défaut d'initiative des professionnels, l'agence régionale de santé prend, en concertation avec les unions régionales des professionnels de santé et les représentants des centres de santé, les initiatives nécessaires à la constitution de communautés professionnelles territoriales de santé).

Article L. 1434-13 du code de la santé publique :

Pour répondre aux besoins identifiés dans le cadre des diagnostics territoriaux mentionnés au III de l'article L. 1434-10 et sur la base des projets de santé des équipes de soins primaires et des projets de santé des communautés professionnelles territoriales de santé lorsque ces derniers ont été approuvés, l'agence régionale de santé peut conclure des contrats territoriaux de santé.

Le contrat territorial de santé définit l'action assurée par ses signataires, leurs missions et leurs engagements, les moyens qu'ils y consacrent et les modalités de financement, de suivi et d'évaluation. A cet effet, le directeur général de l'agence régionale de santé peut attribuer des crédits du fonds d'intervention régional mentionné à l'article L. 1435-8.

Le contrat territorial de santé est publié sur le site internet de l'agence régionale de santé afin de permettre aux établissements de santé publics et privés, aux structures médico-sociales, aux professions libérales de la santé et aux représentants d'associations d'usagers agréées de prendre connaissance des actions et des moyens financiers du projet.

Les équipes de soins primaires et les acteurs des communautés professionnelles territoriales de santé peuvent bénéficier des fonctions des plates-formes territoriales d'appui à la coordination des parcours de santé complexes prévues à l'article L. 6327-2.

Développer une offre hospitalière de proximité, ouverte sur la ville et le secteur médico-social, et renforcer la gradation des soins

Article 8 : Cadre de définition des "Hôpitaux de proximité" en associant les professionnels de ville à leur gouvernance

I. – Dans les conditions prévues à l'article 38 de la Constitution, en vue de renforcer et développer des **établissements de santé de proximité** qui assurent le premier niveau de gradation des soins hospitaliers, le Gouvernement est autorisé à prendre par ordonnance toute mesure relevant du domaine de la loi visant à :

1. Définir les activités, les missions, et les conditions d'intervention de ces établissements, en coordination avec les autres acteurs du système de santé et du secteur médico-social ;
2. Déterminer les modalités selon lesquelles la liste des établissements de santé de proximité est établie par l'autorité compétente ;
3. Définir les modalités de financement, d'organisation, de fonctionnement et de gouvernance de ces établissements, notamment en ouvrant leur gouvernance à d'autres catégories d'acteurs du système de santé du territoire concerné ;
4. Déterminer dans quelles conditions ces dispositions peuvent être applicables à une structure dépourvue de la personnalité morale et partie d'une entité juridique.

II. – L'ordonnance est prise dans le délai de dix-huit mois à compter de la publication de la présente loi. Le projet de loi de ratification est déposé devant le Parlement dans un délai de trois mois à compter de la publication de chaque ordonnance.

Article L6111-3-1 réécriture :

« I. -Les hôpitaux de proximité sont des établissements de santé publics ou privés, ou des sites identifiés de ces établissements. Ils assurent le premier niveau de la gradation des soins hospitaliers et orientent les patients qui le nécessitent, conformément au principe de pertinence des soins, vers les établissements de santé de recours et de référence ou vers les autres structures adaptées à leurs besoins. Les hôpitaux de proximité assurent leurs missions dans le cadre d'une responsabilité territoriale et d'un exercice partagé avec les structures et les professionnels de la médecine ambulatoire.

II. – En cohérence avec les projets de santé des communautés professionnelles territoriales de santé et en coopération avec les structures et les professionnels de la médecine ambulatoire, les établissements et les services médico-sociaux et d'autres établissements et acteurs de santé, dont les établissements d'hospitalisation à domicile, les hôpitaux de proximité :

- 1° Apportent un appui aux professionnels de santé de ville et aux autres acteurs de l'offre de soins pour répondre aux besoins de la population, notamment le cadre hospitalier nécessaire à ces acteurs pour y poursuivre la prise en charge de leurs patients lorsque leur état le nécessite ;
- 2° Contribuent à la prise en charge et au maintien des personnes en situation de vulnérabilité dans leur milieu de vie ;
- 3° Participent à la prévention et la mise en place d'actions de promotion de la santé sur le territoire.

III. – L'activité des hôpitaux de proximité est centrée sur les missions définies aux I et II et est assurée dans des conditions garantissant la qualité et la sécurité des soins. À ce titre, et de façon obligatoire, ils exercent une activité de médecine, offrent des consultations de diverses spécialités, disposent de ou donnent accès à des plateaux techniques d'imagerie et de biologie médicale et n'exercent pas d'activité de chirurgie ni d'obstétrique.

En fonction des besoins de la population et de l'offre de soins présente sur les territoires sur lesquels ils sont implantés, les hôpitaux de proximité exercent d'autres activités, notamment la médecine d'urgence, les activités prénatales et postnatales et les soins de suite et de réadaptation, et peuvent apporter leur expertise aux autres acteurs par le biais d'équipes mobiles.

