



N° 05-022

ASSEMBLÉE NATIONALE

CONSTITUTION DU 4 OCTOBRE 1958
SEIZIÈME LÉGISLATURE

PROJET DE LOI

relatif à la modernisation de l'accès aux soins de proximité

(Procédure accélérée)

PRÉSENTÉ

AU NOM

des CDF, la CSMF, la FFMKR, la FNI, la FNO,
la FNP, la FSPF, le SDA, le SDB, le SML et la SNAO

PAR

LES LIBÉRAUX DE SANTÉ

PROJET DE LOI

Exposé général des motifs

Le système de santé français, considéré comme l'un des plus performants du monde, est un système basé, depuis la période de l'après-guerre, sur les principes de solidarité, de responsabilité des professionnels et des usagers, de qualité et de sécurité des soins.

Toutefois, l'évolution de la démographie médicale et les difficultés d'accès aux soins, le phénomène démographique de vieillissement de la population – avec de plus en plus de patients polypathologiques –, mais aussi les tensions subies ces dernières décennies à la fois par le système hospitalier et les soins de ville en proie à des politiques d'économies successives, tout autant que la récente crise sanitaire mondiale de la Covid-19, appellent à repenser entièrement la structuration de notre système de santé.

Le présent projet de loi apporte une réponse tant sur les aspects qualitatifs que quantitatifs des besoins de soins. Il s'appuie sur les soins de proximité, incarnés par les professionnels de santé libéraux, et vise à faire, par défaut, de la ville le niveau initial des réponses aux besoins de soins non vitaux. Il fait du patient un acteur de son parcours de soins, des organisations représentatives des patients partenaires naturels des syndicats représentatifs des professions libérales de santé. Une réforme d'ampleur est indispensable pour redonner de la lisibilité à l'offre de soins et repenser l'organisation des soins dans les territoires. Il propose par ailleurs de redonner au système conventionnel, qui lie les Libéraux de santé à l'Assurance maladie, sa place incontournable et de s'appuyer sur des politiques de santé publique ambitieuses. Enfin, ce projet de loi redonne un traçage clair et juste des financements du système de santé.

TITRE I – Conforter le système conventionnel socle de l'accès aux soins

Le présent titre a pour objet de renforcer le pacte conventionnel entre les professionnels de santé et l'Assurance maladie, et de redéfinir les principes de l'organisation de l'offre de soins.

Le système conventionnel est le garant d'un égal accès aux soins pour tous les patients. La confiance entre les professionnels libéraux de santé et les Pouvoirs publics, aujourd'hui fragilisée par des années de pression économique sur les soins de ville et le contournement des syndicats représentatifs dans les concertations et les décisions, doit être rétablie. Ainsi, une meilleure organisation des soins passe par une transformation des règles de négociation du contrat conventionnel.

L'organisation de l'offre de soins se fait dans le cadre d'une cohérence renforcée entre le cadre conventionnel national et les initiatives portées dans territoires.

Art. 1 – Définition et pilotage de l'ONDAM

Les syndicats représentatifs des professions libérales de santé participent avec le Gouvernement à la définition de l'ONDAM et à la gestion de l'ONDAM de ville.

Art. 2 – Gouvernance et pilotage du système conventionnel

Un équilibre est instauré entre les parties conventionnelles. Il est garanti par des règles de négociation et d'application entre l'Assurance maladie et les seuls syndicats représentatifs.

Les négociations peuvent être déclenchées de façon égale par l'une ou l'autre des parties. Celles ayant un caractère financier s'établissent dans la transparence, avec communication aux syndicats des moyens financiers dévolus à l'objet de la négociation ainsi que tous les éléments chiffrés nécessaires, et ce suffisamment en amont des discussions.

Les négociations et le suivi de la mise en œuvre des conventions sont basés sur la transparence et la confiance entre les partenaires. À cette fin, toutes les données utiles sont partagées.

Art. 3 – Application des décisions conventionnelles

À l'instar des accords conclus dans le champ du Travail entre les partenaires sociaux, les conventions et leurs avenants peuvent comporter des mesures applicables aux seuls adhérents des syndicats représentatifs qui en sont signataires.

Toute mesure de revalorisation tarifaire s'applique sans délai à la date de parution de la mesure.

Art. 4 – Concertation avec les organisations représentatives des usagers de la santé

Afin de rendre les patients acteurs de leur santé et de leurs soins, il est instauré un cadre de concertation avec les organisations représentatives des usagers de la santé en amont des négociations conventionnelles.

Art. 5 – Coordination entre conventions

Il est instauré une concertation préalable au niveau conventionnel, entre les parties prenantes représentatives concernées, en cas d'évolution des actes et missions envisagés dans les conventions concernant d'autres professions. Celle-ci doit permettre de coordonner les conventions et favoriser les initiatives portées par les syndicats représentatifs.

Art. 6 – Capacité juridique de l'Unocam

La Loi prévoit que l'Unocam, aux côtés de l'Uncam, peut d'une part examiner les programmes annuels de négociation ou de concertation avec les professionnels de santé et, d'autre part, négocier et signer les conventions nationales avec l'assurance maladie obligatoire et avec les professions de santé. Afin de mobiliser les leviers de financements de l'assurance maladie complémentaire, lorsqu'elle participe à la négociation et/ou au financement d'actions conventionnelles, l'Unocam est dotée du pouvoir juridique d'engager l'ensemble des organismes complémentaires dans le cadre des contrats responsables.

Art. 7 – Suppression de la dérogation à l'article L. 162-1-9-1 du Code de la sécurité sociale relative aux tarifs

L'article 99 de la LFSS 2017 autorisant, par dérogation à la procédure prévue à l'article L. 162-1-9-1 du Code de la sécurité sociale, le directeur général de l'Union nationale des caisses d'assurance maladie à procéder à la fixation des rémunérations est abrogé.

