

CNFPT

La loi relative à l'organisation et à la transformation du système de santé

Auteur : Wiki Territorial

La loi relative à l'organisation et à la transformation du système de santé

Table des matières

La loi relative à l'organisation et à la transformation du système de santé

Famille :

Notions clés

« *Notre ambition consiste à transformer notre système de santé* » (Déclaration d'Agnès Buzyn, ministre de la santé, lors de la présentation de son projet de loi au Sénat) – « *Nous visons à transformer les modes d'organisation, de financement, de formation, les conditions d'exercice...* »

Parmi les inégalités territoriales citées à la fois dans les cahiers de doléances et les débats organisés sur tout le territoire, celle de l'accès au service public de la santé a été particulièrement dénoncée. Pourtant l'article L.1411-1 du code de la santé publique (modifié par une ordonnance du 12 janvier 2017) précisait déjà bien que la politique de santé, qui relevait de la responsabilité de l'Etat, devait aboutir à « *la réduction des inégalités sociales et territoriales de façon à permettre l'accès effectif de la population à la prévention et aux soins* » et ce, en lien avec les collectivités territoriales, désignées comme parties prenantes dans l'organisation des parcours de santé (5°, même art.). Cet objectif n'a malheureusement pas été atteint si bien que, dès septembre 2018, le Président de la République, conscient des difficultés rencontrées par les habitants, et par contre-coup par les élus de ces territoires délaissés, a présenté 54 mesures dans le plan « *Ma Santé 2022* » qui augurait de la nouvelle « *Stratégie de transformation du système de santé* ». Le projet de loi relatif à l'organisation et à la transformation du système de santé adopté en première lecture par l'Assemblée nationale le 26 mars 2019 a ensuite poursuivi son parcours parlementaire devant le Sénat. Faute d'accord entre les deux chambres, une commission mixte paritaire a été désignée et a remis son projet de loi le 20 juin. Celui-ci doit remédier aux difficultés structurelles que connaît à l'heure actuelle le système de santé et pour cela, il définit plusieurs objectifs qu'il entend remplir en réformant les études de santé, en créant et valorisant des hôpitaux de proximité, en réorganisant la médecine de ville et en procédant pour cela à la création de communautés professionnelles territoriales de santé, en multipliant les passerelles avec l'hôpital, en soulageant les médecins grâce, d'une part, à la création de postes d'assistants et, d'autre part, à des transferts d'actes et de prescriptions à d'autres acteurs, enfin en accélérant la transformation numérique du système de santé afin de gagner en efficacité et en rapidité.

La loi relative à l'organisation et à la transformation du système de santé

- [1. Le premier défi qu'entend relever la loi Santé : LUTTER CONTRE LA DESERTIFICATION MEDICALE afin d'assurer à tous les patients l'égalité d'accès aux soins](#)
 - [1.1. Les solutions pour remédier à la chute de la démographie médicale, particulièrement sensible dans les territoires fragiles](#)
 - [1.1.1. Etat des lieux](#)
 - [1.1.2. La réforme des études médicales : la suppression du numerus clausus](#)
 - [1.1.3. Les remèdes pour éviter une détérioration de la démographie médicale](#)
 - [Eviter que les départs en retraite ne creusent encore la courbe](#)
 - [Substituer au médecin des personnes en capacité de le suppléer pour l'accomplissement de certains actes](#)
 - [La mesure phare : la création d'assistants médicaux](#)
 - [La délégation de certaines tâches au profit des pharmaciens, des infirmiers et des orthoptistes](#)
 - [La délivrance des certificats de décès](#)
 - [Le télé-soin et la télésanté](#)
 - [L'intervention d'adjoints au médecin](#)
 - [1.2. Une meilleure répartition de l'offre de soins grâce à la réorganisation du système de santé afin de réduire les inégalités territoriales d'accès aux soins](#)
 - [1.2.1. Agnès Buzyn en avocate du volontariat \(Libération, 18 mars 2019\) : « la coercition n'est pas une solution »](#)
 - [1.2.2. Les mesures contraignantes écartées](#)
 - [1.2.3. La réaction du Sénat : un stage d'un semestre en pratique ambulatoire dans les zones fragiles](#)
 - [1.2.4. Une incitation financière à s'installer dans les zones les plus déficitaires en santé publique : les contrats d'engagement de service public.](#)
 - [1.2.5. La réorganisation des soins hospitaliers](#)
 - [1.2.6. L'offre de soins dévolue aux hôpitaux de proximité](#)
 - [1.2.7. Le problème des maternités de proximité](#)
 - [1.2.8. La délicate question du financement des hôpitaux de proximité](#)
- [2. Le second défi que doit relever la loi Santé, c'est une meilleure structuration de l'offre de soins grâce à un décloisonnement et une continuité des soins](#)
 - [2.1. Le décloisonnement des soins](#)
 - [2.2. Les médecins multi-sites](#)
 - [2.3. L'interdiction de concurrence](#)
 - [2.4. La continuité des soins](#)
 - [2.5. Le déploiement des communautés professionnelles territoriales de santé](#)
 - [2.6. Du diagnostic territorial partagé au projet territorial de santé](#)
 - [2.7. Les communautés professionnelles territoriales de santé, fer de lance du projet territorial de santé](#)
- [3. Le troisième défi, c'est la modernisation du système de santé avec l'entrée dans l'ère de la formation permanente et du numérique](#)
 - [3.1. La formation permanente : la procédure de certification](#)
 - [3.2. La promotion du numérique](#)
 - [3.2.1. Le projet originel de l'espace numérique de santé](#)
 - [3.2.2. Le dossier médical partagé](#)
 - [3.2.3. Le dossier médical en santé au travail](#)
 - [3.2.4. L'évolution : l'ouverture automatique de l'espace numérique de santé est assortie d'une faculté d'opposition](#)
 - [3.2.4. La télémédecine et la plateforme des données de santé](#)

La loi relative à l'organisation et à la transformation du système de santé

1. Le premier défi qu'entend relever la loi Santé : LUTTER CONTRE LA DESERTIFICATION MEDICALE afin d'assurer à tous les patients l'égalité d'accès aux soins

Cette ambition pose non seulement le problème du nombre mais aussi celui de la répartition des personnels et des équipements.