Réso Occitanie

Siège social : Espace Henri Bertin Sans • 34080 Montpellier • T. 04 99 74 86 88
Antenne de Toulouse : Hôpital La Grave, Place Lange • TSA 60033 • 31059 Toulouse cedex 9 • T. 05 82 95 46 24
Siret n° 518 465 679 000 26

Déployer pleinement la télémédecine et les télésoins

Article 13 : Autoriser les professionnels de santé non médicaux à réaliser une activité à distance

I. – Le code de la santé publique est ainsi modifié :

Introduction d'un article L. 6316-2 :

« La télémédecine est une forme de pratique médicale à distance utilisant les technologies de l'information et de la communication. Elle met en rapport, entre eux ou avec un patient, un ou plusieurs professionnels de santé, parmi lesquels figure nécessairement un professionnel médical et, le cas échéant, d'autres professionnels apportant leurs soins au patient.

Elle permet d'établir un diagnostic, d'assurer, pour un patient à risque, un suivi à visée préventive ou un suivi post-thérapeutique, de requérir un avis spécialisé, de préparer une décision thérapeutique, de prescrire des produits, de prescrire ou de réaliser des prestations ou des actes, ou d'effectuer une surveillance de l'état des patients.

La définition des actes de télémédecine ainsi que leurs conditions de mise en œuvre sont fixées par décret, en tenant compte des déficiences de l'offre de soins dues à l'insularité et l'enclavement géographique.

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 ou auxiliaires médicaux, dans l'exercice de leurs compétences prévues au présent code.

Les activités de télésoin sont définies par arrêté du ministre en charge de la santé, après avis de la Haute Autorité de santé. Cet avis porte notamment sur les conditions de réalisation des télésoins garantissant leur qualité et leur sécurité ainsi que sur les catégories de professionnels y participant.

Les conditions de mise en œuvre des activités de télésoin sont fixées par décret en Conseil d'État ».

Article L. 162-14-1 Code de la sécurité sociale :

« I.-La ou les conventions prévues aux articles L. 162-5, L. 162-9, L. 162-12-2, L. 162-12-9, L. 162-14 et L. 322-5-2 sont conclues pour une durée égale au plus à cinq ans. Elles définissent :

1° Les tarifs des honoraires, rémunérations et frais accessoires dus aux professionnels par les assurés sociaux en dehors des cas de dépassement autorisés par la convention pour les médecins et les chirurgiens-dentistes. Le cas échéant, la ou les conventions définissent en particulier le tarif et les modalités de réalisation des actes de télémédecine, définie à l'article L. 6316-1 du code de la santé publique. Les actes de téléconsultation remboursés par l'assurance maladie sont effectués par vidéotransmission ;

La ou les conventions définissent également, le cas échéant, les tarifs ou les modes de rémunération ainsi que les modalités de réalisation des activités de télésoin définies en application de l'article L. 6316-2 du même code. Les activités de télésoin prises en charge par l'assurance maladie mettent en relation un auxiliaire médical et un patient et sont effectuées par vidéotransmission. Leur prise en charge est subordonnée à la réalisation préalable, en présence du patient, d'un premier soin par un auxiliaire médical de la même profession que celle du professionnel assurant le télésoin ; l'activité du professionnel de santé présent, le cas échéant, auprès du patient n'est pas prise en charge dans le cadre du télésoin ».

Article L. 162-16-1 :

Réso Occitanie

« Les rapports entre les organismes d'assurance maladie et l'ensemble des pharmaciens titulaires d'officine sont définis par une convention nationale conclue pour une durée au plus égale à cinq ans entre une (ou plusieurs) organisation (s) syndicales (s) représentative (s) des pharmaciens titulaires d'officine, d'une part, et l'Union nationale des caisses d'assurance maladie, d'autre part.

La convention détermine notamment : (...)

Les tarifs ou les modes de rémunération, ainsi que les modalités de réalisation des activités de télésoin définies en application de l'article L. 6316-2 du code de la santé publique. Les activités de télésoin prises en charge par l'assurance maladie mettent en relation un pharmacien et un patient et sont effectuées par vidéo transmission. Leur prise en charge est subordonnée à la réalisation préalable, en présence du patient, d'un premier soin ou bilan de médication par un pharmacien ; l'activité du professionnel de santé présent, le cas échéant, auprès du patient n'est pas prise en charge dans le cadre du télésoin ».

Article 19 II Cadre juridique de l'exercice coordonné

Dans les conditions prévues à l'article 38 de la Constitution, le Gouvernement est autorisé à prendre par ordonnance toute mesure relevant du domaine de la loi **permettant de favoriser le développement de l'exercice coordonné au sein des communautés professionnelles territoriales de santé, des équipes de soins primaires, des centres de santé et des maisons de santé** respectivement mentionnées aux articles L. 1434-12, L. 1411-11-1, L. 6323-1 et L. 6323-3 du code de la santé publique en adaptant leurs objets, leurs statuts et leurs régimes fiscaux ou en créant de nouveaux cadres juridiques pour :

1. Faciliter leur création, l'exercice de leurs missions, leur organisation et leur fonctionnement ;
2. Permettre le versement d'indemnités, de rémunérations ou d'intéressements, collectifs ou individuels, aux personnes physiques et morales qui en sont membres ;
3. Rendre possible le versement par l'assurance maladie à la maison de santé de toute ou partie de la rémunération résultant de l'activité de ses membres ;
4. Prévoir les conditions d'emploi et de rémunération par la structure de professionnels participant à ses missions, ainsi que des personnels intervenant auprès de médecins pour les assister dans leur pratique quotidienne