Seules des négociations conventionnelles peuvent modifier le contenu d'un précédent accord conventionnel.

Art. 8 – Tiers payant complémentaire

En dehors des obligations réglementaires, le tiers payant est optionnel pour le professionnel de santé.

Une convention nationale sur la gestion du tiers payant complémentaire est instaurée entre l'Union nationale des complémentaires santé (Unocam) et les syndicats représentatifs des professions libérales de santé. Ce conventionnement collectif se substitue au conventionnement individuel.

Cette convention définit le cahier des charges de l'Inter-AMC décrivant les procédures et les données utilisées dans le cadre du tiers payant complémentaire. Celui-ci garantit la liberté, pour les professionnels de santé libéraux, de choisir leur environnement de travail et leurs outils.

Art. 9 – Garantir la cohérence entre le national et le régional

L'application du contrat conventionnel national est homogène dans tous les territoires afin de préserver une égalité de traitement des professionnels et un égal accès aux soins.

Les décisions conventionnelles prises au niveau national priment toujours sur les décisions régionales. Tout accord territorial est préalablement soumis à la commission paritaire nationale. Afin d'éviter les carences d'avis en cas de partage de voix, le président de la CPN a voix prépondérante.

Un encadrement des expérimentations est nécessaire afin de permettre une meilleure transparence sur les modalités économiques et celles touchant au périmètre des métiers. Ainsi, une commission nationale de pilotage, constituée des syndicats représentatifs des professionnels de santé libéraux concernés par l'expérimentation considérée, est mise en place. Au vu du bilan de ces expérimentations, ce comité se prononce sur la pertinence de leur généralisation. L'approbation par ce comité constitue un préalable à toute généralisation touchant les soins de ville.

Art. 10 – Représentativité

La représentativité conventionnelle des syndicats de professions libérales de santé s'apprécie sur les critères suivants :

1. L'indépendance, notamment financière.
2. Les effectifs d'adhérents à jour de leur cotisation à taux plein constatée sur les 3 derniers exercices.
3. Les effectifs constatés dans 2/3 des départements et régions.
4. Un niveau plancher de cotisation syndicale à taux plein de 0,3 % du PASS.
5. Une ancienneté minimale de deux ans à compter de la date de dépôt légal des statuts. Toutefois, un syndicat constitué à partir de la fusion de plusieurs syndicats, dont l'un d'entre eux remplit cette condition d'ancienneté, est réputé la remplir.
6. La conformité des comptes du syndicat attestée par un cabinet d'expertise comptable ou un commissaire aux comptes.
7. Représenter la profession en exercice libéral.

Art. 11 – Désignation dans les URPS

Le mode de représentation des professions libérales de santé est déterminé par le chapitre II de la loi du 21 juillet 2009 portant réforme de l'hôpital et relative aux patients, à la santé et aux territoires (HPST) qui instaure les URPS. Pour les professions dont l'effectif est inférieur à 20 000 professionnels, les représentants sont désignés, tandis qu'ils sont élus pour celles dont l'effectif est supérieur. La présente disposition vise à homogénéiser les modes de désignations dans les URPS.

Le seuil d'effectif est supprimé. Les membres des URPS sont désignés par les syndicats représentatifs dans le cadre d'un mandat impératif. La répartition des sièges au sein des URPS se fait en fonction de la représentativité des syndicats constatée dans chaque région.

TITRE II – Refonder l'organisation de l'offre de soins avec les patients au service de tous

Par défaut, la prise en charge des patients relève de la médecine de ville et, par exception, les besoins de soins complexes et vitaux sont orientés vers les établissements hospitaliers privés et

publics. Il s'agit de rendre ainsi l'organisation plus lisible, et d'engager une transformation des approches de prise en charge dans le cadre des parcours. Les professionnels de santé libéraux assument collectivement, dans le cadre des équipes de soins coordonnées avec le patient, la responsabilité populationnelle sur des objectifs de santé publique qu'ils contribuent à définir en lien avec les associations représentatives des patients et les élus locaux.

Art. 12 – Passer d'une logique de niveaux de recours à une logique de parcours de soins

Les prises en charge visent à permettre, dans la mesure du possible, aux patients de rester dans leur environnement et à limiter les durées d'hospitalisation. Le domicile des patients constitue désormais le principal lieu de soin. Ce constat impose un changement de paradigme dans l'organisation de la trajectoire de soins des patients. Celle-ci doit être définie dans une logique de parcours. Les parcours sont initiés et pilotés en proximité avec les patients.

Ils reposent sur une coordination entre les professionnels de santé impliqués et impliquent une continuité des prises en charge. La prise en charge coordonnée de proximité relève des acteurs des soins de ville en lien avec les patients.

Art. 13 – L'équipe de soins coordonnée avec le patient (ESCAP)

À l'équipe de soins primaires, instaurée par l'article 64 de la loi de modernisation du système de santé du 26 janvier 2016, est substituée une Équipe de soins coordonnée avec le patient (ESCAP).

L'ESCAP est un ensemble de professionnels de santé intégrant au moins trois professionnels, dont un médecin, avec le patient afin d'assurer une prise en charge rapide et optimisée. Il s'agit d'une équipe ouverte. L'équipe de soins traitante est opérationnelle. Elle structure et coordonne le parcours de soins avec le patient. Elle intervient en réaction aux besoins de soins du patient et également de manière proactive dans le cadre du pilotage du parcours.

Tous les professionnels de santé libéraux sont des composantes potentielles de l'ESCAP. L'ESCAP se forme avec le patient en fonction de ses besoins de soins.