1.1. Les solutions pour remédier à la chute de la démographie médicale, particulièrement sensible dans les territoires fragiles

1.1.1. Etat des lieux

La population des médecins généralistes libéraux ne cesse de diminuer : c'est aujourd'hui près d'un sur deux qui va partir en retraite. Les praticiens sont déjà en nombre insuffisant pour répondre à la demande de soins (11.329 communes soit une sur trois n'ont pas de médecin généraliste aujourd'hui), et ils le seront davantage encore au cours des prochaines années : selon l'atlas de la démographie médicale 2015 publié par le conseil national de l'ordre des médecins, la France ne compterait plus que 54.179 généralistes en 2020 contre 64.778 en 2007, 62.211 en 2015 et 61.302 en 2016. Le Conseil national des médecins indiquait de surcroît qu'en 2015 la France ne comptait que 34.465 médecins de moins de 40 ans. Aujourd'hui, 8,6 % des français n'ont pas de médecins généralistes, selon un article du journal Le Monde en date du 11 mai 2019. Savoir que cette pénurie n'est pas propre à la France mais est un phénomène mondial (selon l'Organisation mondiale de la santé, il va manquer 12 millions de praticiens dans le monde dans les cinq ans à venir – Le Figaro 3 juin 2019) n'est pas de nature à rassurer. La pénurie a en effet engendré des déserts médicaux, et selon le rapport de Hervé Maurey et Jean-François Longeot, co-présidents du groupe de travail de la commission qui s'est consacrée à l'étude de cette question : « *Les inégalités territoriales s'accroissent avec des écarts de densité de 1 à 3 selon les départements et les spécialités considérés, et le temps médical disponible diminue. Il est donc urgent d'envisager de réguler les installations de médecins (...) pour éviter qu'un scandale territorial se transforme en scandale sanitaire* ». Concernant la contraction du temps médical, une publication de la Direction de la recherche, des études, de l'évaluation et des statistiques (DREES) indique que, depuis 2014, les deux tiers des médecins libéraux déclarent travailler 54 heures par semaine en moyenne, mais qu'il faut distraire du temps consacré à la patientèle 5 heures 30 pendant lesquelles les médecins s'adonnent aux tâches de gestion et de coordination, et 2 heures qui leur permettent de mettre à jour leurs connaissances.

1.1.2. La réforme des études médicales : la suppression du numerus clausus

Afin de remédier à la carence de médecins, la loi a supprimé, à partir de 2020, le *numerus clausus*, c'est-à-dire le concours qui verrouille le nombre d'étudiants de la première année d'études de médecine, de pharmacie, d'odontologie et de maïeutique, admis à passer en 2^{ème} année. Dans les faits, ce sont les universités qui, sous l'égide de l'Agence régionale de santé, détermineront annuellement, en tenant compte des capacités de formation et des besoins de santé du territoire, leurs capacités d'accueil en 2^{ème} ou 3^{ème} année. L'objectif est, selon les dires de Madame la ministre de la santé, une augmentation de 20% du nombre de médecins formés afin de répondre « *aux besoins du système de santé, réduire les inégalités territoriales d'accès aux soins, notamment dans les territoires périurbains, ruraux, de montagne, insulaires et ultramarins* » : mesure unanimement saluée puisqu'elle doit permettre une augmentation sensible du nombre des praticiens, mais mesure dont les effets ne se feront sentir que dans une dizaine, voire une quinzaine d'années.

La loi relative à l'organisation et à la transformation du système de santé

1.1.3. Les remèdes pour éviter une détérioration de la démographie médicale

Eviter que les départs en retraite ne creusent encore la courbe

La loi prévoit un cumul revenus-pensions pour les médecins proches de la retraite afin de les inciter à poursuivre leurs consultations, mais aussi la possibilité pour les professeurs d'université, praticiens hospitaliers, de prolonger leur activité au-delà de 67 ans, au lieu de 65 ans à l'heure actuelle. Il faut à cela ajouter une troisième mesure : la régularisation de la situation de certains médecins étrangers, en théorie interdits d'exercice, mais en réalité indispensables au bon fonctionnement du système de santé : l'intégration pérenne de ces praticiens titulaires de diplômes obtenus hors de l'Union européenne (PADHUE) se fera, éventuellement sous conditions, après étude de leur dossier.

Substituer au médecin des personnes en capacité de le suppléer pour l'accomplissement de certains actes

Certaines tâches chronophages vont être assumées par d'autres personnes que les médecins afin de leur permettre de s'adonner entièrement à leur art.

La mesure phare : la création d'assistants médicaux

Dans le plan Santé a été annoncée la création de 4.000 postes d'assistants médicaux pour accompagner et faciliter le travail des médecins : ils seront chargés de tâches administratives et de gestes soignants basiques. L'accord les finançant a été signé en juin 2019 : une subvention sera versée au médecin employeur à hauteur de 21.000 euros par an (soit un niveau supérieur à la moitié du coût du poste), mais le médecin percevra 36.000 euros l'année du recrutement puis 27.000 euros la suivante. Il est prévu que le versement de la subvention sera, sauf dérogation, subordonné à l'augmentation de la patientèle du médecin. Le gain de temps, estimé à 25, voire 30 % (qui correspondrait à la création de 1.000 à 2.000 équivalents médecins supplémentaires, selon M. Revel, directeur général de la CNAM – Déclaration faite au journal Le Monde le 11 mai 2019), redeviendrait du temps médical permettant au médecin de prendre en charge de nouveaux patients, et ce essentiellement afin de résorber le nombre de ceux dépourvus de médecins référents.

La délégation de certaines tâches au profit des pharmaciens, des infirmiers et des orthoptistes

Les médecins avaient déjà perdu le monopole de la liberté de prescription puisque les pharmaciens, depuis la loi Hôpital, Patients, Santé et Territoires (HPST) de 2009, s'étaient vu reconnaître de nouvelles missions dont le fondement était la prévention, le dépistage et l'accompagnement, qu'il s'agisse de conseil ou d'éducation thérapeutique. La loi Santé veut aujourd'hui les autoriser à prescrire certains vaccins, ce qui était considéré jusqu'à ce jour comme un exercice illégal de la médecine : la conviction du législateur quant à l'utilité de cette démarche s'est forgée en constatant que la généralisation de la prescription et de l'administration du vaccin contre la grippe par les pharmaciens permettait d'enrayer la chute de la couverture vaccinale. Les pharmaciens seront aussi habilités, sous conditions strictes, à remplacer un médicament, voire à en délivrer un pour des infections mineures : cystites, angines ; mais ils seront aussi compétents pour prolonger un traitement, et même adapter une posologie ou encore substituer un médicament à un autre en cas de rupture d'approvisionnement lorsqu'il s'agit d'un médicament d'intérêt thérapeutique majeur, voire délivrer certains médicaments pour certaines pathologies, en respectant strictement les recommandations de la Haute Autorité de Santé (HAS).