Pour libérer l'initiative et privilégier la réactivité, la mise en œuvre opérationnelle s'organise avec le patient. À l'instar du médecin traitant, l'ESCAP est déclarée auprès de la CNAM dans le DMP du patient via l'Espace de santé numérique.

Les échanges au sein de l'ESCAP sont fluides et reposent sur des outils numériques de coordination et de communication.

Art. 14 – Coordination des soins

Les différents niveaux de recours en ville sont redéfinis dans le cadre d'une offre de soins libérale coordonnée s'inscrivant dans des parcours de soins. Les initiatives de coopération des libéraux de santé sont facilitées via des aides pérennes à l'investissement et au fonctionnement, ainsi que des mesures fiscales spécifiques pour financer et amortir les équipements.

Pour favoriser les synergies interprofessionnelles et la coordination, les Équipes de soins coordonnées avec le patient (ESCAP) sont reconnues par la loi.

L'ESCAP permet à de nombreux professionnels de s'impliquer dans un dispositif de coordination plus souple et plus agile. Elle fait l'objet d'un accord conventionnel interprofessionnel dédié.

Art. 15 – Pertinence des prises en charge

Pour écarter les biais de sélectivité des patients induits par le paiement forfaitaire des soins, lorsque des professionnels de santé libéraux prêtent main-forte aux SSIAD et aux services de HAD, leurs actes sont externalisés des dotations de ces structures et leur sont payés directement par l'Assurance maladie au tarif conventionnel.

Cette mesure est de nature à créer des synergies de prises en charge à l'échelle des territoires et d'éviter des hospitalisations inopportunes.

Dans un souci d'efficience, il est mis un terme aux doubles financements SSIAD/HAD.

Art. 16 – Hospitalisation à domicile

Le recours aux services d'Hospitalisation à domicile (HAD) est une modalité de prise en charge hospitalière, pour des cas définis de prise en charge très lourde et complexe nécessitant une coordination hospitalière renforcée, définis par une grille d'inclusion. L'intervention de l'HAD est entendue comme une poursuite de la prise en charge hospitalière.

En sortie d'hospitalisation, les patients sont pris en charge par les professionnels de santé libéraux. L'HAD ne peut se substituer aux soins libéraux.

Art. 17– Financement

L'augmentation des prises en charge en ville et à domicile réduit le poids de l'hospitalisation dans les dépenses de santé et impose une réorientation systématique des moyens. Tout transfert des activités, jusqu'alors effectuées en hospitalisation, vers les cabinets, officines et laboratoires libéraux s'accompagne des financements correspondants. Le sous-Ondam de ville est abondé dans ce sens.

Art. 18 – Favoriser une meilleure régulation démographique des professionnels de santé

Les difficultés démographiques de certains métiers de la santé, couplées à l'enjeu du vieillissement des populations et l'accroissement du nombre de patients chroniques nécessitant un suivi régulier, appellent à une réorganisation de l'offre des soins de ville dans le cadre du virage ambulatoire.

La bonne répartition des professionnels de santé libéraux sur le territoire est une priorité afin de permettre à tous les Français un accès rapide aux soins de proximité.

Le zonage est un outil d'aide à la décision destiné à mettre en œuvre des mesures de soutien dans les secteurs déficitaires. Le zonage recense de manière exhaustive le besoin et la totalité de l'offre de soins libérale et salariée sur un territoire donné, dont les structures (centres de santé, MSP, etc.). Il est arrêté dans un cadre interprofessionnel et fait l'objet d'une mise à jour annuelle. Les besoins sont évalués de manière objective en lien avec les associations représentatives des usagers de la santé et les élus locaux.

Toutes les dispositions de régulation conventionnelle s'appliquent à l'ensemble des acteurs du territoire pratiquant la médecine de ville (libéraux et centres de santé).

Art. 19 – Développer l'exercice multisite

L'exercice multisites des médecins libéraux est favorisé et s'appuie sur une coordination avec les professionnels de santé libéraux du territoire. Les collectivités locales peuvent mettre à disposition des locaux. Il en est de même pour les autres professionnels de santé, lorsque leur exercice s'y prête.

Dans les zones sous-denses, des maisons de garde territoriale sont développées, avec l'appui des collectivités locales et des ARS. Leur fonctionnement repose sur les professionnels libéraux de santé qui y assurent des vacations sur la base du volontariat.

Art. 20 – Territorialisation de la formation initiale

La formation initiale des professionnels de santé se fait dans les territoires et doit s'adapter aux besoins. Les structures de formation correspondantes sont ainsi déconcentrées afin de permettre un recrutement territorial. Ces structures de formation initiale, en particulier universitaires, offrent un nombre de places et les moyens nécessaires et suffisants destinés à permettre l'accueil de l'ensemble des étudiants qui y postulent.

Art. 21 – Inclusion des professionnels de santé libéraux aux activités d'enseignement

Au regard de leur expérience professionnelle, les professionnels de santé libéraux participent aux activités d'enseignement en rapport avec leur domaine d'exercice.

Tous les établissements de formation initiale des professions de santé ont la possibilité de recruter des professionnels de santé libéraux comme enseignants associés.

Les enseignants associés libéraux assurent des cours, travaux dirigés ou travaux pratiques et peuvent prendre part à des activités de recherche.

L'exercice mixte, conjuguant l'exercice libéral aux activités d'enseignement et/ou de recherche, est favorisé.

Art. 22 – Les cabinets, officines et laboratoires libéraux terrains de stage

Quel que soit le cursus, les cabinets, officines et laboratoires libéraux deviennent des terrains de stages obligatoires dans le cadre de la formation initiale. Les étudiants doivent pouvoir découvrir l'exercice libéral pendant leur cursus pour envisager par la suite de s'installer en ville.

L'ensemble des formations en santé comporte des périodes de stage en cabinet libéral, dont la durée est égale à celle des stages effectués dans les établissements de soins.

Les professionnels de santé libéraux sont formés et indemnisés pour l'accueil des stagiaires.

Art. 23 – Accueil de collaborateurs

Les conditions d'exercice sont assouplies afin de favoriser l'accueil de collaborateurs dans les cabinets, officines et laboratoires libéraux et permettre leur intégration progressive dans l'exercice libéral.

L'exercice mixte des collaborateurs est favorisé.

Art. 24 – Soins non programmés

Les soins non programmés et la permanence des soins ambulatoires (PDSA) constituent une mission de service public qui participe à l'accès aux soins dans le territoire. Ils sont organisés par les Libéraux de santé dans les territoires. Toutes les professions de santé libérales concourent aux services d'accès aux soins (SAS).

Des moyens pérennes sont alloués aux professionnels libéraux pour favoriser la mobilisation dans la permanence des soins.

Une interface est créée entre les services hospitaliers d'urgences et les professionnels de santé libéraux. Financée de manière pérenne par le FIR, elle permet la réorientation des patients qui ne relèvent pas des urgences hospitalières vers la ville. Il est instauré une rémunération complémentaire pour les professionnels de santé libéraux qui assurent la prise en charge des patients ainsi réorientés.

Art. 25 – Renforcer la coordination ville hôpital

La coordination public-privé et entre les libéraux et les structures est favorisée grâce aux outils numériques et l'espace de santé numérique. Les sorties d'hospitalisation sont préalablement organisées avec l'équipe de soins du patient. De la même manière, l'équipe de soins coordonne avec les services hospitaliers concernés l'hospitalisation du patient.

Art. 26 – Respect de la déontologie professionnelle

Les règles déontologiques doivent être les mêmes pour toutes les structures délivrant des soins, afin d'écartier les distorsions de concurrence et protéger les usagers. Ainsi, la publicité est prohibée pour les centres de santé, les établissements, les groupements, les réseaux de soins, les plateformes, les acteurs non professionnels de santé et, d'une façon générale, pour toutes les structures faisant appel à des professionnels de santé.

Un avertissement obligatoire figure lors de toute mention, communication ou information relative à des professionnels non-praticiens de santé ne figurant pas au Livre IV du Code de la santé publique. Cet avertissement garantit au patient une information éclairée sur la qualité de ces professionnels et écarte toute possibilité de confusion avec un professionnel de santé reconnu.

Art. 27 – Intégrité des pratiques

Les professionnels de santé participent activement à lutter contre la désinformation en santé et promeuvent la médecine, les soins et les thérapeutiques fondés sur les preuves scientifiques. Ils contribuent à la diffusion des messages de santé publique.

Les professionnels de santé qui participeraient à la diffusion de « fake-med » sont passibles de sanctions ordinales ou prononcées par leurs instances spécifiques pour les professions sans ordre, pouvant aller jusqu'à leur radiation.

Titre III – Transformer les métiers au service des patients

Le présent titre a pour objet d'encadrer et structurer le phénomène de montée en compétences des métiers de la santé observé depuis plusieurs années ainsi que les expérimentations sur les compétences partagées entre professionnels de santé qui se sont multipliées. Ces évolutions appellent à repenser les périmètres des métiers et la formation des Libéraux de santé.

Art. 28 – Favoriser les trajectoires professionnelles en santé

Environ un quart des Français change de métier au long de sa carrière. Il importe de permettre d'ouvrir l'accès des métiers de santé dans le cadre de reconversions professionnelles et, d'autre part, de favoriser une mobilité entre les professions de santé afin de construire de nouvelles trajectoires professionnelles dans ce secteur.

Ainsi :

- Les formations des professionnels de santé sont décloisonnées et des passerelles sont favorisées entre les différents cursus ;
- Les formations initiales aux professions de santé sont ouvertes aux professionnels issus d'autres secteurs ;
- L'acquisition de compétences validée doit faire l'objet d'une valorisation.

Art. 29 – Structurer les évolutions des métiers de santé

Les modalités d'évolution des périmètres des métiers sont définies par les représentants syndicaux des professionnels libéraux après avis consultatif des Conseils nationaux professionnels (CNP).

Art. 30 – Mobilisation de l'étendue des compétences spécifiques de chaque profession

Les actes et champs d'intervention des professions sont définis. Toutefois, une part non négligeable des compétences spécifiques n'est pas mobilisée. Les pratiques spécifiques sont reconnues et valorisées. Les nouvelles compétences découlant de l'évolution des formations initiales doivent, elles aussi, être mobilisées. Les conventions traduisent cette mobilisation.

Art. 31 – Gouvernance du DPC

Les syndicats représentatifs se voient confier le pilotage et la gestion de la formation professionnelle continue des Libéraux de santé, appelée Développement professionnel continu (DPC). Un financement obligatoire, suffisant et pérenne du DPC est mis en place pour permettre à tous les professionnels d'y accéder. Trop de ruptures de prises en charge sont constatées depuis des années.

Art. 32 – Pérennité et autonomie des fonds de formation

Le Fonds d'assurance formation de la profession médicale (FAF PM) et le Fonds interprofessionnel pour la formation des professionnels libéraux (FIF PL), dont le financement est assuré par les professionnels, constituent un levier indispensable de la formation continue des professionnels de santé libéraux. Le FAF PM et le FIF PL contribuent à l'innovation et permettent aux professions de santé libérales de s'adapter rapidement aux évolutions des besoins. La crise sanitaire a encore démontré leur rôle essentiel pour former les professionnels aux prises en charge des patients atteints de Covid-19. Aussi, le présent texte garantit la pérennité et l'autonomie de ces fonds pilotés par les syndicats représentatifs.