Les infirmiers se verront reconnaître des compétences encadrées telles que l'adaptation de posologies pour certains traitements d'une pathologie donnée, mais exclusivement sur la base de résultats d'analyses de biologie médicale, sauf indication contraire du médecin traitant qui doit, dans tous les cas, être informé de cette initiative de manière à garder le contrôle des soins.

Les orthoptistes seront désormais, eux aussi, autorisés à prescrire non seulement des dispositifs médicaux d'orthoptie, mais aussi les verres correcteurs d'amétropie et les lentilles de contact oculaires correctrices. En outre, ils pourront même adapter les prescriptions médicales initiales des verres correcteurs et des lentilles de contact, sauf opposition du médecin.

La loi relative à l'organisation et à la transformation du système de santé

Le médecin gagne donc du temps médical, mais il perd pour cela le monopole de la prescription, même s'il garde le contrôle de l'action des auxiliaires médicaux.

La délivrance des certificats de décès

Le transfert de tâches a aussi été organisé pour pallier les retards affectant la délivrance d'un certificat de décès préalable à l'inhumation ou à la crémation. Ce certificat pourra, aux termes de la loi, être l'apanage d'un médecin en activité ou retraité, ou d'un étudiant de 3^{ème} cycle, ou même sous conditions, d'un praticien étranger titulaire d'un diplôme hors Union européenne et autorisé à poursuivre un parcours de consolidation des compétences en médecine. C'est afin d'éviter les situations dramatiques ou ubuesques auxquelles avaient conduit les délais d'attente imposés aux familles que la liste des personnes compétentes pour délivrer ce certificat a été élargie : ainsi le maire de Laignel, une petite commune de l'Oise, avait pris un arrêté interdisant à ses administrés de mourir à domicile...

Le télé-soin et la télésanté

Le télé-soin est une pratique de soins à distance, qui s'effectue par vidéo-transmission et permet de mettre en relation un auxiliaire médical ou un pharmacien, et un patient, en utilisant les technologies de l'information et de la communication. Quant à la télémédecine (télésanté), elle sera étendue dès cet été à l'ensemble des officines, le pharmacien mettant à disposition du client-patient une pièce dédiée pour une mise en relation avec un médecin qui connaît le patient. Compte tenu de la baisse des prix des médicaments et des difficultés que ce phénomène a générées pour certaines pharmacies dont le nombre a diminué d'un millier depuis cinq ans, selon la Fédération des syndicats pharmaceutiques de France (FSPF) s'exprimant dans le Figaro des 30-31 mars 2019, la télésanté, outre qu'elle permet d'obtenir un gain de temps médical appréciable, de gagner en efficacité en réduisant les temps d'attente, les hospitalisations, les déplacements, se révèle être une opportunité pour ces officines. La mise en œuvre de ces mesures délicates (confidentialité, qualité et fiabilité de l'examen ou du soin) est elle aussi strictement encadrée (cf. infra). Des expériences ont lieu à l'étranger où la téléconsultation et la télé-prescription sont en pleine expansion (ainsi en Suède depuis 3 ans). Le gouvernement est ambitieux puisqu'il a fixé un objectif de 500.000 actes de télémédecine en 2019, 1 million en 2020 et 1,3 million en 2021.

L'intervention d'adjoints au médecin

Afin de faire face à des situations de tension exceptionnelles, il est encore prévu de permettre à des personnes ayant suivi et validé la totalité du 2^{ème} cycle des études médicales et un nombre déterminé de semestres au titre du 3^{ème} cycle, d'exercer, pour une durée limitée et après y avoir été autorisées par le conseil de l'ordre, la médecine en qualité d'adjointes du médecin. L'intervention d'un adjoint aura lieu en cas d'afflux saisonnier exceptionnel de population, ou en cas de carence ponctuelle de l'offre de soins, dans les zones caractérisées par une offre insuffisante ou par des difficultés d'accès aux soins. Dans une telle hypothèse le maire de la commune lui-même peut proposer la création d'un poste d'adjoint dans l'intérêt de la population. Ces mesures prévues à l'origine pour remédier aux flux des touristes sur les plages en été et à la montagne en hiver, ont désormais vu leur périmètre s'étendre pour pallier l'effondrement de la démographie médicale. On peut imaginer que des pandémies, des actes terroristes, des catastrophes naturelles ou induites par l'activité humaine pourraient aussi justifier le recours à des adjoints, ce qui n'est pas neutre car mettre quasiment sur un pied d'égalité des médecins qui ont achevé leur cursus et ceux qui ne l'ont pas terminé, peut susciter un débat quant à la pertinence et l'utilité des études longues.

La loi relative à l'organisation et à la transformation du système de santé

1.2. Une meilleure répartition de l'offre de soins grâce à la réorganisation du système de santé afin de réduire les inégalités territoriales d'accès aux soins

1.2.1. Agnès Buzyn en avocate du volontariat (Libération, 18 mars 2019) : « *la coercition n'est pas une solution* »

Dans l'intervalle pendant lequel, d'une part, la loi Santé ne produirait pas encore les effets désirés et, d'autre part, la pénurie de personnel médical créerait des situations critiques aiguës, pour ne citer que le mouvement de grève affectant le fonctionnement de certains services d'urgences depuis la mi-mars 2019, ainsi que la multiplication des arrêts de travail pour échapper aux assignations, le législateur avait le choix : soit faire preuve d'autorité en adoptant des mesures de régulation, soit faire le pari de l'efficacité en s'en remettant à une politique incitative. C'est cette seconde solution, qui excluait toute atteinte à la liberté d'installation des médecins qui l'a finalement emporté pour éviter l'ire des syndicats et la mobilisation de la corporation : « *une ligne rouge : ne pas braquer la médecine de ville* » (Libération, 18 mars 2019). Les syndicats de médecins sont vivement opposés à toute mesure autoritaire, et dans une lettre ouverte aux sénateurs, MG France a redit son attachement à la liberté d'installation et son opposition à toute mesure coercitive. Le projet de loi de l'exécutif s'est donc refusé à satisfaire les demandes des maires des petites villes qui, via leur association représentative, l'association des petites villes de France (APVF), réclamaient avec force l'installation contrainte de nouveaux médecins dans les déserts médicaux. Car, si le plan Santé a annoncé la création de 400 postes de médecins généralistes salariés qui ont pour mission d'intervenir dans les zones les plus fragilisées, c'est sur la base de volontariat que ceux-ci s'engageront.