Art. 33 – Gouvernance de la certification périodique

Les syndicats représentatifs se voient confier le pilotage et la gestion de la certification périodique. La mise en œuvre de la certification périodique est adaptée aux spécificités de l'exercice libéral.

La moitié des postes au sein du Conseil national de la certification périodique est attribuée aux syndicats représentatifs des professionnels de santé libéraux.

Titre IV – L'accès à la prévention au service de la santé de tous les Français

Le présent titre explore les enjeux de santé publique, de plus en plus omniprésents dans l'exercice des professionnels libéraux. L'apparition de pathologies liées à l'environnement, la dégradation de la santé mentale de la population ou encore l'apparition d'épidémies mondiales comme celle de la Covid-19, nous montre que la santé publique et la prévention doivent être au cœur des mutations du système de santé. La prévention est un investissement de santé pour la Nation et vise à passer d'une logique de soins à une logique de santé permettant de gagner des années supplémentaires d'espérance de vie en bonne santé.

Art. 34 – Stratégie nationale de prévention

La stratégie nationale de prévention est construite dans le cadre de travaux partagés avec l'ensemble des représentants des professions de santé libérales, les usagers de la santé, les acteurs publics nationaux et locaux et les régimes d'assurance maladie obligatoire et complémentaire. Elle comporte un volet d'éducation à la santé en milieu scolaire dès l'école primaire, en lycée, dans les centres de formation d'apprentis, dans l'enseignement supérieur universitaire. L'ensemble des plans de prévention est défini et financé dans un cadre pluriannuel.

Art. 35 – Transformer les pratiques professionnelles

Chaque contact entre un patient et un professionnel de santé libéral comporte un volet prévention. La prévention à travers les actes et consultations est valorisée. La part de la rémunération sur objectifs de santé publique (ROSP) est ainsi augmentée.

Les professionnels de santé disposent d'outils leur permettant d'identifier des risques dans d'autres champs que le leur, et d'orienter les usagers vers le professionnel de santé compétent.

La formation pluriprofessionnelle comporte un volet « Détection des signes-clés de pathologies » permettant le repérage de pathologies.

Les professionnels de santé sont formés et informés sur les fausses informations (fake-news) leur permettant de prévenir leur diffusion et répondre à leurs patients.

Art. 36 – Parcours de prévention

L'organisation et l'effection des actions de prévention menées par les professionnels de santé libéraux dans le cadre de leur exercice constituent un parcours de prévention. Des consultations obligatoires spécifiques sont instaurées et ouvertes aux âges clés de la vie. Elles sont prises en charge à 100 % par l'Assurance maladie. En fonction des pathologies et du parcours de santé du patient, ces consultations sont assurées soit par le médecin, soit par tout autre professionnel de santé libéral, dans un cadre coordonné.

Un référent santé coordonnant les démarches préventives peut être désigné au sein de l'équipe traitante du patient.

Les professionnels de santé libéraux participent aux actions de prévention en milieu scolaire et universitaire, ainsi qu'en entreprise.

Art. 37 – Mobiliser les ressources numériques au service de la prévention

Les outils numériques concourent au développement des usages et des pratiques de façon à mieux prévenir les maladies chroniques. Une traçabilité des actions de prévention ainsi que les informations collectées par les applications et autres dispositifs sont partagés avec l'équipe de professionnels de santé coordonnée autour du patient.

Les outils numériques permettent de rappeler au patient les gestes de prévention et de l'alerter sur les consultations à venir.

Art. 38 – La prévention au service de l'émancipation des patients

Les patients sont pleinement acteurs de leur parcours de prévention et sont accompagnés pour entretenir leur capital santé.

Des bilans de prévention sont proposés aux usagers aux âges charnières de la vie.

Art. 39 – Animation de la prévention dans les territoires

Les URPS sont chargées de mettre en œuvre des campagnes régionales de prévention ciblées, des actions de dépistage et de repérage à destination du grand public, mais aussi des milieux scolaires, universitaires et professionnels.

Art. 40 – Financer la prévention

La prévention ne doit pas générer de reste à charge pour les patients. Au-delà de l'assurance maladie obligatoire et complémentaire, le financement est assis sur une taxation des industries polluantes, du tabac et de la filière alimentaire non bio.

La rémunération sur objectifs de santé publique est centrée sur la prévention. Une ROSP prévention est instaurée dans chacune des conventions, dont une partie serait mono catégorielle et une autre déclinée dans le cadre d'une ACIP sur des sujets de santé publique.

L'assurance maladie complémentaire contribue au financement des actions de prévention.

Titre V – Santé et qualité des soins

Le présent titre s'attache à garantir la sécurité et la qualité des soins en intégrant davantage l'activité libérale aux réflexions des autorités sanitaires sur le sujet. Le rôle des Libéraux de santé avec les usagers de la santé doit être accru.

Il vise la qualité des organisations (cabinet établissement) et la qualité des soins proprement dite.

Art. 41 – Valorisation de la qualité des organisations

La qualité du service rendu dans le cadre du cabinet est encouragée et valorisée. Les critères d'évaluation sont établis par les professions en lien avec les organisations représentatives des usagers de la santé. Une rémunération forfaitaire valorise le cadre organisationnel.

Les démarches qualité initiées par les professions respectent les bonnes pratiques, les normes édictées par les autorités sanitaires, les conférences de consensus. Les professionnels qui les appliquent bénéficient d'un forfait qualité négocié conventionnellement par chaque profession.

Art. 42 – Décarbonation de l'activité médicale

Les professionnels de santé libéraux, comme acteurs économiques, doivent s'approprier les nouvelles normes environnementales tant au niveau des cabinets, officines et laboratoires que de l'organisation ou production de soins. En s'appuyant sur les dispositifs existants, ils établissent les bilans et diagnostics requis permettant d'aller vers une décarbonation progressive de leur activité de soins.

Les professionnels de santé sont encouragés à l'utilisation de mobilités respectueuses contribuant à la réduction des émissions à effets de serre.

Art. 43 – Prise en compte de la pratique libérale

La Haute autorité de santé (HAS), autorité indépendante à caractère scientifique, a notamment pour mission d'évaluer les actes professionnels en vue de leur remboursement, de recommander les bonnes pratiques professionnelles et est garante de la qualité des soins. Elle s'engage à intégrer davantage les pratiques libérales dans ses réflexions, notamment en intégrant davantage d'acteurs libéraux au sein du Collège de la HAS.

Il est créé un collège des organisations syndicales représentatives des professionnels de santé libéraux au sein de la HAS. Ce collège veille au bon équilibre des recommandations à ce qu'elles soient adaptées aux nécessités de l'exercice libéral.

Art. 44 – Obligation vaccinale des professionnels de santé

Dans le cadre de leur exercice, les professionnels de santé libéraux sont dans l'obligation de se vacciner contre les maladies présentant un risque sanitaire pour leurs patients. Ils sont soumis pour cela à une obligation vaccinale.

La liste des vaccins obligatoires est établie sur proposition des autorités de santé et arrêtée par le gouvernement.

L'obligation vaccinale est contrôlée par les ordres professionnels. En cas de non-respect de cette obligation, le professionnel fait l'objet d'une suspension d'activité non indemnisée. Si, après un délai de trois mois après le constat de carence vaccinale, le professionnel ne remplit pas son obligation, il fait l'objet d'une interdiction d'exercer.

Art. 45 – Pénalisation de la désinformation en santé

Les professionnels de santé qui communiquent ou relaient des informations non validées d'un point de vue scientifique et par les autorités de santé font l'objet d'une suspension d'exercice temporaire prononcée par l'ordre. Cette sanction est assortie à une amende.

Toute récidive est considérée comme un délit et entraîne une interdiction définitive d'exercer ainsi qu'une amende majorée.

Titre VI – Un numérique raisonné au service de la santé

Art. 46 – Réduction des zones blanches

L'accès au haut débit numérique relève des enjeux sanitaires. L'achèvement du programme de réduction des « déserts numériques » est une priorité nationale et doit être accéléré. Le gouvernement présentera un rapport sur l'état de la couverture du territoire en haut débit.

Art. 47– Réduction de l'exclusion numérique

La généralisation de la dématérialisation des échanges est au service de tous les patients. En tant que de besoin, des solutions alternatives sont mises en place par la CNAM en direction des patients et aidants éloignés de l'utilisation des outils numériques.

Dans le cadre de leur prise en charge, les professionnels de santé, avec les organisations représentatives des usagers de santé, les collectivités locales et le tissu associatif des territoires, accompagnent les patients et leur entourage dans l'utilisation du numérique en santé.

Art. 48 – Généralisation des usages numériques en santé

Pour tendre vers une généralisation des usages numériques en santé, les professionnels de santé sont formés à leur utilisation dans un cadre sécurisé. Les formations et les investissements

découlant de cette transformation à la charge des professionnels font l'objet de financements dédiés.

La participation des professionnels libéraux de santé aux activités de e-santé fait l'objet d'une négociation par profession dans le cadre conventionnel.

Art. 49 – Cybersécurité

La sécurité des données de santé est une priorité nationale. Un plan d'action national est défini par l'État en lien avec les organisations représentatives des professionnels de santé et les usagers de la santé, la CNAM, l'UNOCAM, et l'Agence nationale de la sécurité des systèmes d'information (ANSSI).

Art. 50 – Former et informer sur l'usage du numérique en santé

Des modules de formation sont instaurés sur l'échange, le partage des données et l'utilisation des données pendant les cursus de formation des professionnels de santé. De la même manière, des modules dédiés aux solutions de e-santé sur des domaines touchant à l'éthique, l'échange et le partage, et à l'intelligence artificielle (IA) font partie des actions prioritaires de la formation continue.

Art. 51 – Intégration des téléconsultations, téléexpertises et du télésoin au parcours de soins

La e-santé, à travers les actes de téléconsultations, téléexpertises et télésoin, constitue un élément structurant du parcours de soins. Elle est intégrée aux pratiques des professionnels de santé et permet d'informer l'ensemble des acteurs au bon moment des actions à réaliser pendant le parcours de soins.

Le recours à la téléexpertise est favorisé entre deux professions et au sein d'une même profession, entre pairs.

Les parcours de soins numériques, en rendant le patient acteur de son parcours, en accompagnant le citoyen de la prévention au suivi des maladies chroniques ou des crises aiguës, sont valorisés. Ils intègrent les versants prévention et médico-social pour une meilleure prise en charge du patient/citoyen par l'ensemble des acteurs et permettre au patient d'être acteur de son parcours en lui fournissant de l'information pertinente à chaque moment de son parcours.

Art. 52 – Intégration de la télésurveillance

Les professionnels de santé libéraux sont des acteurs incontournables de la télésurveillance. La valorisation des actes de télésurveillance et les conditions d'organisation sont négociées dans le cadre conventionnel pour chaque profession.

Art. 53 – Décloisonner la ville et l'hôpital en accentuant la téléconsultation et la téléexpertise qui permettent une réduction importante des délais de prise en charge

La crise sanitaire a permis de développer les outils de téléconsultation, télésurveillance et téléexpertise. Il est indispensable de pérenniser ces usages qui améliorent l'accès au soin pour les patients.

La téléexpertise permet de répondre aux problématiques d'accès aux spécialistes et permet au médecin traitant d'avoir accès en temps réel à des avis spécialisés, qu'ils viennent de la ville ou de l'hôpital, permettant ainsi une prise en charge de qualité de manière beaucoup plus rapide.