1.2.2. Les mesures contraignantes écartées

C'est dans le même esprit que l'amendement qui proposait un stage obligatoire dans les déserts médicaux pour tous les étudiants en médecine avant leur entrée en internat n'a pas été adopté. Le texte adopté par l'assemblée nationale se borne à dire que l'étudiant doit acquérir les compétences nécessaires à « *l'exercice des activités de soins et de prévention dans différents territoires et modes d'exercice...* » et qu'une offre « *de formation et de stage répondant aux besoins des zones caractérisées par une offre de soins insuffisante ou des difficultés dans l'accès aux soins* » sera proposée aux étudiants tout au long de leur parcours. La commission mixte paritaire évoque, quant à elle, le déploiement de l'offre de stages dans les territoires fragiles tout au long du cursus de l'étudiant. Mais, outre que ces préconisations qui ne sont assorties d'aucune contrainte (mesure législative, ou conventionnement sélectif c'est-à-dire refusant l'installation d'un nouveau médecin sans la contrepartie de la cessation d'activité d'un autre médecin dans les zones sur-dotées), s'apparentent à un vœu pieux, elles sont redondantes par rapport aux dispositions qui prévoyaient déjà que l'agence régionale de santé, d'une part identifiait les zones où l'offre de soins était insuffisante, et celles où, au contraire, elle était pléthorique, et d'autre part s'engageait à faire le nécessaire pour réduire ces inégalités en favorisant notamment une meilleure répartition géographique des professionnels de santé, des maisons de santé, etc. (Article L. 1434-4 du code de la santé publique). La réflexion « *sans tabou* » réclamée par les maires des petites villes de France, suggérant la création de territoires prioritaires de santé sur le modèle des quartiers prioritaires de la ville, n'a donc pas abouti et ce, malgré l'aggravation constante de la désertification médicale qui est plus prégnante dans l'espace rural et dans les périphéries des villes, notamment petites et moyennes, mais pas exclusivement : les périphéries des grands centres urbains sont aussi concernées, notamment l'Ile-de-France, qui apparaît comme le premier désert médical français. Et pourtant, toutes les mesures efficaces mais contraignantes ont été abandonnées : la limitation de la période de remplacement avant l'installation, que la commission des affaires sociales avait proposé de plafonner à trois ans (ce qui aurait toutefois pénalisé les médecins en exercice confrontés aux difficultés de trouver un remplaçant dans la perspective d'une prise de congés), continue à dépendre du conseil départemental de l'ordre qui autorise discrétionnairement le remplacement ; de même il n'a pas été donné suite à la possibilité pour l'assurance-maladie d'exiger d'un médecin la prise en charge d'un nouveau patient dépourvu de médecin traitant ; la suggestion d'obliger les jeunes médecins de s'installer, après leurs études, pour quatre ans au minimum dans une zone fragile n'a pas davantage été retenue.

La loi relative à l'organisation et à la transformation du système de santé

1.2.3. La réaction du Sénat : un stage d'un semestre en pratique ambulatoire dans les zones fragiles

Toutefois le Sénat, dont la proposition a été entérinée par la commission mixte paritaire, a, dans le texte qu'il a adopté, tenté, sans toutefois aller jusqu'à la contrainte, d'inciter fortement les médecins à exercer leur art dans les territoires les plus fragiles. Après avoir posé le principe assez général que les formations de médecine doivent favoriser, par leur organisation, « *la répartition équilibrée des futurs professionnels sur le territoire au regard des besoins de santé* », le Sénat a ajouté, contre l'avis du gouvernement, qu'un stage d'un semestre en pratique ambulatoire, soit de pratique en autonomie (la commission mixte paritaire a toutefois prévu un régime d'autonomie supervisée), et accompli en priorité dans les zones tendues, devait être effectué par les étudiants de médecine générale en dernière année de 3^{ème} cycle. La commission mixte paritaire a prévu que les offres de stage dans les zones caractérisées par une offre de soins insuffisante ou par des difficultés dans l'accès aux soins devaient faire l'objet d'une évaluation tous les trois ans par les ministres concernés (Santé et éducation).

1.2.4. Une incitation financière à s'installer dans les zones les plus déficitaires en santé publique : les contrats d'engagement de service public.

La loi Santé a reconduit les contrats d'engagements de service public : moyennant le versement jusqu'à la fin de ses études d'une allocation mensuelle, en sus des rémunérations habituellement servies aux étudiants, le futur médecin s'engage en contrepartie à exercer une activité en zone cataloguée comme présentant une offre de soins insuffisante en santé ou des difficultés dans l'accès aux soins. Le législateur fait coup double : en facilitant le financement des études d'un futur médecin, il obtient sa participation à la réduction des inégalités territoriales en matière de santé.

1.2.5. La réorganisation des soins hospitaliers

Au-delà du problème du nombre, celui de la répartition de l'offre de soins est une préoccupation constante de la loi qui pose le principe que « *les médecins participent à la réduction des inégalités territoriales dans l'accès aux soins* » et, concernant les formations de médecine, rappelle que « *les objectifs pluriannuels d'admission en première année de 2^{ème} cycle sont définis au regard d'objectifs nationaux pluriannuels relatifs au nombre de professionnels à former établis par l'Etat pour répondre aux besoins du système de santé, réduire les inégalités territoriales d'accès aux soins...* ». La loi est donc sortie d'une logique purement comptable. Tout d'abord, elle a réorganisé les soins hospitaliers : une gradation fondée sur des compétences différentes fait référence, au premier niveau, aux établissements hospitaliers de proximité, qui exerceront leur mission de concert avec les professionnels de la médecine ambulatoire et appuieront l'action des professionnels de santé de ville. Ils feront l'objet d'investissements qualifiés de considérables par Madame la ministre de la santé pour devenir une composante reconnue de l'offre de soins, suivant en cela les préconisations du rapport du Haut conseil pour l'avenir de l'assurance maladie. En effet, la cartographie du nouveau maillage territorial des hôpitaux, arrêtée par ordonnances, va distinguer les soins hyperspécialisés (ce sont les plateaux techniques de pointe des CHU), les soins spécialisés (chirurgie, maternité, spécialités), et les soins délivrés par les hôpitaux de proximité.

1.2.6. L'offre de soins dévolue aux hôpitaux de proximité

Les soins dispensés par les hôpitaux de proximité couvriront un large éventail : médecine, offres de consultations de spécialistes, facilitation d'accès, in situ ou non, à des plateaux techniques d'imagerie et de biologie médicale. Dans les cas où, sur le territoire sur lesquels ils interviendront, les besoins de la population et de l'offre de soins l'exigent, les hôpitaux de proximité pourront exercer d'autres activités telles que la médecine d'urgence, les activités prénatales et postnatales, les soins de suite et de réadaptation ainsi que les activités de soins palliatifs, de gériatrie, de réadaptation. Cette énumération n'est pas limitative comme l'indique l'adverbe « *notamment* » qui la précède, mais la loi exclut les activités de chirurgie, les urgences et les maternités. Ce sont 500 à 600 hôpitaux de proximité qui vont se déployer sur tout le territoire d'ici 2022 pour devenir une composante indispensable de l'offre de soins pour laquelle l'Etat va s'engager dans une démarche de labellisation. Les conforter dans la cartographie hospitalière est nécessaire pour rompre le cercle vicieux qui veut que les médecins rechignent à s'installer là où il n'existe pas de

La loi relative à l'organisation et à la transformation du système de santé

structure hospitalière. Les hôpitaux de proximité, qui bénéficieront d'un niveau d'équipement adéquat (notamment en radiologie et biologie) adapteront donc le système de santé aux problématiques de plus en plus prégnantes que sont le vieillissement et les maladies chroniques. Dans le même temps leur intervention dans le domaine de la médecine générale améliorera l'accès aux soins sur tout le territoire. Mais ce mouvement de recentrage sur des missions bien spécifiques aura pour corollaire des reconversions, voire des suppressions, douloureuses pour les populations vivant à l'écart des grandes métropoles. C'est la raison pour laquelle une dérogation en faveur de certains actes chirurgicaux programmés, qui a fait l'objet d'un amendement adopté à l'unanimité, a été prévue par la loi, mais elle sera strictement encadrée par arrêté du ministre de la santé.

1.2.7. Le problème des maternités de proximité

L'association des petites villes de France a, pour sa part, insisté sur l'importance des maternités de proximité pour dynamiser la politique démographique de la France, et rappelle que le mouvement de suppression des maternités effectuant moins de 1000 accouchements par an a déjà touché 271 maternités qui ont disparu entre 1996 et 2014. Le professeur Israël a rappelé qu'on est passé de 1375 maternités en 1975 à 489 à ce jour. Selon lui, c'est moins la taille de l'établissement que la qualité des indicateurs qui doit servir de critère de sélection. Le Président de la République a acté, au cours de son allocution télévisée du 25 avril 2019 qu'aucune fermeture de structure hospitalière n'interviendrait contre l'avis du maire de la commune concernée d'ici à 2022 : lourde responsabilité transférée au maire qui devra arbitrer entre les souhaits de son corps électoral et la sécurité sanitaire que chacun est en droit d'exiger. Toutefois, si le statu quo reste envisageable, la recomposition d'un réseau de maternités reste exclue en l'état actuel de la loi. Le rapport de la Cour des comptes de janvier 2015 a été particulièrement strict à cet égard : il réclame la fermeture « sans délai » des petites maternités en cas d'absence de mise en conformité immédiate. La transformation des petites maternités en centres de périnatalités peut constituer un compromis qui risque toutefois de ne pas satisfaire la population locale, et ce d'autant que le recours au procédé des ordonnances est critiqué par les élus qui auraient aimé que les collectivités territoriales soient associées à la refonte de la cartographie hospitalière. Certes, la loi insère dans le code de la santé publique un article L.1411-2-1 ainsi rédigé : « *Dans le cadre des compétences qui leur sont reconnues par la loi et dans le respect des conventions les liant à l'Etat, les collectivités territoriales sont associées à la mise en œuvre de la politique de santé et des plans et programmes de santé qui en résultent* ». Mais, si elles peuvent définir sur leur territoire des objectifs particuliers en matière de promotion de la santé, les collectivités territoriales ne disposent que d'un pouvoir consultatif, à l'exclusion de tout pouvoir délibératif, puisque la seule prérogative qui leur est concédée, c'est la communication de leurs desiderata au représentant de l'Etat dans le département ou la région, et au directeur de l'ARS.

1.2.8. La délicate question du financement des hôpitaux de proximité

D'autres questions, et non des moindres, restent en suspens : la réforme de la tarification à l'activité, plus connue sous le sigle T2A est, pour les hôpitaux de proximité qui perçoivent trop peu de financements, essentielle en raison du faible nombre d'actes médicaux qu'ils réalisent. Une instance a été chargée de réfléchir à des alternatives à la T2A d'ici à la fin de l'année 2019. Dans l'attente de ses conclusions, le Président de la République a pris l'engagement de limiter à 50% le recours à la T2A avant la fin du quinquennat. L'annonce de financements forfaitaires pour des pathologies chroniques est une amorce de solution. L'assurance-maladie a également proposé, fin juin, des pistes dans la perspective du projet de loi de financement de la Sécurité sociale telles que le versement d'un forfait qui serait fonction du nombre de patients, de leur âge, de leur taux de pauvreté ; le maintien d'une tarification à l'activité ; et enfin un intéressement aux économies dues à la réduction des séjours et donc du nombre de lits : pour cela la médecine ambulatoire, qui a essentiellement progressé en chirurgie, serait relancée en médecine (le potentiel de séjours sans nuitées est estimé à 330.000), débouchant sur la création de pôles hospitaliers ambulatoires fonctionnant avec la médecine de ville, ce qui suppose évidemment une meilleure structuration de l'offre de soins et un décloisonnement des soins.

La loi relative à l'organisation et à la transformation du système de santé

2. Le second défi que doit relever la loi Santé, c'est une meilleure structuration de l'offre de soins grâce à un décloisonnement et une continuité des soins

2.1. Le décloisonnement des soins

Le décloisonnement profitera d'abord aux hôpitaux de proximité, passerelle entre la médecine de ville et la médecine hospitalière, grâce au nouveau statut créé par la loi, qui permettra à des praticiens d'exercer leur activité pour partie à l'hôpital et pour partie en ville. Concernant spécifiquement les hôpitaux de proximité, la loi prévoit que leurs missions sont exercées avec la participation conjointe des structures et des professionnels de la médecine ambulatoire. Par ailleurs les hôpitaux de proximité apportent un appui aux professionnels de santé de ville.