Art. 54 – Mieux coordonner la prise en charge des patients

Le déploiement de « mon espace santé » facilite le partage d'informations entre professionnels de santé et les patients. Il est un levier de la coordination des soins. Son alimentation systématique par l'ensemble des acteurs va permettre de « désiloter » la ville, l'hôpital, et le médico-social.

Le store de « mon espace santé » doit permettre au patient d'identifier les solutions tierces conformes aux référentiels de sécurité de l'État. Redonner la confiance au numérique et développer les usages permettant une exploitation des données par le patient lui-même dans des solutions labellisées « mon espace santé ».

Art. 55 – Développer le pilotage par la donnée

Comme cela a été fait dans la crise sanitaire grâce au SIDEP, il est instauré un pilotage partagé incluant les syndicats représentatifs des professionnels de santé libéraux, des données de santé. Ces outils, comme le *Health data hub* vont permettre de piloter en temps réel les pathologies chroniques et de développer des indicateurs pour évaluer l'impact de l'environnement sur la santé des citoyens.

Art. 56 – Protection des données de santé (non-commercialisation des données)

Dans le cadre du RGPD, afin de préserver le secret médical, il est instauré une interdiction de la commercialisation des données de santé produites par l'activité du professionnel de santé sans l'autorisation expresse de celui-ci. Cette interdiction s'étend aux éditeurs de logiciels, à tout fournisseur de prestations informatiques au service des professionnels et leurs structures, ainsi qu'aux hébergeurs de données de santé.

L'infraction à cette interdiction constitue un délit puni d'une peine d'emprisonnement de 5 ans et d'une amende dont le montant s'élève à 25 % du chiffre d'affaires mondial de l'entreprise.

Art. 57 – Droit à la portabilité des données professionnelles

Il est instauré un droit à la portabilité, opposable aux éditeurs de logiciels et d'outils professionnels. Les professionnels de santé doivent pouvoir récupérer à tout moment leurs données, agendas et les dossiers médicaux de leurs patients. Il est fait obligation aux éditeurs de leur transmettre sans frais l'ensemble de ces données dans un format lisible et facilement exploitable sur d'autres outils.

Art. 58– Création d'un observatoire du numérique en santé

Un observatoire du numérique en santé est instauré pour le champ des soins de ville. Il est composé de représentants de la DGCCRF, de l'Autorité de la concurrence, du ministère de la Santé, du GIE SESAM Vitale, de l'Agence nationale du numérique en santé, de la CNAM, et des syndicats représentatifs des professionnels de santé libéraux.

Cet observatoire s'assure du respect de l'obligation de portabilité et de la conformité des logiciels professionnels. Il veille à ce qu'aucun opérateur ne soit en situation de contrôler ou de brider la capacité d'échange des professionnels de santé libéraux et leur exercice. Il publie un rapport annuel sur le respect des principes essentiels et de la réglementation par les éditeurs de logiciels dont il publie un palmarès.

Cet observatoire alerte l'autorité de la concurrence en cas d'abus de position dominante d'un opérateur du numérique susceptible de menacer l'indépendance et la liberté de choix des professionnels de santé libéraux.

Art. 59 - Notation en santé

Le Code de la santé publique prévoit que les professionnels de santé peuvent communiquer au public des informations de nature à contribuer au libre choix du praticien par le patient, relatives notamment à ses compétences et pratiques professionnelles, à son parcours professionnel et aux conditions de son exercice. La communication à caractère publicitaire et promotionnelle reste prohibée. Les professionnels ne peuvent recourir au référencement payant sur Internet. Ces différentes obligations ont pour corollaire l'interdiction des sites et dispositifs de notation des professionnels de santé.

Art. 60 - Publicité

Toute publicité à caractère commercial ou promotionnel est prohibée pour l'ensemble des offreurs de soins.

Titre VII– Financement du système de santé

Depuis l'instauration de la loi de financement de la sécurité sociale avec la définition d'un objectif annuel des dépenses d'assurance maladie, la France a instauré un pilotage de l'assurance maladie par la maîtrise de la dépense.

Les quinze dernières années se sont traduites par un accroissement des contraintes budgétaires sur les dépenses de santé, décorrélées des besoins de soins et des objectifs de santé publique fixés par ailleurs. Cette politique a fragilisé le système de santé français et en a retardé la modernisation. La survenue brutale de la crise sanitaire de la Covid-19 a fait éclater cette réalité : disparition des outils et moyens de gestion du risque avec, à la clé, de graves pénuries d'équipements de protection individuelle, de médicaments et la détresse des hôpitaux publics sous-équipés et des soins de ville sans moyens, avec une capacité d'initiative limitée et fragilisés par la désertification médicale. Le paradoxe de cette politique d'économie est qu'elle est responsable, pour une large part, de l'explosion du déficit de l'Assurance maladie. Le gouvernement a été contraint de financer par la dette les dépenses liées à la pandémie et un plan d'urgence de 30 Md€ pour les hôpitaux.

Le caractère délétère de cette gestion par la maîtrise est désormais incontestable. Il convient de construire un nouveau cadre plus soutenable qui permettra d'apporter les moyens nécessaires à la prise en charge de l'ensemble des besoins de santé, de moderniser les pratiques, notamment avec les virages du domicile et de la prévention, pour mettre en œuvre des organisations de qualité au service des patients.

Art. 61 – Des objectifs de santé cohérents dans le cadre d'une programmation pluriannuelle

Les objectifs de santé et de transformation de l'offre de soins sont établis à l'horizon de cinq ans de manière conjointe par le gouvernement et les syndicats représentatifs des professionnels libéraux de santé, les fédérations hospitalières et les associations représentatives des usagers de la santé.