Le gouvernement a annoncé la création de 300 postes de médecine partagée : il s'agit dans ce cadre de combiner pratique libérale et pratique hospitalière. La loi multiplie les passerelles pour fluidifier les carrières entre la ville et l'hôpital : elle prévoit de « *faciliter la diversification des activités entre l'activité hospitalière publique, les activités partagées entre structures de santé ou médico-sociales et un exercice libéral, dans leur établissement ou non, pour décloisonner les parcours professionnels et renforcer l'attractivité des carrières hospitalières* ». Enfin la loi propose de « *simplifier et adapter les motifs de recrutement par contrat pour mieux répondre aux besoins des établissements notamment dans les spécialités où ces derniers rencontrent le plus de difficultés à recruter et pour faciliter l'intervention des professionnels libéraux à l'hôpital* ».

2.2. Les médecins multi-sites

Ces facilités profitent aussi à la médecine de ville puisque, désormais, l'exercice professionnel multi-sites est facilité (décret n° 2019-511 du 23 mai 2019 modifiant le code de déontologie des médecins et la réglementation des sociétés d'exercice libéral et des sociétés civiles professionnelles – Publié au JO du 25 mai 2019). Ce texte allège les procédures pour l'ouverture des cabinets secondaires en substituant à un régime d'autorisation, un régime de déclaration. Il prend en effet en compte l'évolution des pratiques médicales, les médecins en nombre insuffisant étant fortement sollicités tant par les hôpitaux que par les cliniques privées, les centres de santé, les collectivités territoriales, etc. : ce décret correspond donc parfaitement au médecin tel qu'il est devenu, un médecin multi-sites).

2.3. L'interdiction de concurrence

Une interdiction de concurrence classiquement limitée dans le temps et dans l'espace, est de nature à prévenir tout excès. Le plafonnement de l'indemnité due en cas de violation de cette interdiction ne paraît toutefois pas de nature à décourager les médecins de faire une partie de leur carrière dans un établissement public de santé.

2.4. La continuité des soins

La continuité, passera quant à elle, par le biais soit des maisons médicales traditionnelles, avec le regroupement de différents professionnels de santé dans un même lieu géographique (une étude de la Direction de la recherche, des études, de l'évaluation et des statistiques – DREES – indique que 61% des médecins généralistes libéraux exercent en groupe), soit des communautés professionnelles territoriales de santé (CPTS qui ont commencé à se créer depuis la loi Touraine en 2016), auxquelles une négociation conventionnelle a assuré, dès juin 2019, des financements pérennes sous condition de l'existence d'un projet de santé.

La loi relative à l'organisation et à la transformation du système de santé

2.5. Le déploiement des communautés professionnelles territoriales de santé

Les communautés territoriales professionnelles de santé se créent à l'initiative de professionnels sous l'égide des agences régionales de santé qui veillent à la cohérence de l'ensemble : l'exécutif table sur 1000 créations de communautés professionnelles territoriales de santé d'ici à 2022 de façon à couvrir l'intégralité du territoire. Elles associeront, elles aussi, des professionnels de santé appartenant au secteur libéral, ou des salariés, qui exerceront soit à titre individuel, soit en EHPAD (établissement d'hébergement pour personnes âgées dépendantes), soit en cabinet de groupe, soit en structures d'exercice coordonné telles que des maisons médicales (qui partagent des moyens matériels plus ou moins importants) ou des maisons de santé pluri-professionnelles (MSP dont le cadre juridique a été créé il y a dix ans et où les médecins sont fédérés autour d'un projet de santé commun) ; elles pourront même contractualiser avec des établissements hospitaliers publics ou privés. Ce point a suscité l'ire des syndicats qui estiment que ce seront les établissements hospitaliers qui, compte tenu des moyens logistiques dont ils disposent, vont influencer la création des communautés professionnelles territoriales de santé au détriment de la médecine libérale qui risque d'y perdre son âme. Et ce d'autant qu'il ne s'agira pas de juxtaposer, dans une même structure, les clientèles privées de médecins continuant à exercer leur art de façon peu ou prou individuelle, mais de répondre aux besoins locaux en leur confiant non seulement la responsabilité d'une véritable politique d'accès aux soins pour tous grâce à l'organisation de plages horaires de consultation sans rendez-vous, pour les soins non programmés, de façon à soulager en amont les hôpitaux et les services d'urgence, mais aussi en leur confiant la responsabilité de l'orientation des patients vers un médecin traitant, de même que celle de la coordination des soins (coordination ville-hôpital, maintien à domicile) et enfin en les chargeant d'une mission de prévention. Ainsi les services de protection maternelle infantile trouveront toute leur place dans les communautés territoriales de santé.

2.6. Du diagnostic territorial partagé au projet territorial de santé

C'est donc avant tout l'établissement d'un diagnostic territorial partagé par le conseil territorial de santé auquel participent les députés, les sénateurs du territoire concerné et un certain nombre de représentants élus des collectivités territoriales, qui va donner lieu à un projet partagé et coordonné. Ce projet territorial de santé, outre qu'il décrit les modalités de l'accès aux soins, de leur continuité, de leur coordination, va organiser l'accès à la prévention, au dépistage, aux soins de proximité non programmés ou spécialisés : il tient compte des projets de santé des communautés professionnelles territoriales de santé, du projet médical partagé des groupements hospitaliers de territoire (GHT), du projet territorial de santé mentale, des projets des établissements de santé privés et des projets des établissements et services médico-sociaux et des CLS, dont le souci doit être la continuité, la cohérence, la qualité et la sécurité du service de santé rendu. Les collectivités territoriales ont leur mot à dire quant à l'élaboration et la mise en œuvre du projet territorial de santé qui est validé par le directeur de l'agence régionale de santé. Ce dernier ne peut s'y opposer que dans deux hypothèses : l'absence de respect des objectifs du projet régional de santé ou l'absence de pertinence du territoire d'action de la communauté professionnelle territoriale de santé. Le but visé est clairement l'amélioration de l'accueil et du service rendu par la médecine de ville, de telle façon que puisse se reporter sur elle le flux de patients qui, à l'heure actuelle, sature les urgences.

2.7. Les communautés professionnelles territoriales de santé, fer de lance du projet territorial de santé

En commission des affaires sociales, un amendement avait prévu de définir les missions confiées aux communautés professionnelles territoriales de santé, mais le gouvernement s'y est opposé, craignant que les partenaires conventionnels ne se retirent des négociations avec l'assurance-maladie au motif qu'elles seraient sans objet. Les communautés professionnelles territoriales de santé n'ont donc pas de statut type ; elles pourront se regrouper autour d'un projet territorial de santé décrivant « *les modalités d'amélioration de l'accès aux soins et de la coordination des parcours de santé* ». Ce projet territorial devra se préoccuper particulièrement des personnes en situation de précarité, en situation de handicap ou à mobilité réduite. Il donnera lieu à débat après qu'un bilan et les orientations futures aient été présentés aux élus (parlementaires, présidents des conseils départemental et régional, présidents

La loi relative à l'organisation et à la transformation du système de santé

des établissements publics de coopération intercommunale à fiscalité propre, cinq maires au minimum, issus du département, et désignés par l'association des maires). Encore une fois, ceux-ci n'ont pas de pouvoir de décision : ils peuvent néanmoins donner leur avis sur l'organisation territoriale des soins. Et ils ont en tout cas le pouvoir de faire inscrire un point qui leur paraît important à l'ordre du jour ; ils peuvent aussi solliciter de l'agence régionale de santé l'organisation d'une réunion spécifique lorsqu'ils estiment que les circonstances le justifient. La création des communautés professionnelles de santé répond aux souhaits des jeunes médecins trop souvent rebutés par les fortes contraintes présentes et par les exigences de disponibilité qui sont l'apanage des territoires les moins bien dotés. La communauté professionnelle territoriale de santé répond aussi aux souhaits de ces territoires car, outre le fait qu'elle est en capacité d'attirer de nouveaux médecins, l'exercice coordonné de la médecine générale, rejointe par d'autres spécialités, installe une structure sanitaire de proximité à haute valeur ajoutée. À côté des communautés professionnelles territoriales de santé, pourront prendre place des équipes de soins primaires (ensemble de professionnels de santé constitué autour de médecins généralistes de premier recours), des centres de santé (structures sanitaires de proximité dispensant des soins de premier et éventuellement de second recours) et des maisons de santé constituées entre des professionnels médicaux, auxiliaires médicaux ou pharmaciens.

Des protocoles de coopération nationaux ou locaux, qui peuvent opérer des transferts d'activités ou d'actes de soins ou de prévention, ou réorganiser leurs modes d'intervention auprès des patients, auront la possibilité de venir compléter cet exercice coordonné de la médecine. D'ailleurs l'intervention des professionnels libéraux à l'hôpital sera simplifiée. Le gouvernement règlera par voie d'ordonnances la question du financement des communautés professionnelles territoriales de santé et de leurs membres.

La coopération s'imposera aussi en cas de situation sanitaire exceptionnelle (terrorisme, etc.) lorsque ses conséquences dépasseront les capacités de prise en charge des structures de soins du territoire.

3. Le troisième défi, c'est la modernisation du système de santé avec l'entrée dans l'ère de la formation permanente et du numérique

3.1. La formation permanente : la procédure de certification

Dans un monde où les nouvelles technologies et l'intelligence artificielle « *nouveau copilote du radiologue* » (Le Figaro 1^{er} avril 2019) bousculent toutes les données acquises et même actuelles de la science, le législateur a prévu d'organiser, par voie d'ordonnances, une procédure de certification indépendante de tout lien d'intérêt et soumise à contrôle (afin d'éviter les dérives pointées du doigt par la Cour des comptes dans son étude consacrée à la formation des médecins), qui permettra de s'assurer de la compétence sans cesse actualisée du médecin tout au long de sa vie professionnelle. La méconnaissance de cette obligation pourra avoir des conséquences qui, si elles ne sont pas définies par la loi, seront suffisamment graves pour ouvrir droit à des voies de recours. L'article L.1411-1 du code de la santé publique prévoit ainsi une formation initiale mais aussi continue des professionnels de santé, qui prendra notamment en compte « *la prospective en matière de technologies et les implications qui en résultent pour ces professionnels* ». La loi insiste en effet sur la nécessité d'une formation tout au long du parcours professionnel du médecin car, comme l'a conclu le professeur Uzan dans son rapport, 50% des données en médecine varient de façon significative tous les cinq ans.

3.2. La promotion du numérique

« *Le numérique permet de pallier la pénurie de médecins, réduire la distance, mieux suivre les patients chroniques là où ils vivent* » (Frédéric Valletoux, Président de la FHF, in Le Figaro 31 mai 2019)

La loi relative à l'organisation et à la transformation du système de santé

3.2.1. Le projet originel de l'espace numérique de santé

La promotion du numérique doit aboutir, au plus tard le 1^{er} janvier 2022, à la création pour tous les patients d'un espace numérique personnel ultra sécurisé (art. 12 de la loi ; art. L. 1111-13, 1111-13-1 et 1111-13-2 du code de la santé publique) qui pourra notamment leur autoriser, s'ils en sont d'accord, non seulement l'accès au dossier médical partagé (DMP pour lesquels la barre des 6 millions de dossiers médicaux partagés vient d'être franchie au niveau national, l'objectif étant l'ouverture de 40 millions de dossiers médicaux partagés d'ici 2022) mais aussi à des applications et informations de santé, à une messagerie permettant des échanges avec des professionnels et des établissements de santé, sociaux et médico-sociaux, à des services de télésanté. L'initiative de la création de son espace numérique de santé (ENS) devait à l'origine relever de la volonté personnelle et éclairée de chaque patient puisqu'une information préalable lui était délivrée concernant les conditions de fonctionnement de son espace et sa responsabilité en qualité de gestionnaire de celui-ci. Si l'ouverture d'un compte était automatique pour toute personne née à partir du 1^{er} janvier 2022, la liberté de celle-ci restait néanmoins sauve, d'abord grâce à l'intervention de son représentant légal qui, averti de l'ouverture de l'espace pouvait s'y opposer, ensuite par la possibilité qui lui était personnellement reconnue, quand elle atteindrait sa majorité, de refuser le consentement qui lui était demandé au maintien, qui n'était donc pas automatique, de son ENS. Postérieurement à la création du compte, le patient en serait le seul utilisateur et le seul gestionnaire. Il pourrait ainsi décider à tout moment de rendre l'accès à son espace impossible, ou au contraire total, ou bien partiel, permanent ou temporaire, au profit d'un professionnel de santé, voire d'une équipe ; il pourrait aussi y mettre fin.

3.2.2. Le dossier médical partagé

Dans l'ENS se trouve le dossier médical partagé dont le but clairement affiché est d'améliorer le suivi médical de son titulaire. L'assemblée nationale a insisté sur la liberté du patient tant au stade de la création de l'ENS qu'à celui postérieur, de sa gestion. Chaque professionnel de santé reportera dans le DM à l'occasion de chaque acte de consultation les éléments diagnostiques et thérapeutiques nécessaires à la coordination des soins de la personne prise en charge. Toutefois l'article L. 1111-18 du code de la santé publique comportera un troisième alinéa spécifiant que, dans le cadre de la médecine du travail, le dossier médical ne sera accessible au médecin que pour y déposer des documents.