Dans le cadre d'une confiance réciproque, l'Assurance maladie, la Drees et l'Irdes partagent en temps réel avec les syndicats représentatifs des professionnels libéraux de santé toutes les données d'activités et les études afin d'éclairer les décisions.

Les orientations arrêtées dans le cadre d'une conférence de consensus font l'objet d'une programmation pluriannuelle en termes de moyens financiers, matériels et humains.

Cette programmation fait l'objet d'un suivi collégial par les acteurs mentionnés ci-dessus.

Art. 62 – Des ressources cohérentes avec les besoins

La fixation de l'Ondam et de sa trajectoire pluriannuelle est établie de façon éclairée selon les besoins prévisionnels de soins et en prenant en compte les progrès thérapeutiques et les techniques de soins. La prévention intégrée dans la routine de soins est intégrée dans cette trajectoire.

Art. 63 – Une allocation de ressources équilibrée

L'Ondam fait l'objet d'une construction pluriannuelle avec un découpage par producteurs de soins. Il est instauré un sous-Ondam destiné à suivre les transferts de prise en charge de l'hôpital vers l'ambulatoire en ville. Le médicament fait l'objet d'un sous-Ondam dédié.

Le virage domiciliaire et l'introduction de la prévention dans les soins courants impliquent un rééquilibrage des dépenses en faveur des soins de ville libéraux.

Les syndicats représentatifs des professionnels de santé libéraux participent à la définition des besoins de soins, des priorités de santé et à la fixation du sous-Ondam de ville.

Art. 64 – Co-pilotage

Les syndicats des professionnels de santé libéraux représentatifs définissent et co-pilotent l'ONDAM en lien avec le Gouvernement et les organisations représentatives des usagers de la santé. Sur le plan opérationnel, ils cogèrent avec la CNAM l'utilisation ressources allouées aux soins de ville dans le cadre conventionnel.

Art. 65 – Solidarité

La solvabilisation des dépenses de santé des patients est assurée conjointement par l'assurance maladie obligatoire et les organismes d'assurance maladie complémentaire. Afin de préserver un système solidaire de prise en charge et limiter le reste à charge, des correctifs sont mis en œuvre pour limiter la participation financière des patients et mobiliser le champ des complémentaires santé.

Art. 66 – Valeur des actes

L'Ondam permet de garantir un niveau de rémunération suffisant pour tous les professionnels Libéraux de santé, selon les particularités de leur activité, avec une valeur des actes tenant compte notamment de leur complexité, du temps passé et du coût réel de la pratique, et une indexation des indemnités de déplacement sur la hausse des prix du carburant.

La fixation des tarifs et des prix des actes et prestations de soins est cohérente avec leurs coûts de production et, a minima, évolue au rythme de l'inflation. Elle est renvoyée au cadre conventionnel par profession.

Titre VIII-Protection sociale des professionnels libéraux de santé

Art. 67 – Congés maternité et paternité

Les professionnels de santé libéraux conventionnés bénéficient des mêmes droits aux congés maternité et paternité que les salariés. Pendant la durée de ces congés, ils bénéficient d'une indemnisation calculée sur la base de leur moyenne d'activité et financée conjointement par la CNAM et les Caisses de retraite et de prévoyance.

Art. 68 – Retraite de base et complémentaires

L'autonomie des régimes de retraite de base et complémentaires des professionnels de santé libéraux est réaffirmée.

Art. 69 – Retraite conventionnelle (ASV et PCV)

La spécificité des professions de santé libérale est traduite dans l'organisation de leur système de retraite. Toute réforme ou évolution est respectueuse de ces spécificités et garantit la pérennité de l'ASV et de la PCV aux professionnels de santé libéraux conventionnés.

TITRE IX – Démocratie en santé

Art. 70 – Représentation

La représentation des professionnels libéraux est assurée par les syndicats représentatifs, seuls habilités à négocier avec les pouvoirs publics, l'assurance maladie obligatoire et l'assurance maladie complémentaire et à engager leur profession.

Art. 71 – Équilibre dans les instances

En dehors du champ conventionnel, dans toutes les organisations de concertation, nationales ou locales, le nombre de représentants des professionnels de santé libéraux désignés par les seuls syndicats représentatifs, est égal à celui des établissements hospitaliers et médico-sanitaires et en particulier au sein de la CNSA, CRSA, HAS, HCAAM, etc.

Art. 72 – Gouvernance de la CNAM et de l'UNCAM

Les représentants des syndicats représentatifs des syndicats médicaux et les organisations représentatives des usagers de santé.

Le Conseil de la Cnam se compose de 61 membres, avec un mandat de 4 ans :

- 13 représentants des assurés sociaux, désignés par les organisations syndicales de salariés interprofessionnelles représentatives au plan national ;
- 13 représentants des employeurs, désignés par les organisations professionnelles nationales d'employeurs représentatives ;
- 13 représentants des syndicats représentatifs des professionnels de santé libéraux ;
- 13 représentants désignés par France Assos Santé ;
- 3 représentants désignés par la Fédération nationale de la mutualité française (FNMF) ;
- 3 représentants d'institutions intervenant dans le domaine de l'assurance maladie, désignées par le ministre chargé de la Sécurité sociale : Fédération nationale des accidentés du travail et des handicapés (Fnath), Union nationale des associations familiales (Unaf) et Union nationale des associations agréées d'usagers du système de santé (Unaass) ;
- 1 représentant des associations d'étudiants : Fédération des associations générales étudiantes (Fage) ;
- 1 personnalité qualifiée dans les domaines d'activité des organismes d'assurance maladie, désignée par le ministre chargé de la Sécurité sociale ;
- 1 représentant du conseil d'administration du CPSTI.