3.2.3. Le dossier médical en santé au travail

La protection du fonctionnaire ou du salarié l'emportera donc sur toute autre considération ; toutefois un dossier médical en santé au travail sera constitué par le médecin du travail, mais ce dossier ne peut être communiqué qu'au médecin désigné par le titulaire du dossier, et à sa demande. La communication ainsi autorisée pourra porter sur la totalité ou seulement partie des données recensées dans cet espace dont le périmètre relèvera de la seule décision du titulaire. Celui-ci pourra d'ailleurs le clôturer à tout moment, ce qui aura pour conséquence son archivage pendant dix ans, sauf demande expresse de destruction émanant du titulaire du compte. Lorsque le maire négociera ou fera négocier par l'intermédiaire d'un centre de gestion avec un assureur la conclusion d'un contrat relatif à une protection complémentaire en matière de couverture des frais de santé, il devra avoir bien présent à l'esprit qu'il ne peut pas y avoir communication de tout ou partie des données de cet espace.

3.2.4. L'évolution : l'ouverture automatique de l'espace numérique de santé est assortie d'une faculté d'opposition

Des membres du Conseil national du numérique (CNNum) se sont exprimés dans le journal Les Echos du 23 mai 2019, pour critiquer la lenteur et le coût de déploiement du service liés, selon eux, à l'initiative laissée à l'utilisateur de créer son espace. Ils ont également pointé du doigt un système à deux vitesses renforçant les inégalités générationnelles d'accès à la santé, en ne réservant qu'aux nouveau-nés après 2022 le bénéfice automatique d'un ENS. La commission mixte paritaire a amendé ces dispositions et prévu une ouverture automatique de l'ENS. Toutefois le titulaire de l'espace ou son représentant peut s'y opposer. Tous deux bénéficient en effet d'une information très complète qui porte en premier lieu sur l'ouverture de l'espace numérique de santé et son fonctionnement, ainsi que sur ses modalités de clôture. En second lieu, le titulaire du compte ou son représentant est informé des modalités

La loi relative à l'organisation et à la transformation du système de santé

d'exercice du droit d'opposition préalablement à l'ouverture de l'ENS. Les critiques du conseil national du numérique ont donc été entendues par la commission mixte paritaire. Désormais l'ouverture de l'espace numérique de santé est dans tous les cas automatique mais les droits du titulaire de cet espace ou de son représentant sont pleinement respectés puisqu'ils restent libres de s'opposer à l'ouverture de cet espace.

Dans l'espace numérique de santé figure le dossier médical partagé qui fait, lui aussi, l'objet d'une procédure d'ouverture automatique, sauf opposition de son titulaire ou de son représentant. Comme pour l'espace numérique de santé, l'information du titulaire ou de son représentant est très complète, y compris sur les modalités d'exercice de son droit à opposition, préalablement à l'ouverture.

3.2.4. La télémédecine et la plateforme des données de santé

La télémédecine et le télé-soin (cf. supra) font bien évidemment partie des avancées de la profession dans le domaine du numérique. Directement issues des ambitions portées par la loi Santé, 5 orientations et 26 actions pour « *accélérer le virage numérique* » dans la santé ont été présentées le 25 avril 2019. La ministre de la santé et des solidarités s'est engagée à donner confiance aux utilisateurs avec trois maîtres-mots : éthique, sécurité, interopérabilité. Des référentiels de sécurité et d'interopérabilité ont d'ailleurs été élaborés par le groupement d'intérêt public et ce afin de préserver la confidentialité des données de santé à caractère personnel. C'est l'agence du numérique en santé (ANS) qui sera le bras opérationnel de l'e-santé et donc l'Etat qui aura la main sur le dossier médical partagé, la prescription dématérialisée, les messageries sécurisées. Le travail sera long et complexe car tout est organisé en silos qui sont dans l'incapacité de communiquer entre eux en raison de la fragmentation des outils informatiques. Des start-up telles Lifem créent des solutions qui numérisent l'échange de documents médicaux en s'adaptant à tous les dossiers patients informatisés (DPI).

Agnès Buzyn a prévu la création d'une plateforme technologique garantie par l'Etat pour agréger, protéger et partager les données cliniques et médico-administratives de santé : il s'agit d'un Health Data Hub (HDH), autrement dit d'un groupement d'intérêt public « *Plateforme des données de santé* », c'est-à-dire une plateforme d'accès simplifié aux données de santé, ce qui permettra d'améliorer la recherche et le suivi des patients. Ce groupement est constitué par l'Etat bien sûr, mais aussi par des organismes représentant les malades et usagers du système de santé, par des producteurs de données de santé et des utilisateurs publics et privés de ces données, y compris des organismes de recherche en santé. Les autorisations de traitement sont accordées par la commission nationale informatique et libertés (CNIL) après avis du comité éthique et scientifique pour les recherches, les études et les évaluations dans le domaine des recherches n'impliquant pas la personne humaine. L'Etat espère par le biais du HDH issu de la transformation de l'Institut national des données de santé, créer une véritable politique d'animation au service de la santé (Cf. les déclarations de la députée Albane Gaillot et de la responsable de la mission administration des données de santé à la DREES, Stéphanie Combes, in Le Figaro 27 mars 2019).

Le numérique ne va pas se borner à apporter une aide aux soins, il va aussi faciliter l'organisation interne des hôpitaux en améliorant la gestion des achats, des plannings, des recrutements, et en aidant à améliorer le parcours du patient : des applications comme Doctolib pour la prise de rendez-vous, s'avèrent des auxiliaires précieux.

Si les fondements de cette loi sur la santé sont bons, on peine cependant à croire, sans vouloir dramatiser, que la volonté des pouvoirs publics est à la hauteur des enjeux des territoires délaissés.

Mardi 16 juillet 2019, le Sénat a définitivement adopté le projet de loi relatif à l'organisation et à la transformation du système de santé. La loi a été publiée au Journal officiel le 26 juillet 2019.

[Cliquez ici pour consulter le texte sur Légifrance.](#)

Auteur :

BOUVIER Françoise

Thématique(s) :

[Santé publique](#)

La loi relative à l'organisation et à la transformation du système de santé

[Lire la suite](#)